



REGLAMENTO CERTIFICACIÓN de la especialidad de Medicina General y Familiar (actualizado septiembre 2020)

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) ha sido reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación como entidad científica que CERTIFICA la Especialidad de Medicina General y/o Familiar mediante Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 2084/10 (en 2020 se actualiza documentación de la institución).

La FAMG no otorga Títulos sino Certificados de Especialistas en Medicina General y/o Familiar. (Especialidad reconocida por Resolución N°. 1923/06 del Ministerio de Salud de la Nación).

*Es importante conocer que la certificación de la especialidad debe realizarse con los criterios del propio Ministerio que obliga al cumplimiento de tres etapas sucesivas pero eliminatorias, según las **modificaciones vigentes del Decreto 10/2003 del ARTE DE CURAR donde reglamenta los Artículos 21 y 31 de la Ley N° 17.132, sustituidos por su similar N° 23.873***

Etapas para certificar la especialidad ante la FAMG

El procedimiento de evaluación constará de TRES (3) etapas sucesivas y excluyentes a saber:

La **primera etapa** consistirá en una entrevista personal del postulante y la evaluación de sus antecedentes curriculares los que deberán demostrar no menos de CINCO (5) años de graduado en una Universidad Nacional o Privada reconocida por el ESTADO NACIONAL, el ejercicio efectivo de la profesión por igual período y no menos de TRES (3) años consecutivos e inmediatos anteriores a la fecha de solicitud en el ejercicio de la Especialidad de que se trate o residencia de capacitación en servicio de la especialidad completa, de al menos de tres años de duración.

Los postulantes recibidos en una Universidad Extranjera deberán acreditar, además de los antecedentes aludidos precedentemente, título revalidado o convalidado por una Universidad Nacional.

En todos los casos, la certificación de antigüedad en el ejercicio de la especialidad requerirá el cumplimiento mínimo de VEINTE (20) horas semanales y DOSCIENTOS (200) días por año calendario de actividad certificada y un mínimo de prácticas de baja, mediana y alta complejidad prescriptas reglamentariamente, en servicios hospitalarios de instituciones públicas o privadas aprobados y reconocidos por la Autoridad de Aplicación. O de una residencia oficial y reconocida con al menos 80% cumplimentada

Los requisitos de aprobación de los servicios para la formación supervisada de especialistas, la verificación periódica del mantenimiento de las condiciones originarias y su caducidad en caso contrario, serán reglamentados por la Autoridad de Aplicación con la participación de los integrantes de las Comisiones Especiales de Evaluación.

Aprobada la primera etapa sobreviene **la segunda**,

en la que el postulante deberá rendir examen escrito sobre los temas que refieren los programas de formación de la especialidad reconocidos por la Autoridad de Aplicación, que será aprobado cuando su valoración sea igual o superior al SETENTA POR CIENTO (70%) del sistema de evaluación previsto reglamentariamente.

Superadas ambas etapas el postulante accederá a **la tercera**,

en la que deberá rendir un examen teórico práctico consistente en el análisis oral de uno o varios casos clínicos y en la realización de prácticas y destrezas que podrá solicitar la Comisión Evaluadora, siempre que no se afecte la



autonomía de los pacientes ni su integridad psicofísica y se cuente con su consentimiento informado por escrito de ser necesario, examen que aprobará cuando la puntuación sea igual o superior a SIETE (7) puntos en una escala de UNO (1) a DIEZ (10) del sistema de calificación establecido.

En síntesis:

La primera etapa consiste en reunir los antecedentes exigidos para presentarse al examen.

La segunda etapa es aprobar, con un mínimo de un 70 % del puntaje total, un examen escrito.

La tercera etapa es aprobar un examen teórico práctico también con puntaje mínimo del 70% en cada una de sus instancias.

Las instancias del examen teórico práctico que ha dispuesto la FAMG son:

- examen con paciente
- examen de destrezas con estaciones de competencias.
- defensa de un trabajo de investigación previamente presentado.
- valoración oral integrada final.

Completada todas las instancias se otorga el certificado de Especialista.

Alcances y limitaciones del Certificado de Especialista de Medicina General y Familiar de la FAMG.

Será reconocido por el Ministerio de Salud de la Nación solamente para *aquellos médicos que tengan matrícula expedida por ese organismo nacional*. No se le habilita una matrícula de especialista, sino que se le autoriza al profesional a anunciarse como tal. La certificación tendrá una validez de cinco años desde la fecha que fuera otorgada.

La Certificación otorgada por la FAMG y el reconocimiento de la Especialidad por el Ministerio de Nación *puede o no ser reconocida por las jurisdicciones provinciales*. Los órganos de Ley de las provincias (colegios o consejos) o los ministerios de salud, pueden exigir otras condiciones para acceder a la certificación de la especialidad por el carácter de país federal. En el caso de reconocerla pueden determinar la validez de la misma por cinco años a partir de que fuera otorgada y la consiguiente obligación a recertificar.

La FAMG propicia que en la Junta examinadora esté representada una Facultad de Medicina a través de un docente que sea Especialista en Medicina General y/o Familiar y, de haber convenio, un evaluador por el órgano de Ley. Por tal motivo ya ha hecho convenio con el Consejo Superior Médico de la Provincia de La Pampa para participar con la Asociación Pampeana de Medicina General, Familiar y Comunitaria en los exámenes que se realicen en esa Provincia. Como parte del convenio el Consejo Superior Médico de La Pampa reconoce los Certificados expedidos por la FAMG en otras jurisdicciones (reciprocidad) con validez por cinco años a partir de la fecha de expedición.

La FAMG se encuentra avocada a realizar convenios con otras provincias argentinas desde agosto de 2011. En San Luis se certifica y recertifica a solicitud del Ministerio de Salud de la provincia. Así mismo, se han realizado certificaciones y recertificaciones en las provincias de Chaco, Tierra del Fuego, Río Negro, San Juan, etc.

En la página web de la FAMG se invitará a la inscripción de interesados para certificar la especialidad. En el llamado se determinarán los tiempos y el lugar donde se deberán enviar los antecedentes profesionales para acceder a la Evaluación. En general para las modalidades 1, 2 y 3 se los solicitará con una antelación de más de 30 días a los fines de que la Comisión de Certificación y Recertificación las evalúe. En el caso del punto 4 (diagnóstico de salud) los tiempos serán mayores. Generalmente se evalúa de manera presencial en los Congresos anuales de la FAMG, aunque también se propone la modalidad a distancia (webinarios) –máxime en tiempos de nueva normalidad.



Documentos de la Certificación, Especialidad Medicina General y Familiar:

1. Proceso de Certificación de la Especialidad (ANEXO I).
2. Criterios de Evaluación de Postulantes (ANEXO II).
3. Formato Evaluación Prueba Oral (ANEXO III).
4. Instructivo Diagnóstico de Salud Comunitario (ANEXO IV)
5. Esquema metodológico normativo de trabajo científico (ANEXO V)



ANEXO I

PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Antecedentes

(Según Decreto PEN 10/2003 -Reglamentación de los Artículos 21 y 31 de la Ley N° 17.132, sustituidos por su similar N° 23.873).

El Proceso de Certificación de Especialistas en Medicina General y Familiar de la FAMG comienza con la presentación ante la Comisión de Certificación y Recertificación de los antecedentes de posgrado para las siguientes modalidades:

1. Con certificado de aprobación de residencia completa en la especialidad de medicina General y/o Familiar correspondiente (de más de 5200 hs) con formación a través del programa de formación sugerido por la FAMG y aprobado por la DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, y/o curso de postgrado universitario con una carga horaria mínima de 3000 hs. Además, un trabajo científico relacionado con la especialidad o la A.P.S., presentado, y aprobado por el comité científico, en congresos o jornadas de Medicina General o Familiar.

Otorga acceso a examen de certificación.

2. Con ejercicio pleno de la disciplina y asistencia activa en forma ininterrumpida de cinco (5) años en servicios con especialidades diferentes, (denominada concurrencia a servicios, según reglamento en vigencia). Podrán contemplarse residencias inconclusas con dos años completos certificados y con tres años ininterrumpidos de ejercicio médico en el primer nivel de atención. En todos los casos, la certificación de antigüedad en el ejercicio de la especialidad requerirá el cumplimiento mínimo de VEINTE (20) horas semanales y DOSCIENTOS (200) días por año calendario de actividad certificada y un mínimo de prácticas de baja, mediana y alta complejidad prescriptas reglamentariamente, en servicios hospitalarios de instituciones públicas o privadas aprobados y reconocidos por la Autoridad de Aplicación. Además, se les solicitará que presenten: un curso de contenidos básicos de Atención Primaria de Salud, Epidemiología, Salud Pública, con el respectivo programa detallado y una carga horaria mínima de 200 hs, con evaluación final por curso; se solicitará también, manejo de Historia Clínica Orientada a Problemas, Familiograma, nociones de Gestión, etc.; ambas exigencias serán una condición sinequanon.

Más: un trabajo científico relacionado con la especialidad o la A.P.S., presentado, y aprobado por el comité científico, en congresos o jornadas de Medicina General o Familiar y: el diagnóstico de salud de la comunidad donde reside (según protocolo de la FAMG) a entregar previamente al tribunal que deberá ser aprobado.

Otorga acceso a examen de especialidad.

3. Acreditar desempeño ininterrumpido de la especialidad por el término de 10 años. En todos los casos, la certificación de antigüedad en el ejercicio de la especialidad requerirá el cumplimiento mínimo de VEINTE (20) horas semanales y DOSCIENTOS (200) días por año calendario de actividad certificada, y un mínimo de prácticas de baja, mediana y alta complejidad, según prescripción reglamentaria, en servicios hospitalarios de instituciones públicas o privadas aprobados y reconocidos por la Autoridad de Aplicación.

Además, se les solicitará que presenten: un curso de contenidos básicos de Atención Primaria de Salud, Epidemiología, Salud Pública, con el respectivo programa detallado y una carga horaria mínima de 200 hs, con evaluación final por curso; se solicitará también, manejo de Historia Clínica Orientada a Problemas, Familiograma, nociones de Gestión, etc.; ambas exigencias serán una condición sinequanon.

Más: concurrencia a hospitales (en los últimos cinco años de ejercicio), de nivel III o IV, de al menos seis meses (mínimo una vez por semana) al servicio de Medicina General; y a Hospitales de nivel IV o mayor en la siguientes especialidades o servicios: medicina interna, toco ginecología y pediatría de mínimamente tres meses continuos de al menos dos veces semanales.

Más: un trabajo científico relacionado con la especialidad o la A.P.S. y presentado y aprobado por el comité científico en congresos o jornadas de Medicina General y/o Familiar y el diagnóstico de salud de la comunidad donde reside (según protocolo de la FAMG) entregado previamente al tribunal que deberá ser aprobado.

Otorga acceso a examen de la especialidad.

4. Aquellos profesionales que, teniendo como ejercicio pleno de la disciplina y asistencia activa en forma ininterrumpida de cinco (5) años, acrediten cursos de reconversión, introductorios avalados por una Universidad, los que deberán tener una carga horaria mínima de 3000 hs (1500 teóricas y 1500 prácticas), denotando efectiva adhesión a la especialidad.



Más: un trabajo científico relacionado con nuestra especialidad o la A.P.S. y presentado y aprobado por el comité científico en congresos o jornadas de Medicina General o Familiar y: además el diagnóstico de salud de la comunidad donde reside (según protocolo de la FAMG) entregado previamente al tribunal que deberá ser aprobado y ser aceptado por el mismo.
Otorga acceso a examen de la especialidad.

El Proceso de Certificación de Especialistas en Medicina General y Familiar.

Examen de Competencia

Requisitos mínimos:

- 3 años de recibido como médico para la modalidad 1.
- 5 años de recibido como médico para la modalidad 2 y 4,
- 10 años para la modalidad 3.

Certificado de antecedentes de la especialidad en servicios con especialidades diferentes previamente reconocidos y acreditados por la Comisión de Certificación y Recertificación.

Si fuera necesario otorgar puntaje a los antecedentes se utilizará el PUNTAJE REFERENCIAL MÍNIMO del ANEXO II del REGLAMENTO DE RECERTIFICACION de la Especialidad MGF.

Acceso a examen

- Con residencia:** *Accede a examen con residencia cumplida de 3 o más años (5200 hs.).
Requisitos: al menos un trabajo científico o de intervención presentado en congreso de medicina general o científico a fin, o al comité editorial de la revista de la FAMG con selección aprobada) o en su residencia (requisito 3).
- Sin residencia:** *Concurrencia de cinco años o más en servicios reconocidos; residencia inconclusa de al menos dos años completos; y requisitos 1, 3 y 4.
*Cursos de reconversión debidamente avalados por universidad o reconocidos por la FAMG y de más de 3000 hs. y acreditar desempeño de 5 años en la Especialidad de manera ininterrumpida; más requisitos 3 y 4.
*Acreditar desempeño de 10 años en la especialidad ininterrumpida; más requisitos 1, 3 y 4.

- 1: Cursos conteniendo APS, SiLoS, epidemiología, salud pública, MBE, con carga horaria mínima de 200 hs.
- 2: Concurrencia a hospitales nivel IV o más, tutorados, al menos por un especialista en Medicina Generalista y de familia y las clínicas básicas por tres meses en cada una en los últimos cinco años.
- 3: Presentación de un trabajo científico en congreso de medicina general o evento equivalente.
- 4: Diagnóstico de salud de la comunidad o pacientes a su cargo según protocolo brindado por la FAMG.

¿Cómo es el trámite?

En la página web de la FAMG se invitará a la inscripción de interesados para certificar la especialidad. En el llamado se determinarán los tiempos y el lugar donde se deberán enviar los antecedentes profesionales para acceder a la Evaluación. En general para las modalidades 1, 2 y 3 se los solicitará con una antelación de más de 30 días a los fines de que la Comisión de Certificación y Recertificación las evalúe. En el caso del punto 4 (diagnóstico de salud) los tiempos serán mayores.



ANEXO II

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE POSTULANTES PARA LA OBTENCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN EN: MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Introducción y generalidades

El objetivo es el de direccionar el criterio de evaluación a los aspirantes a la especialidad de medicina generalista y de familia, hacia una manera integral. Esta incluye tanto los aspectos conceptuales, como procedimentales y actitudinales de nuestra especialidad, ya que es importante evaluar no sólo conocimientos sino también habilidades y destrezas, valores y actitudes, que ponen de manifiesto en los postulantes el conocimiento, de saber hacer y saber ser.

A fin de describir la metodología a implementar en las próximas evaluaciones, se toma como referencia de base que las residencias apliquen el programa de formación sugerido por la Federación Argentina de Medicina General (FAMG), adaptado a cada región según la epidemiología del lugar y el posterior ámbito de desempeño del profesional.

La bibliografía sugerida a los postulantes se detalla al final. Se admiten como válidos los programas de salud de las residencias oficiales del Ministerio de Salud de la Nación, de las Provincias y de organismos rectores como la OMS, OPS, CLAP, etc.

También se tendrá en cuenta la formación en otras disciplinas complementarias como emergentología, gestión, epidemiología, APS, saneamiento y ecología, metodología de la investigación, ciencias sociales, etc.

Se prestará, además, especial atención a la relación médico-paciente, a los aspectos humanitarios, éticos y deontológicos, y a la integración con el equipo de salud y trabajo efectivo con él.

Se dará importancia a la integración – interacción con el equipo de salud y trabajo efectivo con él, teniendo en cuenta la priorización de determinantes del problema considerado, desde el modelo multicausal y con un enfoque biopsicosocial.

Se tendrá en cuenta, en todas y cada una de las actividades evaluatorias la utilización de los instrumentos o herramientas probos que debe manejar el postulante, aplicados desde la Epidemiología y Medicina Basada en la Evidencia; y que la capacitación, a través de la Educación Médica Continua post residencia, se manifieste como un hecho cotidiano y regular en cada actividad o prestación.

Esta prueba es común a todos los postulantes, recordando que aquellos que no tienen residencia, deberán previamente superar los requisitos formales existentes (capacitación en APS, epidemiología etc., elaboración de un trabajo científico, etc.).

Aspectos Metodológicos

De los examinadores:

Los examinadores deberán ser especialistas en medicina general certificados y recertificados (si corresponde), mostrar actitudes sumamente profesionales, distante de relaciones personales, evitando todo tipo de juicio de subjetividad hacia el examinado, ya sea para favorecer o perjudicar al mismo. Tener en cuenta los aspectos vinculados al respeto a la integridad e identidad de género, derechos, moral, pudorosa, ética, cultura y de principios del paciente en su totalidad, cultura y contexto.

Los contenidos a evaluar han sido desarrollados en las residencias y/o concurrencias de manera sistemática, por lo que los postulantes deben estar familiarizados con ellos.

El examen está previsto a desarrollarse según el siguiente esquema horario:

1º. Examen: prueba escrita: dos horas de duración.

El mismo es de modalidad excluyente para aquellos que no alcancen el 70% del puntaje teórico.

2º. Examen: deberá asistir a un paciente, o resolver un caso problema (1), tomado al azar; 20 minutos de duración.

(1) En caso de tomar examen con un caso problema, pasarán todos los postulantes al mismo, mientras el tribunal corrige el primer examen, aún a expensas de que alguno de ellos no haya aprobado la primera instancia de 100 preguntas, situación que se explicará previamente y que se realizará debido a la escasez de tiempo en la toma del examen.



*3º. **Examen:** estaciones de destreza de competencias

*4º. **Examen:** seguirán la evaluación sólo para los postulantes que aprobaron las instancias anteriores. La instancia oral consta de tres partes:

- 4.1. Defensa del trabajo científico presentado y comentarios del mismo
- 4.2. Repaso del examen escrito por si algunas preguntas fueron malentendidas
- 4.3. Recorrido por temas de Medicina General y especialidades conexas

Tiempo necesario de 20 minutos a 1 hora.

Detalles de las evaluaciones

1º: Prueba Escrita: Es excluyente, debiendo, de un pool. de 100 preguntas; tener el 70% del total correctamente contestadas para aprobar el examen.

Todas ellas orientadas a la resolución de problemas, mediante la metodología de múltiple opción y a desarrollar. En ella habrá preguntas de temas descriptos en el programa de formación, que hacen a nuestra especialidad, en proporción equivalente a la prevalencia de consultas; Incluyendo de salud del niño, salud de la mujer, salud del adulto y del trabajador, salud del anciano y de prevención (primaria, secundaria y terciaria) promoción de la salud, de atención primaria de salud, de gestión, de epidemiología, de factores de riesgo, de la estrategia AIEPI, de saneamiento ambiental, de metodología de investigación, teniendo presentes casos sociales y de manejo de interrelación etc. (aspectos cognitivos y actitudinales).

2º: Prueba Dinámica:

PRIMERA PARTE PRESENCIAL

- a) **Paciente Real** Esta se realizará con un paciente al azar -que debe dar su consentimiento por escrito y al que ha de respetarse en todos los aspectos de su ser-, de consulta ambulatoria. De ella se valorará la relación médico-paciente, debiendo el postulante dar cuenta del proceso al que se enfrenta, examen clínico, definición del proceso, epidemiología, presunción diagnóstica (otros síntomas y signos, y diagnósticos diferenciales), métodos complementarios -si el cuadro los requiere- y tratamiento -prevención primaria, secundaria y terciaria, farmacología, otras estrategias de manejo- historia natural del proceso salud-enfermedad-atención y pronóstico, etc. Esto se valorará según cuatro ítems a) relación médico paciente, b) examen físico orientado al problema c) planteos diagnósticos d) plan de estudios (esto estará detallado en el anexo 3 de formato de evaluación de la prueba oral).
- b) **Paciente Virtual** (actor/simulador y/o casos teóricos escritos; esto de manera excepcional). Si el tiempo no alcanzara, o las condiciones climáticas no ofrecieran la cantidad suficiente de pacientes, o si el número de postulantes excediera esa posibilidad, o en el marco de un Congreso Nacional donde no se ha podido convenir la presencia de pacientes reales en un escenario sanitario, se lo reemplazará por un caso problema, escrito, con múltiples opciones y a desarrollar, que contendrá actividades preventivas, asistenciales, de gestión, epidemiológicas, etc. Con igual criterios a, b, c, d, más anexo III.
- c) **En ambos casos**, se evaluará la vinculación con la tecnología adecuada, costos de tratamiento, ámbitos de derivación, etc. Que, con el paciente real o virtual, deberá realizar una pequeña defensa de lo actuado ante el tribunal.

Características generales

Se valorarán los aspectos conceptuales, actitudinales (y procedimentales si tuvieron ocasión de aplicarlos) que emplearon, ya sea con el paciente o con el caso problema, debiendo defender su punto de vista y criterios de resolución escritos.

Examen de Competencia

Parte práctica: Entrevista con el paciente, elegido al azar en consultorio, proceso que será verificado por uno de los especialistas examinadores.

Valoración a través de un instrumento del anexo III (uno de tipo general -común a todos los casos- y una para casos de adultos y ancianos, otro para la mujer en edad fértil y otro para niños) para evitar toda subjetividad por parte del examinador, quien estará en actitud pasiva de sólo espectador.



Puede haber uno o más problemas, presentados espontáneamente por el paciente, a partir de los cuales el candidato deberá desarrollar la entrevista.

El examen incluirá examen físico, debiendo el postulante examinado proceder tal cual como en su práctica diaria, presunción diagnóstica, confirmación (si la hubiere) tratamiento, derivación, etc.

Existe un tiempo máximo preestablecido de 30 minutos por paciente.

El puntaje se otorgará de acuerdo a criterios específicos, establecidos para cada caso en particular.

Los puntos a evaluar incluirán identificación, contextualización y manejo integral de los problemas, relación médico-paciente y organización de la entrevista, metodología, buen trato hacia el paciente, aspectos educativos de la consulta, priorización de problemas de la consulta a tratar, (y si debe proseguir instancias de diagnóstico o tratamiento, su derivación a quien corresponda), formulación de indicaciones de manera comprensible, percepción –por parte del postulante- de problemas de salud mental, sociales, de maltrato, etc. Deberá valorarse su capacidad para resolverlos, en función de un equipo de trabajo y salud interdisciplinario, haciendo hincapié en como los resuelve, en su medio habitual –contexto- de trabajo.

Las habilidades de comunicación importan tanto como los contenidos.

d) deberá aprobar esta instancia para pasar a la siguiente

3º: Prueba de Destrezas:

SEGUNDA PARTE PRESENCIAL - Estaciones de destreza:

Será evaluada por un jurado examinador, y si hubiese dudas se puede constituir el tribunal ante casos dudosos: duración 30 minutos como máximo.

Deberán pasar por tres (y aprobarlas en un 100%) elegidas al azar, de entre al menos diez, mencionadas en los ítems “aspectos procedimentales”.

Con ésta, se evaluará en el postulante tanto sus conocimientos conceptuales, como actitudinales y procedimentales, mediante la metodología OSCE (Objective Structured Clinical Examination).

Los conocimientos teóricos o aspectos conceptuales de nuestra especialidad, estarán orientados al ámbito de labor del postulante, comenzando con una descripción de su lugar de trabajo, población a cargo, factores de riesgo por grupos etarios, acciones preventivas, planificación estratégica, etc.

También aquí se valorará la descripción y praxis del caso clínico y/o caso problema escrito, y se indagará sobre los métodos de educación médica continuada realizados por el postulante.

El aspecto actitudinal se valorará en cada acto, praxis o pregunta, teniendo en cuenta la aplicación práctica de los conocimientos teóricos para la toma de decisiones, sustentados en la Medicina Basada en la Evidencia de una manera racional (MBE) y en la práctica corriente establecida, que asegura los resultados, los principios éticos y el bienestar a nuestros pacientes.

Los aspectos procedimentales se evaluarán en estaciones de destrezas mediante la metodología de tipo OSCE, elegidas al azar y al menos en tres de ellas, debiendo aprobar las tres estaciones. En caso de aprobar dos, se tomará una cuarta que deberá aprobar fehacientemente (3 de 4. En caso negativo, termina el examen para el postulante.

Se incluirán los siguientes ítems “aspectos procedimentales”:

- Utilización del C2 de notificación obligatoria, desde una planilla diaria; *obtención del BMI y superficie corporal de un paciente teórico;
- Evaluación de un carné del niño sano en la curva de crecimiento y desarrollo;
- Evaluación de curvas de evolución de carné en control de embarazo;
- Interpretación de un electrocardiograma al azar;
- Lectura e interpretación de radiografías al azar (tanto de tórax como de traumatismos);



- Toma de frotis de papanicolau con un simulador;
- Aplicación de una sonda vesical en condiciones de esterilidad;
- Realización de RCP en un muñeco;
- Condiciones de la toma de la tensión arterial
- Valoración de un examen prequirúrgico (electrocardiogramas y radiografías)
- Valoración de radiografías y electrocardiogramas patológicos
- Uso de aerosolterapia;
- Llenado de certificado de nacido vivo y de defunción
- Cirugía menor (sutura, tomas biópsicas, según disponibilidad del servicio)
- Otros estudios complementarios –laboratorio etc.- y planteos diagnósticos (ejemplo bacteriuria asintomática en gestante, hematuria, etc.)
- Interpretación de informes y correlación clínica de ecografías y mamografías
- Y otros que pudieran llevarse a cabo de acuerdo a la epidemiología del lugar y a la disponibilidad de recursos.

4º: Evaluación Final Integradora (oral)

TERCERA PARTE PRESENCIAL: Evaluación final integradora (teórica y oral) a la que deberá acceder al concluir la parte práctica.

Todos aquellos postulantes que hayan logrado un desempeño bueno en las pruebas se los evaluará por parte de un integrante del tribunal examinador.

Los que obtuvieron un desempeño regular sin desaprobado, serán evaluados por el tribunal en pleno.

Como primera medida, se evaluará el caso clínico que tuvo en suerte, del que se contemplará:

1. Definición del caso, diagnósticos más comunes de esa problemática, epidemiología de la patología, conceptos fisiopatológicos, síntomas y signos más comunes que presenta el cuadro, pruebas de laboratorio (si las hubiera), tratamiento (médico, quirúrgico, psicológico, etc.) y conceptualización de historia natural y pronóstico.
2. Posteriormente, se interrogará sobre algunas de las respuestas al cuestionario (estén las mismas erradas o no) para determinar criterios de interpretación y resolución aplicados por el examinado.
3. En el caso de habersele solicitado la presentación previa de un trabajo de investigación, realizado previamente en su práctica médica, para acceder a los exámenes de competencia se le solicitará los objetivos propuestos, los alcanzados y las críticas retrospectivas que ha considerado de la investigación, a los fines de evaluar el proceso de aprendizaje del mismo.
4. Finalmente, se hará un paseo por temas prevalentes de nuestra especialidad, buscando determinar el enfoque que realiza el profesional en su práctica diaria, evaluarán, con un criterio pedagógico-actualizado, los conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales. Estos son temas generales que incluyen problemas médicos, aspectos epidemiológicos (médico, clínico, social, etc.) capacidad para resolver, con herramientas de salud pública o de gestión, los problemas de su centro de salud, conceptualización sobre Atención Primaria de la Salud y SILOS, etc.

Los objetivos pretendidos desde la FAMG son los de un nivel de excelencia y la capacidad para resolver los problemas de salud de su comunidad, con eficiencia y sentido humanitario.

Finalmente, se promediarán todas las evaluaciones, obteniendo un ranking según puntaje, debiendo superar el 70 % del puntaje teórico ideal.

Preguntas generales sobre distintos aspectos de nuestra especialidad, al menos en las siguientes áreas:

- Medicina general
- Medicina de urgencia, emergencia y trauma
- Atención primaria
- Acciones de promoción y de prevención de salud
- Gestión y servicios
- Casos ambulatorios
- Problemas del niño
- Problemas de la mujer
- Problemas de adultos y del trabajador
- Problemas del anciano



Esp. conexas (otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, etc.)
Terapéutica y diagnóstico de patologías.
Epidemiología
Bioética
Método científico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL EXAMEN (no aprobado)

Examen escrito: deberá alcanzar el 70 % del puntaje teórico del total de las preguntas.

Examen con paciente (real o virtual): debe estar aprobado.

Examen de estaciones de destrezas: debe aprobar tres (de 3) o en caso de tener 2 de 3, se tomará una cuarta estación la que deberá aprobar indefectiblemente (3 de 4).

Examen integrador oral: deberá aprobar el 70% de las preguntas.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

Obviamente, ante tanto material, se aceptará toda aquella que cuente con prestigio y reconocimiento explícito.

Respecto a los consensos mundiales (JCH, ACDP, ADA etc.) y a los valores de laboratorio y dosis de medicamentos, se aceptarán los de orden mundial, nacional o local que cuenten con el aval científico, haciendo hincapié en los consensos y normatizaciones de la FAMG, y de los Congresos de la Especialidad.

Efectuamos, además, las siguientes recomendaciones:

LIBROS DE TEXTO DE LA ESPECIALIDAD

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF En Atención primaria Conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta edición Harcourt Brace 1995.
2. Starfield B. Atención Primaria Masson 2001.
3. MacWhinney I. Medicina de Familia Mosby 1996.
4. Taylor R Fundamentos de Medicina de Familia Springer-Verlag Iberica 1997.
5. Clínicas de Atención Primaria Interamericana vs. Años.
6. Reilly B Estrategias prácticas en medicina ambulatoria editorial Jims 1995.
7. Mengel/Schwiebert Medicina ambulatoria AP de la Familia Panamericana /95.
8. Sonis A y col Atención de la Salud y Actividades de Salud Pública Ateneo /76.
9. Paganini JM y col Sistemas Locales de Salud OPS.
10. Piedrola Gil Medicina Preventiva y Salud Publica 10º ed 2000 Masson.
11. ATLS Colegio Americano de Cirujanos Avanzado apoyo vital en trauma 1994.
12. L Jiménez Murillo y otros Medicina de Urgencias 2º Ed 1994 Harcourt.
13. Mario Rovere Planificación Estratégica, OPS 1997.
14. Sackett y otros Epidemiología clínica 1994 Ed Panamericana.
15. Jenicek, M Epidemiología La lógica de la medicina moderna 1996 Masson.
16. Ranckel, Manual de APS.
17. Rubinstein A y col Medicina Familiar
18. Otros.

REVISTAS DE LA ESPECIALIDAD

1. Formación médica continuada en atención primaria Doyma varios años.
2. Protocolos de FMC Doyma varios años.
3. Atención Primaria basada en la Evidencia Doyma varios años.
4. Revisiones Cochrane.
5. Evidencia en Atención Primaria varios años.
6. Boletín para profesionales anmat varios años.
7. Medicamentos y terapéutica pahef-anmat varios años.
8. Atención primaria doyma varios años.
9. Interconsulta AP americana de publicaciones varios años.
10. The practitioners.



11. Postgraduate Medicine.
12. Atención Primaria.
13. Gestión en APS Sociedad Catalana de Medicina Familiar SEMFYC.
14. Otros.

PROGRAMAS DE SALUD

1. Programas, guías y protocolos nacionales y provinciales de IRA, EDA, perinatología, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, accidentología, lepra, tuberculosis, farmacovigilancia, etc.
2. Programas del Ministerio de Salud de la Nación vigentes.
3. Programas de la OPS vigentes.
4. Programas del CLAP de perinatología.
5. Programas y resoluciones de la OMS vigentes.
6. Programa de formación de la FAMG y normativas y protocolos publicados.
7. Universidad de la Plata Curso MGF21.
8. Textos y publicaciones OPS serie PALTEX.
 - 8.1. Atención Primaria de Salud principios y métodos Publ. Cient. PXE10 OPS.
 - 8.2. Los Sistemas Locales de Salud Publ. Cient. 519 OPS.
 - 8.3. Guía para la gestión de la APS Publ. Cient. APR02 OPS.
 - 8.4. Manual de enfoque de riesgo en atención materno infantil Publ. Cient. PXE07.
 - 8.5. Aprendiendo a promover la salud Paltex 1984 OPS.
9. Guía de programación Local Nov. 2000 Moreno E Min Salud Nación.
10. Guía de Calidad en Atención Primaria Moreno E Univ. Nac. Tucumán 2001.
11. Epidemiología sin números De Almeida Filho, N OPS paltex N° 28.
12. Epidemiología de la desigualdad Victoria, C y otros OPS paltex n° 27.
13. Guías, protocolos, boletines etc. de entidades reconocidas (Ej.: Anmat, Malbran, Cetaar, etc.).

CONSENSOS Y PROTOCOLOS EDITADOS POR LA F.A.M.G

1. Normas publicadas por la FAMG, en la pág. web, en la revista, etc.
2. Ediciones de conclusiones de los Congresos Nacionales de Medicina General.
3. Protocolos editados.
4. Investigaciones operativas y co-patrocinadas por el INER, (prevalencia crónicos pulmonares) Conicet (diabetes gestacional) etc,
5. Trabajos científicos premiados y publicados que demuestran evidencia y aplicación en terreno práctico.
6. Otros.

LIBROS DE TEXTOS Y REVISTAS DE LAS ESPECIALIDADES CONEXAS

Todos aquellos tratados y libros de textos de especialidades lineales que están vinculadas o contribuyen a nuestra especialidad desde otras distintas disciplinas médicas verticales o sociales, sanitarias o del equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA ACTUALIZADA

- http://www.salud.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/2013-09_portafolio-educativo-municipios-saludables.pdf
- Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas 2011:
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/enf-resp-guia.pdf>
- Actualización de Recomendaciones Infecciones Respiratorias Agudas Argentina 2012:
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/actualizacion-recomendaciones-IRA-2012.pdf>
- Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina. 2020:
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001496cnt-calendario-nacional-vacunacion.jpg>
- Indicadores básicos de salud:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51796/indicadores_basicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CECIL. "Tratado de medicina interna". 23ª edición. Ed. Mc Graw Hill, 2009.
- Curso de Uso Racional de Medicamentos:



- MODULO 0 La salud de los argentinos: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/Modulo0.pdf>
- MODULO 1 Aspectos esenciales para un enfoque racional de la terapéutica: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/Modulo1.pdf>
- MODULO 2 Enfoque racional de la terapéutica de patologías crónicas prevalentes en APS: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/Modulo%202.pdf>
- DSM IV: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España Ed. Masson, 2005.
- Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia Pág. 39 a 128.
- Trastornos relacionados con sustancias. Pág. 181 a 210/227 a 233.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Pág. 279 a 322.
- Trastornos de la personalidad. Pág. 645 a 690.
- FARRERAS-ROZMAN. "Medicina interna". 16° edición. Ediciones Elsevier. 2008 o 17° edición. Ediciones Elsevier. 2012
- FERRAINA-ORIA. "Cirugía de Michans". Ed. El Ateneo 5°. 2002.
- Guías para la atención al paciente infectado con Trypanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas): http://www.msal.gov.ar/chagas/images/stories/Equipos/Guia_Nacional_Chagas_version_27092012.pdf
- Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco.2011: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/guia-practica-tratamiento-adiccion-tabaco-2011.pdf>
- Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia 2010:http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/GUIA_Parto_Normal.pdf
- Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales 2010:<http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino. Guía Programática Abreviada para la Prevención del CÁNCER CÉRVICO UTERINO: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Guia-programatica-abreviada.pdf>
- Programa Nacional de salud sexual y procreación responsable. Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos PNSSyPR – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php
- GORI- LORUSSO. "Ginecología", 2da Ed Buenos Aires, El Ateneo. 2001.
- HARRISON "Principios de medicina interna". 17° edición. Ed. Mc Graw Hill, 2008.
- Ley Nacional sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Ley 26529: http://www.sssalud.gov.ar/novedades/archivosGSB/documentos/ley_26529_pen.pdf
- Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26657: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16773&word>
<http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Manejo de los pacientes adultos con infección por VIH: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/manejo-pacientes-adultos.pdf>
- MENEGHELLO "Tratado de pediatría médica" Edit. Panamericana. 5ª edición. Tomos I y II. 1997.
- NELSON "Tratado de Pediatría" 17° edición. Behrman, Kliegman, Jenson. Saunders/Elsevier, 2004.
- Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 2011: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf
- PROVENZANO-LANGE-TATTI. Manual de Ginecología. 1ª ed. Buenos Aires. Editorial Corpus, 2006.
- Publicaciones de la Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud
- Protocolo componente II: Fortalecimiento de la vigilancia clínica: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/SNVS/C2/pdfs/ProtocoloEvaluacionLocalNodos-VF.pdf>
(Sólo Introducción. Antecedentes de la vigilancia epidemiológica de enfermedades respiratorias agudas. Situación actual en la Argentina. Vigilancia módulo C2)
- Vigilancia clínica de enfermedades de notificación obligatoria: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/vigilancia-clinica-de-enos.pdf>
- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) - Módulo de Vigilancia Clínica (C2): <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/modalidad-periodicidad-de-notificacion-c2.pdf>



- RED BOOK, Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 25 Ed. 2001.
- RUBINSTEIN ADOLFO Y TERRASA SERGIO: Medicina Familiar y Practica Ambulatoria, Editorial Panamericana, 2006.
- Salud mental y derechos Humanos 2007:
http://www.derhuman.jus.gov.ar/publicaciones/pdfs/07-dhpt-Salud_Mental_y_Derechos_Humanos.pdf
- SCHWARTZ. "Principios de Cirugía". Ed. Mc Graw Hill, octava edición. 2005.
- SCHWARCZ-SALA- DUVERGES –"OBSTETRICIA". Editorial El Ateneo. Sexta edición. 2005:
- Tuberculosis GUIA PARA EL EQUIPO
2009:http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf



ANEXO III

EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

Formato evaluación prueba oral

Esta actividad será evaluada objetivamente en lo práctico. El puntaje se cuantificará pormenorizadamente por cada actividad realizada.

Para obtener la calificación de aprobado, el aspirante deberá obtener un 70 % de las actividades realizadas satisfactoriamente.

Fundamentación

Las habilidades profesionales son herramientas que permiten a los médicos especialistas no solo obtener información, procesándola intelectualmente, sino también aplicar los conocimientos de modo **HUMANO, EFICIENTE, ÉTICO, RACIONAL Y CRÍTICO**.

Así se busca obtener la calificación **CONCRETA** de un profesional, que decide voluntariamente someterse a una evaluación por un tribunal de pares, con alto grado de autocrítica y búsqueda permanente para mejorar sus habilidades y la excelencia profesional. En principio esto se logra con una EMC sumado a un aprendizaje continuo, donde estudio, mejoramiento y practica deben ser una constante lo cual permite que esas habilidades sean de máxima calidad y a su vez permanentemente actualizadas.

Las habilidades a evaluar, no excluyen otras que el médico puede incorporar fuera de currículum, pero representan aquellas que el médico NO PUEDE DEJAR DE CONOCER Y APLICAR en la práctica diaria (currícula oculto).

No olvidemos que los objetivos profesionales implican necesariamente que el examinado sea un profesional **COMPETENTE, HUMANO, CRÍTICO, SIEMPRE ACTUALIZADO, CAPAZ DE ESCUCHAR, HABLAR, EDUCAR Y CONSEGUIR QUE SUS PACIENTES ACEPTEN Y APLIQUEN LAS TERAPIAS PROPUESTAS**.

Las áreas donde deberá conocer y aplicar estos conocimientos son muy diversas: **COMUNIDAD, FAMILIA, PACIENTE INDIVIDUAL AMBULATORIO O INTERNADO, CASOS SOCIALES, URGENCIAS, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD, ASISTENCIA EN CONSULTA O DOMICILIO, MARCO TEÓRICO DE NUESTRA PRÁCTICA**, (Epidemiología de lugar, Atención Primaria, SiLoS, Municipios saludables, **MBE, GESTIÓN** (centro de salud, APS, comunidad, medicamentos, RRHH etc.), **PROGRAMAS DE SALUD** (aiepi, programas provinciales o nacionales, y/o normas y consensos de HTA, DM, etc.).

Los **PRINCIPIOS ÉTICOS** deben constituir preocupación constante (no solamente una actividad teórica y práctica). Así la defensa y respeto por los derechos de los pacientes y personas debe ser una constante durante toda la vida del profesional.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD deberá estar presente en todo acto médico de nuestra especialidad.

El intentar CAMBIAR LA REALIDAD DE LOS PROBLEMAS DE LA GENTE, desde el trabajo en el equipo de salud y desde las organizaciones de la comunidad, también se valorará según el caso y según corresponda.

Siguiendo el **modelo multicausal**, se intentará valorar por sobre todo a los datos que obtenga el examinado de mayor relevancia en el proceso de salud-enfermedad.

También habremos de tener en cuenta los principios de confidencialidad, respeto y profesionalismo por los demás colegas teniendo criterio ético sobre nuestras opiniones y sobre los demás profesionales del equipo de salud, aceptando las sugerencias y miradas desde otras disciplinas.

EXAMEN CON PACIENTE

Características

Se evaluará según los siguientes ítems:

- a. Relación médico paciente con enfoque de riesgo y del problema actual.
- b. Examen físico orientado al problema previsto y llenado de la historia clínica familiar de ser necesario.
- c. Planteos diagnósticos. *percentilicas*
 - d.1. Plan de estudio.
 - d.2. Tratamiento.



- d.3. Educación para la salud.
- d.4. Nueva cita. (si correspondiera)

Se dispondrá de una grilla para todas las consultas en general y además habrá una para cada caso en particular:

- Grilla para pacientes adultos.
- Grilla de problemas de niños (basada en tecnología AIEPI)
- Grilla para embarazadas (basada en tecnología de CLAP)

Nota: dado que el examen trata sobre lo habitual de nuestra práctica, es recomendable que el examinado deba llevar su maletín, estetoscopio, tablas percentilicas, gestograma, tablas de conversión del BMI, calculadora etc., etc., y cualquier otro elemento que habitualmente use.

ACTIVIDAD valor 0 (desaprobado) ó 1 (aprobado)	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
ACTO MÉDICO: SEMIOLOGÍA INTERROGATORIO		
Niños, adultos ancianos: examen físico sobre el problema de consulta.		
Modelo multicausal, dar más prioridad a lo más relevante		
TECNOLOGÍA AIEPI/ signos alarma-alerta		
Según corresponda (preguntó por tos, diarrea, fiebre, evaluó estado nutricional, anemia, problemas nutricionales, vacunas.		
Evaluó otros problemas?		
USO DE TECNOLOGÍA APROPIADA		
Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, etc.		
MÉTODOS COMPLEMENTARIOS		
Laboratorio		
Radiología		
Otros usos racionalidad e interpretación		
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE		
Trato con el paciente, silla, comunicaciones lenguaje etc.		
Detección salud mental (personalidad, sexualidad, pareja, maltrato.)		
Se indicó próxima visita de control y signos de alarma?		
¿Se explicó cómo administrar la terapéutica? ¿Lo entendió el paciente?		
Convencimiento del paciente para tratarse.		
Necesitaba referencia y lo efectuó?		
Detección del paciente de alto riesgo, adicciones etc.		
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES		
Consentimiento informado.		
Derechos del paciente.		
Derechos del profesional.		
Se indicó lo que requería (medicación necesaria, medicalización etc.)		
DOCUMENTACIÓN		
Registro, ficha, carga de datos informatizados etc.		
Registro basado en problema.		
Recetas e indicaciones. Legibilidad y comprensibilidad.		
Certificaciones (si corresponde).		
ACTIVIDADES PREVENTIVAS		
Promoción.		
Prevención.		
Educación para la salud.		
EVALUACIÓN. CRÍTICA		
Formulación y abordaje de problemas.		
Costo beneficio diagnostico / terapia		



Epidemiología problema Valores predictivos		
Pronóstico terapéutico.		
Medicina basada en evidencia, pedido racional de laboratorio.		
MBE para solicitar Radiología, y otros estudios complementarios		
Calidad, satisfacción usuario.		
Dónde buscaría información sobre el problema en cuestión?		
Gestión y actividades afines.		
EQUIPO DE SALUD		
Abordaje del problema a través del equipo de salud ideal.		
Abordaje del problema a través del equipo de salud, que tiene en su lugar de trabajo.		
TOTAL		

Lo que no se debe dejar de hacer en la consulta de una persona adulta

	Actividad enfocada al problema	Actividades Preventivas (Detección de factores de riesgo)	
Interrogar sobre	Manejo del problema según protocolos o GPC (#) diseñadas según pautas de MBE y validadas localmente	Medicación Hábitos tóxicos (Tabaco, CAGE, Sust. Abuso) Alimentación (colesterol) Salud Mental (Stress, depresión) Sexualidad (hábitos y conductas de riesgo) Actividad Física (tipo y grado) Estructura y dinámica familiar (situaciones de riesgo) Alergias o intolerancias	
		GENERAL	SI HAY FACTORES DE RIESGO
Examinar		Medición de la Presión Arterial Peso / Talla α Ind. de Masa Corporal	Examen de piel Examen testicular Examen de Mamas Agudeza Visual Tacto Rectal
Solicitar. Indicar		Colesterol PAP (#) Mamografía	Inmunizaciones Lab. Venéreas Glucemia SOMF / Rectosigmoidoscopia
Aconsejar sobre	Adherencia terapéutica Signos de no respuesta terapéutica o mala evolución del problema. Visita de seguimiento	Alimentación Saludable (grasas, sodio, calcio) Actividades Físicas Prevención de accidentes	Inmunizaciones Abandono tabáquico Abandono Etílico Planificación Familiar TRH (#)
(#) PAP: Papanicolau; GPC: Guías de práctica clínica; TRH: Terapia de reemplazo hormonal; MBE: Medicina Basada en la Evidencia			

Control de embarazo de bajo riesgo

LO QUE NO DEBE DEJAR DE HACERSE EN EL CONTROL DE EMBARAZO DE BAJO RIESGO	
Preconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Captación de mujeres con deseo de embarazo en el consultorio de medicina general. • Administración de ácido fólico al menos 30 días Preconcepcional y hasta las 20 semanas de amenorrea. • Determinación de factores de riesgo asociados: enf. crónicas, tabaquismo, período Inter genésico, edades críticas, etc.
Posconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Confección de Carné e Historia clínica perinatal base. Calculo edad gestacional (en todas las consultas): FUM, AU, Eco. Medición de TA en todas las consultas. Confección de curvas percentilicas: SA/Ganancia peso, SA/AU en todas las consultas. • Hematimetría: 1er y 3er trimestre. • Serología VIH en el 1er. Trimestre. • Serología Luética y toxoplásmica: 1er y 3er. Trimestre. Serología chagásica: 1er trim. • Urocultivo: 1er. Y 3er. Trimestre. • Administración de Fe desde 20 semanas y hasta 30 días posparto.



- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Detección temprana de RCIU y macrosomía fetal.• Pesquizado de factores que impliquen una derivación a alto riesgo temprana y oportuna.• Insistir en parto institucional.• Inmunizaciones |
|---|



De cumplirse estas actividades



BAJAREMOS LOS ÍNDICES DE MORBIMORTALIDAD PERINATAL

El profesional aspirante a obtener su registro de especialista en Medicina General y Familiar deberá demostrar habilidades y destrezas en el marco de control de embarazo de bajo riesgo. Deberá interpretar concienzudamente aquellos de alto riesgo para así efectuar la oportuna y temprana derivación al nivel correspondiente.

Objetivos

- 1) Disminuir la morbilidad en perinatología.
- 2) Ofrecer a la población un control de embarazo que contemple tanto calidad de atención eficiente en lo técnico como también las necesidades y la situación social de la mujer.

ESTRATEGIAS

1) disminución de la morbilidad en perinatología:

Preconcepcional:

- Detección de mujeres con deseos de embarazo en la consulta de medicina general.
- Administración de ácido fólico 1 mgr/día al menos 30 días antes de la concepción y hasta las 20 semanas de amenorrea.
- Determinación de factores de riesgo asociados: HTA (crónica o en embarazos previos o en hermanas con antecedentes de HIE), DBT, Consumo de medicamentos, alcohol, tabaquismo
- drogas, actividad física, hábitos, alimentación, divulgación de las ventajas de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño.
- Divulgar mediante la modalidad taller u otro los riesgos de embarazo en edades no adecuadas (menor de 15 y mayor de 35 años).
- Incorporación del conocimiento en la población de las ventajas de respetar un mínimo periodo intergenésico de 2 años.

Posconcepcional:

- Universalizar el control de embarazo.
- Diseñar herramientas para la captación de embarazadas antes de las 20 Semanas de amenorrea en la población general.
- Administración sistemática de sulfato ferroso desde las 20 semanas y puerperal.
- Actividades a realizar en la embarazada para su adecuado control:
 - Confección de carne perinatal y la historia clínica perinatal base.
 - Inspección genital, Palpación Mamaria. Calculo de edad gestacional: Formas y métodos. Medición de talla.
 - Al inicio. Ganancia de peso, altura uterina: Alerta ante RCIU o macrosomía.
 - Medición de la TA en todas las consultas: actitud ante niveles no recomendables de TA. Valoración odontológica.
 - Toma de muestra de citología cervical. Variables antropométricas, ecográficas de jerarquía.



Utilidad de ultrasonido en cálculo de edad gestacional y de malformaciones.

Alteraciones ecográficas de placenta.

- Hemorragias de primera y segunda mitad de embarazo: conductas.
- Farmacología y embarazo. Clasificación de drogas. Toma de conductas en el embarazo por procesos mórbidos frecuentes.
- Pesquijaje de antecedentes obstétricos de relevancia: HIE, fetos de bajo peso o macrosómicos, gemelares. Operación cesárea reiterada. Antecedentes patológicos no obstétricos: TBC, DBT, HTA.
- Serología: se realizará en forma sistemática al menos 2 serologías VDRL y la última en el tercer Trimestre.
 - Toxoplasmosis: al menos 2 mediciones En caso de serología negativa o que implique probable Infección aguda: conducta a tomar.
 - Al menos una medición de serología chagásica. En todos los casos actitudes ante positividad de las mismas.
 - Conocimiento de pruebas que contemplen sensibilidad y especificidad para cada una.
- Glucemia: al menos 2 mediciones. Toma de conducta en caso de alteración.
- Determinación de hematimetría al menos en 2 oportunidades con niveles de hemoglobina.
- Pesquijaje de incompatibilidad RH: determinación de rutina de grupo sanguíneo factor RH, toma de conducta ante RH (-) según grupo sanguíneo de la pareja o en caso de desconocimiento del mismo. Pauta de control según prueba de Coombs indirecta. Pauta preventiva según CLAP/OPS.
- Determinación de urocultivo al menos en 2 oportunidades.
- Determinación de serología para VIH.
- Inmunizar con doble adultos a toda mujer que no ha cumplimentado la correspondiente vacunación. Pauta de administración.
- Finalizar el embarazo con al menos 5 controles.
- Insistir en el parto institucional.
- Manejo de la embarazada en situación social de riesgo, en lo referente a su llegada al control, situación familiar de violencia, riesgo de desarrollar afecciones según endemia o condiciones de salubridad en referencia al acceso de agua potable o contacto con desechos en ocupaciones de cirujero u otros empleos relacionados.
- Detección precoz de la gestante de alto riesgo
 - Detección de factores de riesgo potenciales, que podrían dar alertas sobre complicaciones en la gestación
 - Patologías de la gestación que lo hacen de alto riesgo (hipertensión inducida por embarazo grave y/o eclampsia, diabetes gestacional o pregestacional, retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones uterinas, presentaciones podálicas o transversa, embarazo múltiple, etc.)

2) Ofrecer a la población un control de embarazo que contemple tanta calidad de atención eficiente en lo técnico como también las necesidades y la situación social de la mujer:

Esto dependerá de la capacitación continua del profesional de APS.

Lo que no debe dejar de hacer en la consulta pediátrica

		EDAD, PESO, TALLA Y PERÍMETRO CEFÁLICO (determinar estado nutricional) MOTIVO DE CONSULTA	
	CONTROL		PROBLEMA
	SANO	DISTROFIA	
INTERROGATORIO	Vacunas – Alimentación Medio Familiar y Social – Integrantes de la Familia – Situaciones de Riesgo		
EXÁMEN FÍSICO	* Reflejos * Desarrollo psicomotor * Auscultación CV y Pulmonar * Abdomen * Piel y Mucosas	IDEM más *Signos de anemia *Signos de Hipovitaminosis	Orientado al problema *Nivel de hidratación *FR – Aleteo - Tiraje *FC – Ruidos Cardíacos * Auscultación pulmonar *Abdomen: visceromegalias, RHA, reconocimiento del dolor



PLANTEOS DIAGNÓSTICOS		*Clasificación de la distrofia según el tipo y tiempo de evolución	Diagnósticos Diferenciales Enfermedades Prevalentes Frecuencia de acuerdo a edad y sexo
COMUNICACIÓN	MANEJO AMBULATORIO Solicitud de estudios Complementarios, RX, Interconsultas al segundo y tercer nivel. Justificación Resultados esperables		DERIVACIÓN *Comunicación con el segundo nivel, forma y tiempo *Comunicación a la familia
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Acorde a cada caso particular		
INDICACIONES	*Utilización de Fe++ *Lactancia Materna *Fórmulas Lácteas	*Utilización de Fe++ y vitaminas. *Refuerzo alimentario *Fórmulas Lácteas	*Uso racional de medicamentos *Medidas generales para el hogar
PRÓXIMA CONSULTA	*Acorde a edad	*Acorde a riesgo nutricional	*Control (medidas para que vuelva al mismo) *Signos de alarma *Consulta de urgencia

¿Qué se espera que conozca y realice de las estaciones de destreza el aspirante?

Las evaluaciones serán: 1 satisfactorio
0 desaprobado

- Utilización del C2 de notificación obligatoria, desde una planilla diaria:**
 Será necesario conocer el C2, y que el pasaje del parte diario al C2 sea correcto. Se evaluará el conocimiento (por lo menos el 80%) de las enfermedades de notificación urgente y que actividades debe realizar a partir de la denuncia de estas enfermedades.
- Obtención del BMI y superficie corporal de un paciente teórico:**
 Será necesario aplicar esta tecnología sin lugar a dudas, tanto en la obtención del BMI –ya sea por escala o por cálculo matemático- como de la superficie corporal y conocer que aplicaciones tiene este índice en la práctica.
- Evaluación de un carné del niño sano en la curva de crecimiento y desarrollo:**
 Será necesario el conocimiento de esta tecnología correctamente, (estándar, pudiéndose también del CLAP o Agustina o de la SAP) y confeccionar la curva percentilica e interpretar los resultados e indicar el tratamiento, aprovechar aquí para evaluar inmunizaciones (que debe tener CERO de error), Detección precoz de patologías, recomendaciones sobre salud del niño cronología de los controles, etc.
- Evaluación de curvas de evolución de carné en control de embarazo:**
 Será necesario conocer esta tecnología correctamente. Deberá determinar a través de las curvas percentilicas de crecimiento de la altura uterina la detección precoz del RCIU. Deberá conocer exactamente los criterios de gestación de alto riesgo –para su derivación. Se evaluará además sobre inmunizaciones, patologías adyacentes, prevención, etc.
- Valoración de un electrocardiograma al azar:**
 Se pretende en esta estación, la interpretación de esa práctica, y el análisis de riesgo para tomar en cuenta las condiciones de normalidad, o patológicos, y en caso de derivación si requiere urgencia o puede ser programada. También se considerará la utilización de medicación sobre tal, o las condiciones de derivación en caso de urgencias cardiológicas.
- Lectura e interpretación de radiografías al azar (tanto de tórax como de traumatismos):**
 Se pretende en esta estación, la interpretación correcta de esa práctica, y el análisis de riesgo para tomar en cuenta las condiciones de normalidad, o patológicas, en este caso el tratamiento o las condiciones de derivación, si requiere urgencia o puede programarse, además de la utilización de medicación sobre tal y las condiciones de traslado. También si corresponde a una tecnología diagnostica complementaria, reconocer pautas de alarma, e interpretación de la misma
- Toma de frotis de Papanicolaou con un simulador:**
 Se pretende en esta estación, la identificación de riesgos potenciales, edades de pedido, su correcta instrumentación y la interpretación del resultado ulterior (conocer equivalentes de Bethesda, SIL) detección precoz y condiciones de derivación.
- Aplicación de una sonda vesical en condiciones de esterilidad:**
 Se pretende en esta estación, la adecuada instrumentación de esa práctica, las indicaciones que esta tiene, y evaluar las condiciones de asepsia y esterilidad al colocarla. Además de conocimientos sobre catéteres (nelaton, pezzet, foley, etc y su correcto manejo.
- Realización de RCP básico y avanzado en un muñeco:**
 Se pretende en esta estación, la aplicación correcta y exacta de esa práctica vital. Planteadas situaciones límite deberá con muñecos proceder a realizar activamente este procedimiento sin equivocaciones.



Se toma como referencia el curso del Colegio Americano de Cirugía ACLS, o BLS

- **Condiciones de la toma de la tensión arterial:**

Se pretende en esta estación, la correcta toma de la tensión arterial según protocolos del JNC IV.

Es una actividad excluyente en caso de no saber realizarla.

- **Valoración de un examen prequirúrgico (ECG y radiografía):**

Se pretende en esta estación, la interpretación de esas prácticas, y el análisis de riesgo para tomar en cuenta –peso, talla, superficie corporal, BMI, Análisis pormenorizado de cada aparato, y valoración en función de riesgos, como además la forma de redactar el informe.

- **Uso de aerosolterapia:**

Se pretende en esta estación, la interpretación de esta práctica, y el correcto asesoramiento de utilización a usuarios de este tipo de terapéutica.

- **Llenado de certificado de nacido vivo y de defunción:**

Se pretende en esta estación, el correcto llenado de los formularios vigentes (última modificación año 2001).

- **Cirugía menor (sutura, tomas biopsias, según disponibilidad del servicio):**

Se pretende en esta estación, el manejo correcto de condiciones de asepsia, antisepsia, esterilidad, hemostasia y destreza tal que el procedimiento sea exitoso. Aquí deberá también elegir el tipo de sutura (puntos separados, donatti, intradérmica, etc.) de acuerdo al sitio, identificar las líneas de fuerza dérmicas para la aproximación y como deben quedar los bordes de la piel, hemostasia etc. Además de la próxima cita, tiempo de permanencia de la sutura etc.

- **Otros estudios complementarios –laboratorio etc.- y planteos diagnósticos:**

Se pretende en esta estación, el correcto manejo y procedimiento diagnóstico y terapéutico y seguimiento del caso. Ante situaciones ideales o reales cotidianas (esto con casos con laboratorio estudios complementarios reales; por ejemplo, bacteriuria asintomática en gestante, hematuria, etc.).

- **Interpretación de informes y correlación clínica de ecografías y mamografías:**

Se pretende en esta estación, el correcto manejo y procedimiento diagnóstico, terapéutico y la orientación o el seguimiento del caso ante situaciones ideales o reales cotidianas (ésto en casos con estudios complementarios reales; por ejemplo, ecografía que difiere la edad gestacional de la, FUM, nódulo mamario etc.).



ANEXO IV

INSTRUCTIVO DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO (*)

Sr Profesional aspirante a la especialidad de Medicina General y Familiar:

Nos dirigimos a Ud., a los fines de adjuntar un modelo de protocolo, de cómo deberá realizar el diagnóstico de salud de la población a su cargo (sea esta estatal o privada, en la ciudad o medio rural, de obras sociales o población circunscripta, etc.)

Nuestra especialidad, trabaja con factores de riesgo, y Ud. coincidirá, que para nosotros toda nuestra población a cargo, es una población en riesgo. Y si no contamos con un diagnóstico pormenorizado de la situación de salud y problemas sanitarios, mal podremos enfocar y desempeñar nuestra disciplina, tanto en su faz sanitario-preventiva como en la terapéutica.

Por ello, le adjuntamos un esquema básico (que Ud., con sus conocimientos, podrá ampliar y superar) y es el que mínimamente deberá presentar ante el tribunal examinador previo a su examen.

Deberá tomar en cuenta todos los conocimientos de medicina sanitaria, APS, SiLoS, etc. que aporten a este diagnóstico; y muy en cuenta los datos cualitativos o informes zonales, ya que los datos como: tasas, razones y proporciones son más útiles a los fines de la macro gestión, (orden provincial o nacional) y no tanto a la micro gestión de su área de trabajo.

Aprovechamos la ocasión para saludarle, y desearle mucha suerte

() La diferencia entre diagnóstico y análisis de situación de salud, es que la primera es un reporte de tipo "transversal" cuasi estático y no puede inferir causalidad del problema, ni determinar el riesgo, ni tampoco, interrelaciona las variables, situación que Ud., deberá luego aplicar, para modificar las condiciones de la población a su cargo.*

Nota 1: Los integrantes del tribunal estamos a su entera disposición para asesorarle y brindarle más información sobre el particular.

Nota 2: Este informe deberá presentarlo treinta días antes del su examen, en original y tres copias para los examinadores. Será evaluado y es de carácter eliminatorio en caso de no ser satisfactorio para el dictamen del tribunal.

Nota: Ud. deberá colocar la dirección, teléfono, dirección de e-mail para poder contactarlo en caso de dudas, o para la correcta interpretación de los datos.

Material de Apoyo Básico al Diagnóstico de Salud

Tomado de la Dra. Elsa Moreno* con permiso explícito

*Heroína de la Américas designada por la OPS

Y recreación ad hoc para su uso en el primer nivel de atención.

Consideraciones

- a) Este trabajo presupone cierto pre-conocimiento sobre el tema. En caso negativo se describe al final la bibliografía recomendable, que Ud. deberá utilizar, y, además Ud. cuenta con consulta abierta, ayuda y seguimiento por parte del tribunal examinador.
- b) Deberá mencionar como determino la población a su cargo (población, cartera fija etc.)
- c) Ud., deberá citar todas las fuentes de donde obtuvo la información, para ser chequeadas si es necesario.
- d) En la parte demográfica deberá realizar una pirámide poblacional con el análisis respectivo
- e) En la parte habitacional, puede calificar las viviendas según el Indec, u otra escala de su preferencia, pero deberá describirla.
- f) Debe separar la parte demográfica de la médica (morbilidad y mortalidad) y en esta describir la población de personas sanas separada de la de discapacitados
- g) Al terminar de exponer los datos y antes de objetivar los problemas, deberá realizar una síntesis general, extrayendo las principales conclusiones sobre su población. Ej: se trata de una población demográficamente joven, en crecimiento, con un predominio en el rango de 0-15 años, por lo que el patrón de morbilidad se descompone..., etc. etc. etc.



1. A que nos referimos con diagnóstico de salud comunitario?

Es una parte imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitaria, cuyo desarrollo le ha de permitir a Ud., Dr., mejorar el nivel de salud de la población a su cargo geográfica, (de su pueblo o barrio), de cobertura (obra social o prepaga), y de cualquier otra situación en la que Ud. Se encuentre mediante acciones programadas dirigidas a solucionar los problemas detectados. Los problemas de salud, superan el ámbito clínico y se entienden como cualquier problema que se produce en la comunidad con consecuencias para la salud, sociales y económicos.

2. Para qué sirve un diagnóstico de salud comunitario?

La información básica que se recoge debe permitir:

- a. definir la magnitud del problema y su repercusión social
- b. identificar los factores causales o condicionantes
- c. analizar las relaciones que existen entre el nivel de salud y los factores condicionantes, con el fin de reconocer las posibles intervenciones para controlar el problema.

Es importante remarcar que toda la información que se pueda recolectar y analizar, así como los indicadores con los que trabaje deben relacionarse con la salud. Esto significa que no basta con hacer un cúmulo de información, sino que el "hilo conductor" o de relación debe ser la salud. Por ejemplo: Tomemos el ítem de vivienda, la tenencia de la misma y si los habitantes poseen documentación respecto de esa vivienda.

Piense en que influye o porque es importante recolectar esto. Una posible respuesta podría ser: si entendemos a la salud de forma integral, los aspectos relacionados con la identidad y la pertenencia también son muy importantes a considerar. De esta manera sería deseable que se trabajen cada uno de los puntos.

Los indicadores deben ser:

- **Válidos:** es decir, medir eficazmente lo que se supone que deben medir.
- **Confiables:** es decir, que el resultado debe ser el mismo si la medición se efectúa en condiciones semejantes por personas distintas y en diferentes momentos.
- **Sensibles:** es decir que reaccionen a los cambios de situación.
- **Específicos:** es decir, que reflejan los fenómenos o cambios en las variables que miden, no siendo afectados, en lo posible, por otras circunstancias.
- **Simples:** de ser posible deben poder obtenerse de manera sencilla y rápida.
- **Baratos:** los costos de elaboración deben estar en relación con los beneficios de su utilización.

Los indicadores usados en Salud Pública pueden ser ordenados en los siguientes capítulos:

1. Políticas de salud.
2. Características de la población.
3. Condiciones de vida de las poblaciones.
4. Nivel de salud.
5. Recursos de Salud.
6. Producción, rendimiento y utilización de los recursos.

Objetivos

- a. fundamentar las decisiones en materia de planificación de servicios
- b. servir de base para priorizar los problemas de salud
- c. servir de base para evaluar las decisiones tomadas
- d. establecer una colaboración continua entre la comunidad y el servicio de salud

3. Cómo se hace un diagnóstico de salud comunitario?

- a. Recopilación de la información
Ud. debe buscar la información para los diferentes elementos en programas de salud



- a.1. localización:
 - comunidad
 - pequeño pueblo
 - gran ciudad
 - conglomerado dentro de una zona
 - conjunto rural
 - se hará en forma descriptiva indicando límites y utilizando mapas
- b. Marco histórico
 - ayudará ubicar la comunidad en el tiempo
- c. Medio geográfico y medio ambiente (estado generalmente de riesgo)
 - ayuda a ubicar a la comunidad en el medio geográfico y esta intrínsecamente unida al medio ambiente
 - c.1 morfología relieve mapas de curvas de nivel
 - mapas de pendientes
 - mapas de altitudes
 - suelos
 - hidrología agua de abastecimiento
 - aguas residuales
 - hidrografía
 - c.2 geología
 - c.3 clima temperatura
 - precipitaciones
 - movimientos de la atmosfera (vientos)
 - humedad
 - tensión del vapor
 - heliofanía (contaminación atmosférica)
 - c.4 fitogeografía
 - c.5 zoogeografía
 - c.6 regiones geoeconómicas (solo es necesario en un programa de ámbito regional o nacional)
 - c.7 ruidos ambientales
 - c.8 descripción de contaminación medioambiental como determinante de enfermedad
- d. Infraestructura y equipamiento
 - d.1 comunicaciones
 - d.2 grandes trabajos en regulación cursos de agua, irrigación, drenajes etc.
 - d.3 instalación y producción de energía
 - d.4 ocupación y utilización del suelo
 - d.5 implementación industrial
 - d.6 implantación residencial
- e. demografía: población
 - e.1 aspecto estático
 - e.1.1 total de la población
 - e.1.2 densidad de la población
 - e.1.3 distribución por sexos
 - e.1.4 distribución por edades
 - e.1.5 distribución según el origen
 - e.1.6 distribución según la composición étnica
 - e.1.7 distribución según el estado conyugal
 - e.1.8 población rural y urbana
 - e.1.9 población económicamente activa y no activa
 - e.1.10 distribución por sectores económicos
 - e.1.11 distribución según la ocupación
 - e.2 aspecto dinámico
 - e.2.1 tasas de natalidad
 - e.2.2 tasas de fecundidad
 - e.2.3 tasas de nupcialidad
 - e.2.4 tasas de mortalidad
 - e.2.5 tasas de morbilidad



- e.2.6 tasa de crecimiento
- e.2.7 migraciones
- e.2.8 vida media o esperanza de vida
- e.2.9 previsiones de población futura
- e.3 condiciones de vida
 - e.3.1 economía zonal
 - e.3.2 economía local

f. Factores socioeconómicos: niveles de vida

- f.1 nivel sanitario
 - f.1.a situación
 - f.1.a.1 condiciones demográficas
 - f.1.a.2 geografía sanitaria
 - f.1.a.3 condiciones de higiene
 - f.1.a.4 comportamiento nutricional
 - f.1.b equipamiento
- f.2 nivel de habitabilidad
 - f.2.a. Calidad de la vivienda
 - f.2.a.1 componentes (pared, techos, pisos)
 - f.2.a.2 conservación
 - f.2.a.3 instalación de servicios dentro de la vivienda
 - f.2.b. Control sobre la vivienda
 - f.2.b.1 Situación de tenencia
 - f.2.b.2 Documentación que posee sobre la vivienda
 - f.2.b.3 Proyecto de la vivienda
 - f.2.c Lugar relativo
 - f.2.c.1 Infraestructura
 - f.2.c.2 Equipamiento
 - f.2.c.3 Accesibilidad.

Sobre cada uno de estos ítems podrá encontrar una breve guía al final.

- f.3 nivel educación
 - f.3.a situación
 - f.3.a.1 analfabetos
 - f.3.a.2 nivel de instrucción
 - f.3.a.3 porcentaje de niños que no asisten a la escuela en edad escolar
 - f.3.a.4 nivel de asistencia de los que asisten a la escuela
 - f.3.a.5 retardo escolar
 - f.3.a.6 existencia de programas de educación de adultos
 - f.3.a.7 desgranamiento escolar
 - f.3.b equipamiento
- f.4 alimentación
 - f.4.1 Calorías por habitante y por año
 - f.4.2 Porcentaje de calorías y proteínas aportadas por cereales, papas, otras féculas y azúcar
 - f.4.3 Disponibilidad de bovinos y leche por habitante
 - f.4.4 Porcentaje del ingreso familiar destinado a la compra de alimentos.
 - f.4.5 Número de niños y ancianos asistidos en comedores infantiles
 - f.4.6 Porcentaje de bajo peso al nacer
 - f.4.7 Censos de tallas en escolares
- f.5 nivel de información general
 - f.5.a situación
 - f.5.a.1 diarios
 - f.5.a.2 libros
 - f.5.a.3 revistas
 - f.5.a.4 radio
 - f.5.a.5 TV
 - f.5.a.6 Cine
 - f.5.a.7 acceso a Internet
 - f.5.b equipamiento



f.6 nivel comunitario o de participación social

g. organización social

g.1 diferencia social

g.1.a grupo de edad y sexo

g.1.b grupos étnicos

g.1.c grupos de interés común

g.1.d grupos laborales

g.2 estratificación social

g.2.a estratificación económica

g.2.b estratificación política

g.2.c estratificación ocupacional

g.3 asociaciones e instituciones

g.4 gobierno local

h. procesos sociales

h.1 Nivel de asociación comunitaria:

h.1.a Redes sociales

h.1.b Grupos informales

h.1.c Organizaciones de base

Sobre este ítem podrá encontrar una breve guía al final.

i. percepción del cambio social

i.1 información

i.2 actitud

i.3 aspiración

i.4 comportamiento

i.5 escala personal

i.6 escala familiar

i.7 escala de la zona

i.8 escala del país

j. recursos y potencialidades

j.1 sector primario

j.2 sector secundario

j.3 sector terciario

k. diagnóstico sanitario servicios de salud

k.1 red de referencia provincial

k.2 red de referencia regional

k.3 infraestructura sanitaria local

- Número de camas, por subsector.

- Número de camas según especialidad, por subsector.

- Razón de camas por mil habitantes.

- Equipos seleccionados de alta complejidad, según subsector.

k.3.1 equipamiento tecnológico y recursos financieros

- Producción: Promedio de permanencia

- Porcentaje ocupacional

- Giro de camas

- Promedio de camas disponibles

- Pacientes días.

- Distribución porcentual (erogaciones corrientes y de capital), del gasto público según componentes (administraciones nacionales, provinciales, municipales, seguridad social, empresas y entes binacionales).

- Gastos en salud, educación y vivienda para las administraciones nacionales, provinciales y municipales.

- Gasto en salud y en medicamentos, participación porcentual por grandes subsectores.

k.3.2 recursos humanos del centro de salud y producción vinculada a ellos

- Recursos humanos en operación, según cargos, por categoría, por subsector.

- Cargos cada 10.000 habitantes y cargos cada 100 camas.

- Cargos de médicos y cargos de enfermería, total y por 10.000 habitantes.

- producción

- Porcentaje de nacimientos ocurridos en establecimientos asistenciales.

- Consultantes a médico por 100 encuestados, por sexo.



- Consultantes a médico en el año, por 100 encuestados, según cobertura
- Proporción de consultas médicas según lugar de atención, durante el mes anterior a la encuesta.
- Consultantes a odontólogo por 100 encuestados, por sexo.
- Consultantes a odontólogo en el año, por 100 encuestados, según cobertura.
- Proporción de consultas odontológicas según lugar de atención, durante el mes anterior a la encuesta.
- Egresos anuales por 100 encuestados, por todas las causas, según sexo.
- Egresos anuales por 100 encuestados, por todas las causas, según cobertura.
- Proporción de egresos anuales según causa (parto, enfermedad, accidente, otra razón).

I. morbilidad

I.1 patologías prevalentes según edades en cohortes de:

- 0 a 1 año
- 2 a 5 años
- 6 a 15 años
- 16 a 50 años
- 51 y más

m. mortalidad

m.1 mortalidad con características regionales

n. factores de riesgo personales

n.1 descripción

Luego deberá proceder a:

1. Tabulación y análisis de la información
2. selección de problemas importantes enfermedades o problemas de salud problemas del servicio de salud problemas de la comunidad
3. determinación de objetivos.
4. revisión de obstáculos y limitaciones.
5. formulación del plan de trabajo.
6. equipo de salud, mencionar como está conformado en su área y cuáles son los trabajos interdisciplinarios que ha realizado efectivamente.

ADENDUM:

En la determinación de prioridades debe tenerse en cuenta como condición sinequanon:

- Magnitud
- Gravedad
- Vulnerabilidad
- Viabilidad
- Relación con otros problemas
- Interés de la comunidad
- Costo efectividad

La definición de prioridades es un proceso de valoración técnico-política que está sujeto a ciertos criterios, algunos de los cuales tiene más importancia que los otros

Mecanismos para la definición de prioridades

Se adjunta un cuadro que Ud., deberá realizar con los problemas que hayan surgido del diagnóstico de situación para priorizar los que realmente puedan tener impacto y buenos resultados en su práctica.

	1 magnitud	2 tendencia	3 gravedad	4 evitabilidad	5 vulnerabilidad	6 interés	Puntaje total
Problema identificado	A cuánto afecta?	Cómo evoluciona en el tiempo	Qué daños físicos, psicológicos o sociales ocasionan?	Qué posibilidad de prevención existe?	Qué posibilidad de solución y/o tratamiento existe?	Qué grado de interés ha expresado la comunidad en la solución del problema?	



Detalle	La mayoría 8 La mitad 6 Menos de la mitad 4 Pocos 2 Muy pocos 1	Muy inestable 4 Creciente 3 Inestable 2 Estable 1 Decreciente 0	Muy serios 8 Serios 6 Moderados 4 Leves 2 Sin importancia 0	Muy altas 4 Altas 3 Medias 2 Bajas 1 Muy bajas 0	Muy altas 4 Altas 3 Medias 2 Bajas 1 Muy bajas 0	Muy altas 8 Altas 6 Medias 4 Bajas 2 Muy bajas 0	
---------	---	---	---	--	--	--	--

Nivel de habitabilidad:

Este es un índice que mide los distintos valores de uso de las viviendas en una comunidad teniendo en cuenta la disponibilidad de los materiales y de los servicios internos, el control que los hogares ejercen sobre sus viviendas, y el lugar relativo y ambiental.

Respecto de esta variable es importante recolectar y presentar la información teniendo en cuenta los siguientes ítems:

Componentes de la vivienda: se refiere al techo, las paredes exteriores y el piso. De cada uno de estos es importante observar el material en el que está construido.

Estado de Conservación: observar si presentan rajaduras ó grietas las paredes y goteras el techo.

Instalaciones y servicios dentro de la vivienda: Si la vivienda posee agua dentro del lote. Cómo se realiza esa provisión de agua: de la red pública con distribución a la cocina y el baño, si esa distribución es exclusiva solo a esas dependencias, si no hay distribución del agua. Si hay bomba o bombeador que distribuye el agua. Si el agua se obtiene de aljibe, o pozo u otra fuente. Respecto del baño: si está instalado con descarga de agua al inodoro, si es de uso exclusivo del hogar o se comparte. Si tiene desagüe a red cloacal, a cámara séptica, pozo negro u otro.

Situación de tenencia: Si es propietario de la vivienda y el lote, o solo de la vivienda (en asentamiento o en villa), si es inquilino, ocupante en relación de dependencia, o de hecho, o gratuito (transitorio).

Documentación que posee: Si es propietario de lote y vivienda: posee escritura, posee boleto de compraventa. No posee documentación, pero la está tramitando, o no la posee ni la está tramitando. Si es inquilino: tiene contrato formal de alquiler, no tiene contrato, pero si constancia de lo pagado por mes. No tiene contrato ni constancia.

Proyecto de vivienda: Construyó totalmente su vivienda. ¿Cómo lo hizo?: con asesoramiento de técnicos y profesionales, sin asesoramiento. No la construyó, pero tiene proyecto. No la construyó ni tiene proyecto.

Infraestructura: Tiene frente a la vivienda: electricidad, pavimento ó calle mejorada, sistema de deposición de excretas, alumbrado público, sistema de recolección de basura.

Equipamiento: El barrio tiene en el radio de 20 cuadras: Hospital, escuela, guardería, sala de primeros auxilios, comedor infantil, teléfono público, espacios recreativos, otros.

Accesibilidad: ¿A qué distancia tienen el medico de distancia más próximo?: Hasta 3 cuadras, entre 3 y 10 cuadras, a más de 10 cuadras.

Nivel de asociación comunitaria:

Este índice mide el grado de densidad del tejido social de la comunidad. Se describe a través de la presencia de grupos informales, redes sociales y organizaciones de base que actúan para solucionar problemas y necesidades comunes.

Redes sociales: Incluye: Redes de ayuda mutua: observando si existen relaciones de reciprocidad entre parientes y/o vecinos para satisfacer necesidades y/o resolver problemas comunes (compras comunes, cuidado de niños, ancianos, etc.) ó no existen estas relaciones ó existen pocas de las mismas y Lazos de solidaridad: Observando si los vecinos actúan mancomunadamente frente a todas las emergencias y desastres que afectan al barrio ó solo lo hacen frente a algunas emergencias ó directamente no actúan con solidaridad.

Grupos informales: Aquí es importante observar la presencia de grupos informales y el activismo de estos. Los grupos informales serían aquellos que actúan en función de necesidades materiales y sociales: educación, salud, etc. Y el activismo de los mismos significa si las acciones que los mismos realizan producen resultados visibles en la vida del barrio y de la gente. Puede ser que estos grupos no existan ó sean pocos y que los resultados de sus acciones sean escasos ó no den resultados.

Organizaciones de base: Definir en primer lugar si existe ó no organización de base en esa comunidad. Si puede obtener mayor información de esa organización de base; los puntos a tener en cuenta de la misma podrían ser:

Grado de institucionalización: si la organización tiene personería jurídica, ó solo está formalmente constituida ó ninguna de las dos opciones.

Representatividad: Observando cual es el porcentaje de vecinos que participa (Un 30%, entre un 10 y un 30% ó menos del 10%)



Gestión de la conducción: si esta procede de elecciones, ó por autopromoción, ó si la designación de cargos está sujeta a agentes externos. Cómo se renueva esa conducción, cada cuanto tiempo.

Formación de dirigentes: si se promueve el surgimiento de nuevos dirigentes, si son promovidos por agentes externos, ó no se hace nada al respecto.

Toma de decisiones y ejecución de tareas: La instancia decisiva en la planificación, control y evaluación de actividades es: la asamblea ó reunión ampliada realizada regularmente; ó estas mismas instancias cuando lo decide la conducción, ó directamente decide la conducción.

Espacios de participación comunitaria: observando cuantas actividades genera para propiciar la participación.

Autogestión: los indicadores a observar y verificar son capacidad de decisión y de ejecución de la organización, la infraestructura (dispone ó no de local propio), las relaciones con organismos públicos, las relaciones con organismos de 2º grado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Van Balen. Working paper N° 4 Health & community: Cómo organizar los mejores servicios de atención de la salud en el primer nivel para el mayor número de personas posible. Unidad de investigación y enseñanza en salud pública Instituto de Medicina Tropical Antwerpen Bélgica.
2. Análisis de la situación de salud JM Argimo Pallas JL de Peray Baiges. Pag. 255-45 en Atención primaria Conceptos Organización y práctica clínica A. Martín Zurro JF cano Pérez. Vol I. 1995. Harcourt Brace.
3. Programas en Atención primaria JM Argimo Pallas E. Comin Bertran JL de Peray Baiges Pag 245-58 en Atención Primaria Conceptos Organización y práctica clínica A. Martín Zurro JF cano Pérez. Vol. I. 1195. Harcourt Brace.
4. Proyecto de salud para el noroeste santafesino. Enrique Oscar. Tesis maestría Publicación mimeo.
5. Diagnóstico de situación de salud en barrio Virgen de Luján (inédito). Reconquista. Santa Fe. Año 2000. Dres Ali Brouchoud J., Apullan F., Bleyinat L., Rubio D., Thimental M., Vallejos E. Primer Premio al mejor trabajo científico XV Congreso Nacional de Medicina General. Publicado Revista de la FAMG.
6. Contribución al análisis situacional a la programación en los sistemas locales de salud. Rodríguez Campoamor N.. Pag 321 a 332 en SILOS Paganini J. OPS.
7. Planificación de las actividades sanitarias Pag. 267-281 en Atención Primaria. Kroeger Luna OPS.
8. Atención de la salud Sonis A y colab. Edit. El Ateneo. 1984.
9. Actividades y técnicas de salud pública Sonis A y col. Ed. El Ateneo. 1984.
10. Guía de programación local. Actividades de salud materno infantil en el primer nivel de atención. Moreno Elsa ministerio de Salud nación Secretaria de Atención sanitaria (OPS).
11. Dr. Virgolini M., Dr. Pracilio H. Análisis de la situación de salud a nivel local área temática B salud pública y medicina comunitaria. Curso MGF21 Universidad Nacional de La Plata.
12. Análisis de la situación de salud. Curso de epidemiología para profesionales. Instituto Jara. Actualización 2001 (6 módulos).
13. Material de la materia "Evaluación urbana y rural" dictada por la docente Beatriz Cuenya. Maestría en Hábitat y Vivienda. Edición 2000 – 2001. Universidad Nacional de Rosario. Universidad Nacional de Mar del Plata.
14. Toda otra bibliografía que Ud. Pueda tener, obtener, conseguir que sea aplicable a esta temática.



ANEXO V

Esquema metodológico normativo de trabajo científico. (Se sugiere verificar actualizaciones en www.famg.org.ar)

GUIA BÁSICA PARA DESARROLLAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL/EQUIPOS TUTORIALES REGIONALES
FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL (FAMG)

Índice

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	30
1.LOS PARADIGMAS	30
2.LAS DIFERENCIAS	30
3.DESCRIBIR, EXPLORAR, EXPLICAR	30
4.INVESTIGACIÓN BÁSICA O APLICADA	30
5.SI VAMOS A INVESTIGAR CUANTITATIVAMENTE	31
6.SI VAMOS A INVESTIGAR CUALITATIVAMENTE	31
GUÍA BÁSICA PARA ELABORAR TRABAJOS CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA	32
EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	32
1.TÍTULO DEL PROYECTO	32
2.TEMA	32
3.IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	33
4.MARCO TEÓRICO	33
5.HIPÓTESIS	34
6.PROPÓSITO	34
7.OBJETIVOS	35
8.MATERIALES Y MÉTODOS	35
9.CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
10. RESULTADOS	38
11. CONCLUSIONES Y/O DISCUSIÓN	38
12. RECOMENDACIONES O PROPUESTAS	38
13. BIBLIOGRAFÍA	39
14. ANEXOS	39
15. APENDICES	39
GUÍA BÁSICA PARA ELABORAR TRABAJOS CON METODOLOGÍA CUALITATIVA	40
2) FASE DE TRABAJO DE CAMPO	40
3) FASE DE DISEÑO	40
4) FASE DE ANÁLISIS	41
5) FASE DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	41
GÚIA BÁSICA PARA ELABORAR UN RELATO DE EXPERIENCIA	¡Error! Marcador no definido.
1. MOMENTO DESCRIPTIVO	¡Error! Marcador no definido.
2. MOMENTO EXPLICATIVO	¡Error! Marcador no definido.
INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA	42



INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1. LOS PARADIGMAS

Los enfoques filosóficos para investigar, podrían sintetizarse básicamente en dos concepciones: el POSITIVISMO, la FENOMENOLOGÍA (comprensivismo).

El positivismo viene del siglo XIX y podría resumirse su pensamiento a la siguiente frase.

Estudiar solo aquello que real y positivamente existe: los hechos. O sea, toda experiencia que pueda ser verificada y comprobada a través de los sentidos.

La fenomenología es considerada la sociología de vida cotidiana. Viene del siglo XX y describe las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia de sus actores, busca las subjetividades, las intencionalidades que presuponen las circunstancias y sus significados.

del POSITIVISMO ↘ surge EL PARADIGMA → **cuantitativo /analítico explicativo**
 de la FENOMENOLOGÍA ↗ → **cualitativo/constructivista/interpretativo**

2. LAS DIFERENCIAS

Todo paradigma se evalúa desde tres aspectos

	Cuantitativo	Cualitativo
lo ONTOLÓGICO ¿Cómo ve la realidad?	Esta fuera del investigador. Es objetiva medible . Es neutra NO es influenciada por el investigador	Es una construcción de los sujetos de estudio. Está ubicada en un contexto socio histórico que la influye
lo EPISTEMOLÓGICO ¿Cómo es la relación entre el investigador y el investigado?	Sujeto (investigador) Objeto de estudio (investigado) rol pasivo del investigado	Sujeto (investigador) Sujeto (Investigado) Ambos se transforman y participan en la investigación activamente
Lo METODOLÓGICO ¿Cómo se obtiene el conocimiento?	Deductivo , parte de una teoría general a verificarla en lo singular Sistemático y lineal Todos los momentos de la investigación están planeados de antemano y sigue un proceso ininterrumpido y ordenado El fin es Teórico Busca Conocer, medir, identificar relaciones causa efecto Riguroso, enfatiza en la CONFIABILIDAD, la generalización del conocimiento (que pueda ser transferido a otros ámbitos) Es predictivo	Inductivo parte de singularidades para explicar en generalidades. Es un proceso en permanente evolución, emergente , circular se construye y replantea en los distintos momentos de la investigación El fin es la aplicación. Generar Transformaciones involucrar a los participantes, comprender la realidad desde el punto de vista de los actores Es laborioso , requiere un minucioso análisis de la colecta de datos. Reconoce la subjetividad del investigador en la interpretación Enfatiza la VALIDEZ Describe realidades contextualizadas no siempre generalizables

3. DESCRIBIR, EXPLORAR, EXPLICAR

Cuando vamos a investigar desde cualquiera de los paradigmas decidimos si vamos a:

- **DESCRIBIR:** Observar, medir, clasificar, registrar entrevistas.
- **EXPLORAR** Analizar la naturaleza del fenómeno o situación que vamos a estudiar, como se manifiesta.
- **EXPLICAR** entender las causas, las determinaciones, los por qué

4. INVESTIGACIÓN BÁSICA O APLICADA

Otra decisión a tomar es si investigaremos con el fin de TEORIZAR, ampliar información o llenar vacíos de conocimiento
INVESTIGACION BÁSICA



Generar cambios, transformaciones, solucionar un problema de la práctica **INVESTIGACIÓN APLICADA**.

Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan también a elegir una u otra metodología. Requerimos entonces mencionar **ASPECTOS GENERALES DEL DISEÑO**.

5. SI VAMOS A INVESTIGAR CUANTITATIVAMENTE

Podemos seleccionar entre distintos diseños:

- Si tendrá intervenciones podría ser EXPERIMENTAL o CUASIEXPERIMENTAL
- Si no tendrá intervenciones podría ser
 - DESCRIPTIVO
 - ANALITICO (exploratorio/explicativo)

Según las mediciones de las variables en el transcurso del tiempo:

- TRANSVERSAL (una sola medición en el momento de la realización)
- LONGITUDINAL (más de una medición a lo largo del trabajo)

Según el análisis CAUSA EFECTO:

- RETROSPECTIVOS (del efecto vamos hacia las causas). Ejemplo: CASOS Y CONTROLES
- PROSPECTIVOS (de las causas vamos hacia el efecto). Ejemplo de COHORTE

6. SI VAMOS A INVESTIGAR CUALITATIVAMENTE

Elegimos entre las perspectivas teóricas más comunes en estudios vinculados a la investigación cualitativa también a manera de generalización.

ETNOGRAFÍA estudio predominantemente descriptivo que busca comprender costumbres, creencias y conductas, en el lugar de los hechos, buscando conocer otros grupos humanos desde una posición menos etnocéntrica (libre de prejuicios personales).

FENOMENOLOGÍA. El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben.

TEORÍA FUNDAMENTADA pretende comprender los procesos sociales que transcurren en un ambiente social partiendo de percepciones singulares hasta constituir una teoría.

ESTUDIO DE CASO es una exploración en profundidad de una situación individual o pequeños grupos en un contexto, intentando comprender los fenómenos más importantes que influyen en el proceso salud enfermedad atención.

INVESTIGACIÓN ACCIÓN e INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Investigación aplicada, que se interrelaciona durante su producción con la participación de los investigados, buscando generar cambios o transformaciones.

INVESTIGACIÓN PARA LOS GENERALISTAS Y TRABAJADORES DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Sin duda puede abarcar todos los aspectos mencionados en su heterogeneidad, y en la diversidad de contextos que realiza su accionar.

Sin embargo al estar insertos generalmente en la realidad de una comunidad, en el marco de un equipo de salud y con la obligación de mirar desde un modelo de atención contrahegemónico que reconoce el derecho de la comunidad a participar, es el ámbito donde mejor se puede aplicar la concepción FENOMENOLÓGICA, el paradigma CUALITATIVO o CUANTICUALITATIVO, pudiendo DESCRIBIR una realidad incluyendo la mirada de otros, (percepciones, opiniones acerca de una situación que influye en la salud en un sentido amplio) o desde una observación participante. EXPLORAR analíticamente fenómenos colectivos que determinan formas de actuar o hacer. O EXPLICAR cómo influyen los factores culturales, socioeconómicos, la historia y los contextos en las situaciones de salud individual o colectiva. También se pueden llevar a la práctica las INTERVENCIONES de la investigación acción participativa. En todos los casos se realiza una aproximación a la investigación APLICADA, que tienda a contribuir al apropiamiento de la comunidad, a la comprensión empática de los hechos, y/o a generar transformaciones colectivas coparticipadas mediante intervenciones.

La investigación para nosotr@s por lo tanto es fundamental que esté puesta AL SERVICIO DE LA GENTE. Siendo parte de una ESTRATEGIA DE CONOCIMIENTO profundo y detallado del TERRITORIO donde se desarrollan las acciones y sus actores.

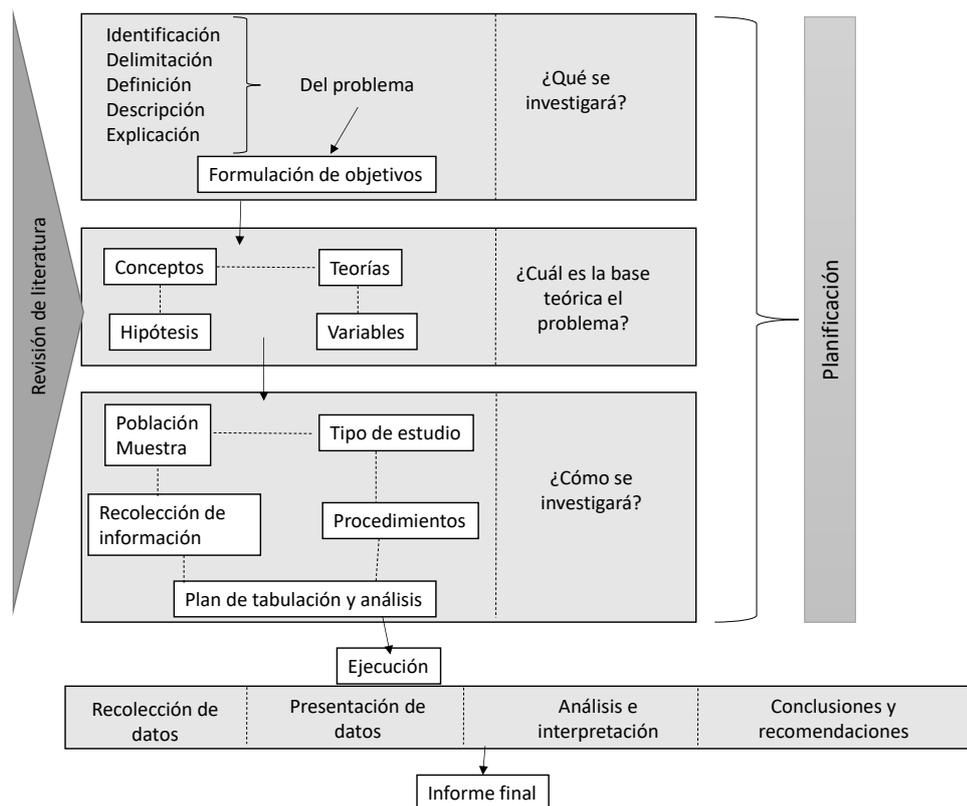
Es por esto que consideramos imprescindible dedicar un espacio de aprendizaje en el marco de todo proceso de capacitación destinado a trabajadores de salud del primer nivel de atención.

GUÍA BÁSICA PARA ELABORAR TRABAJOS CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA

La siguiente es una guía básica, introductoria para la elaboración de proyectos de investigación con metodología cuantitativa. Tiene como objetivo guiar a las personas o los grupos que quieran presentar trabajos de investigación en el marco de los congresos nacionales de medicina general.

Se requerirá profundizar cada uno de los puntos esbozados a fin de poder llevar adelante la investigación. Principalmente el apartado metodológico, donde se ha realizado una enumeración de los puntos a contemplar en un trabajo de investigación, a modo de guía, con el objetivo que el lector profundice los aspectos relativos a su trabajo en particular. Para ello se propone bibliografía de referencia al finalizar este documento.

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN



Fuente: Pineda EB & Alvarado EL (2008). Pág. 39

1. TÍTULO DEL PROYECTO

El título de un proyecto de investigación es el nombre con el que se identifica dicho proyecto. El título debe ser conciso; debe estar formulado de modo tal que exprese con pocas palabras el tema de estudio y de modo preciso, el objetivo de la investigación, las variables bajo consideración, la población o universo sobre la que se extenderán las conclusiones, y de ser necesario, dónde se llevará a cabo (lugar) y cuándo (tiempo). Asimismo, es conveniente que mencione el tipo de diseño que tendrá la investigación. Si al hacerlo se pierde claridad en la redacción, entonces es recomendable formularlo como subtítulo.

Por Ejemplo:

“ESTUDIO SOBRE LA RELACION ENTRE DIARREA ESTIVAL Y DESNUTRICIÓN EN NIÑOS. POSADAS – 1992-1995” ó

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL: UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. SU PREVALENCIA EN MAYORES DE 45 AÑOS. SAN LUIS – NOVIEMBRE DE 2006”

2. TEMA

El tema de investigación indica un área de interés a ser investigada. Es una delimitación todavía bastante amplia.

Por ejemplo: “violencia basada en género”, “enfermedades cardiovasculares”, “infecciones de transmisión sexual”



3. IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

a) Identificación y delimitación del problema

A partir de la profundización del tema, al hacernos preguntas, surge el problema. Es un recorte más concreto, más preciso, es decir, cómo se comporta el *tema* en mi *lugar* y el *tiempo* de la investigación. Se deberá identificar y delimitar el problema específico a investigar. Para lograrlo es necesario conocer bien el tema.

Algunas características para formular el problema:

- Debe ser formulado como pregunta, esto facilita su elaboración
- Debe ser claro y preciso
- Debe ser delimitado a una dimensión variable (hacerlo medible).
- No debe ser formulado de manera amplia, imposible de ser investigado

Podemos hacernos algunas preguntas al momento de elegir el problema a investigar:

- ¿Se trata de un problema original?
- Aunque sea interesante, ¿es adecuado para mí?
- ¿Jugarán a favor o en contra los actores sociales del entorno?
- ¿Tengo posibilidades reales para ejecutar el estudio?
- ¿Existen recursos financieros para la investigación de este tema?
- ¿Tendré tiempo suficiente para investigarlo?

b) Pregunta de investigación

Es aconsejable formular el problema a modo de interrogante, ya que así contribuye a especificar estos aspectos concretos e invita a dar respuesta al problema.

La pregunta de investigación es una expresión lingüística que solicita información respecto del problema de investigación. Dado que la misma debe ser respondida a través de la observación empírica, todas las entidades contenidas en la pregunta deben corresponderse con un observable fáctico. Es decir, es condición fundamental que todos los conceptos mencionados en la pregunta tengan una expresión en los hechos, factibles de ser observada.

La pregunta debe relacionar dos conceptos. Ejemplo: “¿es la calidad del agua de consumo que se relaciona con la aparición de diarrea estival?”

c) Justificación del problema

Justificar el problema consiste en formular la relevancia del problema. En la justificación del problema es ineludible desarrollar con argumentos convincentes la importancia de llevar adelante la investigación.

La razón y el origen del proyecto: ¿por qué se hace?

Indicar el fundamento de la elección y priorización del problema identificado, al cual intentará aportar una solución. Dar una respuesta al problema planteado es la razón por la cual se lleva a cabo la investigación. Es la *motivación* que lleva a investigar. Es por ello que la identificación y delimitación del problema es un momento medular en la planificación de cualquier estudio. De su adecuado planteo dependerá la correcta formulación de los objetivos y el encuadre metodológico. Así como de su adecuada justificación dependerá el reconocimiento de la importancia de la investigación.

Algunas preguntas que pueden ayudar a avanzar con la justificación:

- ¿Cuáles son las razones de su elección? Conocer, deconstruir, accionar
- ¿Cuál es la pertinencia? Que va a aportar; conceptualizar su importancia a nivel local y regional.
- ¿Cuál es la relevancia? Porque es importante el tema de investigación
- ¿Cuál es el impacto?
- ¿A quién le servirán los resultados?

4. MARCO TEÓRICO

Aquí se procura restablecer la relación del problema concreto con el sistema de conocimiento general que lo engloba, situándolo dentro de una tradición teórica. Puede encontrarse también como Marco de Estudio, Marco de Referencia, Antecedentes Bibliográficos, Revisión de Literatura.

Es importante que el investigador se esfuerce por mostrar las líneas de conexión entre el tema y problema seleccionado y los conocimientos ya consolidados y aceptados sobre los mismos; es decir, debe esforzarse por demostrar la consistencia y sustento científico de su propuesta de trabajo.

Es conveniente realizar una breve referencia al marco general, para luego detenerse a desarrollar los aspectos teóricos específicos del área de trabajo que contiene al problema de estudios propuesto. Asimismo, en algunos campos científicos (como por ejemplo los que contienen a disciplinas sociales) esos acuerdos teóricos no existen, sino que suponen distintas posiciones y tradiciones teóricas. En las investigaciones propuestas dentro de estos campos, es preciso que el investigador realice un análisis más detallado de la posición teórica, escuela o normativa dentro de la cual se enrola su investigación.

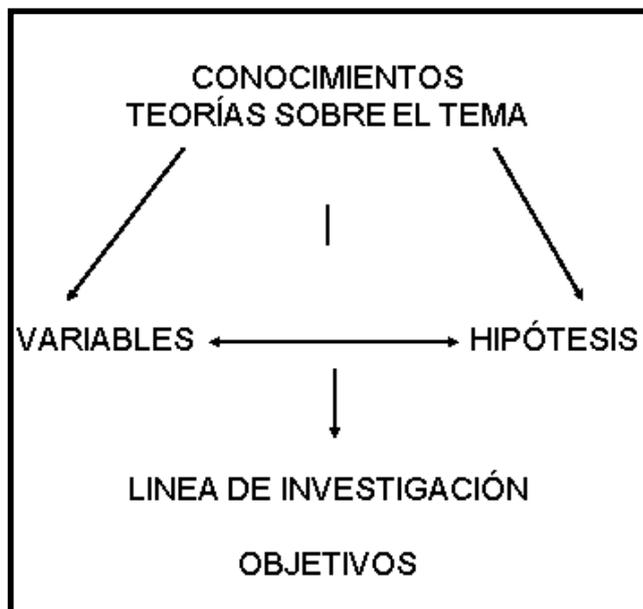
Describir el problema seleccionado en el plano teórico conceptual en cuanto a su definición, situación epidemiológica, principales características, los determinantes (biológicos, sociales, económicos, culturales).

Al analizar la prioridad del problema se puede tener en cuenta ciertos criterios tales como: la magnitud del problema (en término de frecuencia, población afectada, o consideraciones semejantes); vulnerabilidad del problema (en el sentido de la posibilidad de intervención), trascendencia social o impacto social, y factibilidad o impacto económico (costo/beneficio).

Son los antecedentes de trabajos sobre el problema en particular, los que brindarán información tanto teórica como empírica. Información acerca de los aportes o avances generados en el conocimiento del problema, o las limitaciones o vacíos existentes en el mismo; la existencia de discrepancias, acuerdos o coincidencias entre los distintos estudios; los resultados obtenidos. Los diferentes encuadres metodológicos desde los que puede ser abordado el problema: posibilidades y tipos de diseños; limitaciones de algunos diseños para el estudio de ese problema en particular; tipos de muestras, técnicas e instrumentos y análisis de los datos ya realizados.

Los problemas de investigación, en general, no son problemas aislados o independientes, sino que se encuentran engarzados en un sistema de problemas similares (algunos más generales, otros más específicos) cuya coherencia y pertenencia al sistema la da el marco teórico. Es importante entonces mostrar las líneas de conexión entre el tema y el problema seleccionado y los conocimientos ya consolidados y aceptados sobre los mismos; es decir, por demostrar la consistencia y sustento científico de su propuesta de trabajo.

Para algunos autores el **Marco Teórico** debe relacionar los conocimientos existentes sobre el problema, lo que permitirá identificar los aspectos principales a estudiar (*variables*) y las relaciones entre ellos (*hipótesis*).



5. HIPÓTESIS

Puede o no formularse. Es una proposición que responde, tentativamente, a la pregunta que nos plantea el problema. Constituye la posible respuesta lógica al mismo. Por eso se formula como aseveración: *“La capacitación permanente del personal de salud contribuye a disminuir la morbimortalidad infantil por enfermedades diarreicas”*.

La hipótesis arriesga una interpretación sobre cómo juegan ciertos elementos (*variables*) para que se concrete el fenómeno en estudio, sus causas y consecuencias. O sea: es el enunciado que relaciona variables entre sí. La segunda es dependiente de la primera (independiente): La segunda está condicionada a la presencia de la primera. La hipótesis es una asociación causal puesta a prueba.

6. PROPÓSITO

Puede o no formularse. Para algunos es el Objetivo General de la investigación. Reitera el “para qué” se va a hacer la investigación. Es un objetivo abarcativo y altruista. Implica los aspectos operativos y poblacionales preventivos que se desprendan del estudio en cuestión. Es decir, **su contribución**: *“Contribuir con el presente trabajo al conocimiento de las patologías prevalentes de la región con el fin de estimular la realización de actividades para su prevención y control”*.



7. OBJETIVOS

Los objetivos resumen lo que ha de alcanzarse en el trabajo. Representan el “qué”.

Los objetivos establecen qué aspectos específicos planteados en el problema o subproblemas se estudiarán; es decir, son expresiones que formulan qué tipo de información (conocimiento: descriptivo, analítico, etc.) se busca en la investigación, acerca de quiénes, cuándo y dónde.

Deben ser formulados teniendo en cuenta el problema planteado inicialmente, de modo tal que, si se obtiene la información que ellos proponen conseguir ésta información responda a dicho problema (coherencia). Se ha sostenido que los objetivos son la operacionalización de las hipótesis o respuestas al problema, ya que deben cumplir con el requisito de ser medibles y observables. La formulación de los objetivos debe ser clara y precisa con respecto a las variables o categorías, las relaciones entre ellas, la población sobre la que se extenderán los resultados y cuando corresponde, el período de tiempo al que se refiere.

Es usual redactarlos con verbos en infinitivos (*ar, er, ir*) indicando lo que se pretende lograr en términos del conocimiento: describir, identificar, comparar, establecer, y otros similares.

Pueden separarse en objetivo general y específicos:

a) Objetivo general

Explicitan de manera global la información que se pretende lograr con el estudio. En su formulación abarcan a los objetivos específicos

Que se quiere lograr. Debe expresar la situación deseada al finalizar el mismo.

Por ejemplo: *“Conocer las determinaciones sociales en el proceso salud-enfermedad-atención de la población a cargo del Centro de Salud “Los Aromos”, con el fin de contribuir a la resolución de los problemas de accesibilidad al sistema de salud”.*

b) Objetivos específicos

Es cada uno de los distintos objetivos que responde una pregunta específica dentro de determinada área de conocimiento. Es el desdoblamiento de los objetivos específicos. Lo que se espera lograr con cada actividad.

Expresan los resultados que se esperan obtener; establecen las cuantificaciones que se proponen resolver; sirven de guía para el estudio pues ordenan mediciones previstas; determinan los límites y amplitud del estudio; determinan etapas secuenciales: se enuncian de lo general a lo específico; incorporan las variables seleccionadas para el estudio y las asocian a través de cruces de variables: por ejemplo edad y sexo; permiten expresar la creatividad de los investigadores para aplicar: nuevos indicadores, técnicas de medición, resolución de problemas, propuestas innovadoras, etc. El enunciado erróneo de los objetivos lleva al fracaso de la investigación.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

Es el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para abordar el problema y cumplir con los objetivos planteados. El tipo de método seleccionado debe ser adecuado para resolver el problema, atento a los conocimientos existentes sobre el mismo, al ámbito en el que se va a trabajar, a los recursos disponibles para el estudio, y a la aceptabilidad ética del mismo.

a) Descripción del ámbito de estudio

Delimitación geográfica e institucional donde se realizará el proyecto. En general, es preciso describir las características del lugar donde se va a realizar la investigación cualquiera sea el diseño que se vaya a aplicar. En ocasiones, al lugar se lo denomina ámbito de estudio, en otras, campo.

Asimismo, es importante que queden claros los motivos por los cuales se ha recortado ese ámbito y no otro; es decir, que el investigador pueda fundamentar claramente la viabilidad o factibilidad del lugar seleccionado. Un punto importante es que se analice la accesibilidad con la que cuenta el investigador para entrar al campo.

b) Población objetivo o universo

Es toda la población sobre la que se quiere aplicar los resultados de la investigación, o sobre la que recaen las conclusiones. Es toda la población sobre la que se desea conocer algo. Pueden ser personas, instituciones, programas, etc. A veces es difícil distinguir entre universo y población; si se quiere estudiar a los mayores de 65 años, el universo contempla a todos, pero la población es la que está *definida* por un censo, un registro o un programa; por ejemplo, beneficiarios PAMI, Incluir Salud-Profé.

Luego es el grupo sobre el que se va a generalizar los hallazgos de la investigación.

Para lograr definir quiénes deben ser los elementos que componen mi población esto se debe delimitar: **criterios de inclusión**. A su vez debo explicitar quienes no podrán ser parte de mi universo: denominados **criterios de exclusión**.



c) Muestra

Subconjunto de la población accesible y limitada, en que se llevará a cabo la investigación. Es la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtendrá la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio.

Las muestras podrán ser

- i. **Probabilísticas:** en las que se aplica el azar para su selección. Todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados
 - a. **Muestreo aleatorio simple:** cada sujeto tiene las mismas probabilidades de ser elegido.
 - b. **Muestreo aleatorio sistemático:** el proceso de selección empleado se basa en alguna regla sistemática simple, como por ejemplo elegir uno de cada n individuos.
 - c. **Muestreo estratificado:** En la población se divide en (grupos) estratos según alguna característica. Luego de cada estrato selecciono una muestra aleatoria.
 - d. **Muestreo por conglomerados:** se utiliza cuando la población ya está naturalmente dividida en grupos. Selecciono determinada cantidad de cada subgrupo.
 - e. **Muestreo multietápico:** combinación de varios métodos de muestreo.
- ii. **No probabilísticas:** No se conoce la probabilidad de selección de los elementos. No permite hacer estimaciones a la totalidad de la población
 - f. **Muestra por conveniencia**
 - g. **Muestra por cuotas**
 - h. **Bola de nieve**

d) Unidad de análisis

Es la unidad de la cual se compone la población de estudio, fuente de información a través de la investigación.

En el área salud usualmente estos elementos son personas, pero pueden ser animales, eventos, objetos, instituciones, y otros

e) Tipo de estudio y diseño

Existen variadísimas formas de clasificar los tipos de diseños o estudios. Se señalarán tres clasificaciones, en la práctica una investigación puede ubicarse en varias de las clasificaciones siguientes:

- i. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
 - a. **Prospectivo:** se registra la información según van ocurriendo los fenómenos
 - b. **Retrospectivo:** se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.
- ii. Según el período y la secuencia del estudio:
 - a. **Transversal:** estudio las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo
 - b. **Longitudinal:** estudio las variables a lo largo del período. El evento de interés es seguido en el tiempo, ya sea pasado (retrospectivo) o futuro (prospectivo)
- iii. Según el análisis, la intervención del investigador y el alcance de los resultados:
 - a. **Observacionales**
 - i. **Descriptivo:** análisis de situación, ecológicos, transversales, reporte de casos, serie de casos
 - ii. **Analítico:** casos y controles, cohorte
 - b. **Experimental o de intervención:** ensayos clínicos, ensayos comunitarios.
 - c.

f) Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Fuente de la cual se tomará la información. Estas pueden ser primarias o secundarias.

Las **fuentes primarias** son aquellas de las cuales se obtiene la información por contacto directo con el sujeto de estudio. Estas son construidas para el objetivo planteado. Algunas de las técnicas que se utilizan son: entrevista, cuestionario, observación.

Las **fuentes secundarias** son aquellas donde la información se obtiene de documentos de diferente tipo, como historia clínica, estadísticas de morbilidad, de mortalidad, datos de un censo, encuestas nacionales, entre otros. Estas fuentes son producto de la observación o descripción de otro, construidas con otro objetivo.

g) Variables y categorías

Se deben identificar y definir las variables o factores relevantes de competencia directa del estudio. Las variables son las características, propiedades o atributos de las personas o las cosas. Varían de un sujeto a otro y en un mismo sujeto en diferentes momentos.

Los valores que puede tomar una variable, varían (de ahí su nombre). Por lo tanto, esa variación es susceptible de medirse.

Se debe explicar cómo se medirán las variables, proceso denominado **operacionalización**. Este proceso se basa en vincular conceptos o constructos abstractos (y en consecuencia no directamente observables), con indicadores empíricos (observables y manifiestos) que permitan la medición de las propiedades latentes enmarcadas en el concepto. Algunas variables son simples y no ofrecen mayor dificultad en cuanto a su definición y medición (como por ejemplo *edad, sexo, número de hijos*). Otras son más complejas y requieren que se las defina operacionalmente (por ejemplo: *accesibilidad, nivel socioeconómico, alimentación*). Generalmente estas son variables complejas (llamadas variables teóricas) con subvariables operacionales o dimensiones (variable real).

Por ejemplo:

Variable teórica *Nivel socioeconómico* necesita de varios indicadores (a los que se le asigna un puntaje X para construirla: *monto de ingreso, tipo de vivienda, nivel de instrucción, elementos de confort (calefacción), etc.* La modificación se denomina **descomposición** de la variable.

Una vez obtenidos los datos y realizada la suma de puntos se realiza la **recomposición** de la variable y se clasifica por categoría: *clase alta, media, baja*. (Ver también test de Apgar).

Ponderación: Es cuando al valor de un indicador se le asigna un puntaje distintivo con el fin de resaltar su peso, ya que su sola presencia sugiere una situación negativa o positiva.



Las variables pueden ser:

1. Cuantitativas: toman valores numéricos

- Discretas: solo pueden tomar números enteros. Se originan de recuentos. Ej: *números de hijos por familia*
- Continuas: usan decimales, son infinitas. Ej: *valor de glucemia*

2. Cualitativas o categóricas:

- Nominales. Ej: *sexo (feminino, masculino)*
- Ordinales: pueden ordenar las categorías. Ej: *dolor (leve, moderado, severo)*

La operacionalización

Definición: Los investigadores realizan la redacción conceptual del significado de la variable, estableciendo los límites que el concepto tendrá a los efectos de alcanzar los objetivos de la investigación. Se referirán a la bibliografía existente en la temática, pero será una definición donde debe verse reflejada la posición de los investigadores. En la definición, la variable es aun plenamente abstracta, es decir inmedible, pero deja en claro cuál es el significado que se tomará para el diseño de la investigación.

Dimensionalización: la definición conceptual de la variable cualitativa comprende muchas veces (en la misma definición) diversos aspectos que la componen. Cada uno de esos aspectos son las dimensiones de la variable; el nivel de abstracción es menor, puesto que cada dimensión expresa un aspecto más concreto de la variable, aunque aún no es per se medible. Sin embargo, muchas veces las variables pueden al principio de la investigación tener sólo su definición y logran ser dimensionalizadas cuando se obtienen los primeros datos. Es preciso recordar que la transversalidad de la metodología cualitativa permite la emergencia de nuevas variables e incluso de nuevos



interrogantes durante el proceso de recolección de datos y sus análisis. [si ponemos como ejemplo reduccionista simple, que la variable fuera el “país argentino”, sus dimensiones serían cada una de las provincias]

Referenciación: finalmente, de cada dimensión de la variable, se identifican los elementos referenciales es decir los INDICADORES que nos permiten medir cada aspecto de la variable. El nivel de abstracción es prácticamente nulo, puesto que expone concretamente los datos que queremos obtener. De estos indicadores, surge el instrumento de medición de nuestro trabajo.

[siguiendo con el ejemplo “país” como variable, “provincias” como dimensiones, los “municipios” serían los indicadores] Para comprender mejor el proceso de operacionalización, adjuntamos el siguiente ejemplo de variables abstractas complejas desde la pregunta problema, hasta la expresión de sus indicadores:

h) Plan de análisis de los resultados

El análisis de los datos que se proponga tiene que ser coherente con los objetivos propuestos, con la estrategia seleccionada y con el modo en que se hayan definido las variables y categorías, y sus relaciones (coherencia 2). En las investigaciones cuantitativas, donde se formulan los objetivos clásicos de cuantificar y comparar las variables, cuando se definen las variables usualmente se establece la escala de medida de las mismas (categóricas, ordinales o numéricas), y esto de algún modo anticipa el tratamiento que recibirán los datos.

También es oportuno anticipar el software que se utilizará para ello.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se deben respetar la Ley de protección de datos personales (Ley N° 25.326), según la cual se deberán respetar los datos personales y los datos sensibles.

10. RESULTADOS

Presentar los resultados siguiendo una secuencia lógica en el texto, tablas e ilustraciones, destacando en primer lugar los hallazgos más importantes. No repetir en el texto todos los datos de las tablas o ilustraciones, resaltar o resumir solo las observaciones más importantes.

La *Presentación de los Datos* implica el ordenamiento del material o elaboración de la información; tipo de codificación, plan de tabulación y los medios utilizados para el procesamiento.

La Presentación detalla las variables estudiadas en forma individual o por cruce de variables; las tablas o cuadros que faciliten la visualización de los resultados obtenidos y aquellos gráficos que se consideren de importancia.

Limitar el número de tablas y figuras a las estrictamente necesarias para ilustrar el tema y para evaluar su grado de apoyo. No duplicar datos en los gráficos y tablas.

Los gráficos no requieren explicación. Si la necesita no fue un gráfico bien elegido. Todo gráfico debe ser acompañado de los datos absolutos, pueden estar dentro de la imagen o fuera de ella. El gráfico permite resaltar algunas observaciones que hacen al interés del estudio.

El análisis de los datos podrá ser estadístico (cuantitativo en frecuencia y porcentaje) o del contenido (cualitativo). El análisis permite comprobar o refutar la hipótesis (si la hubo), resume las observaciones y los datos obtenidos.

11. CONCLUSIONES Y/O DISCUSIÓN

Las conclusiones destacan los aspectos más novedosos e importantes de la investigación que de ellos se deducen. No se deben repetir en detalle datos que aparezcan en la introducción o en el apartado “resultados”.

Es importante empezar la discusión resumiendo brevemente los principales resultados; a continuación, explorar los posibles mecanismos o explicaciones de dichos hallazgos, comparar y contrastar los resultados con los de otros estudios relevantes, exponer las limitaciones del estudio y explorar las implicaciones de los resultados para futuras investigaciones y para la práctica clínica.

Relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones rotundas o sacar conclusiones que no estén debidamente respaldadas por los datos (coherencia 3)

Cuando se plantea una *discusión* deben resumirse los principales resultados; a continuación, explorar los posibles mecanismos o explicaciones de dichos hallazgos, comparar y contrastar los resultados con los de otros estudios relevantes, exponer las limitaciones del estudio y explorar las implicaciones de los resultados para futuras investigaciones y para la práctica clínica.

12. RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

Son el aporte final que justifican la realización del trabajo de investigación, su “por qué” y “para qué”. Debe ser redactado con orgullo, pero respetuosos de las partes que puedan verse afectadas por los resultados obtenidos.

13. BIBLIOGRAFÍA

Las referencias bibliográficas son el conjunto de documentos, libros, artículos, etc., utilizados como fuente de consulta para la elaboración de la investigación, citados en el desarrollo del texto.

Los sistemas de referencias bibliográficas pueden ser el de autor-año (estilo Harvard) o el de numeración correlativa (estilo Vancouver). Es posible encontrar una gran variedad de adaptaciones de estos estilos que difieren entre sí, tanto en la puntuación como en el ordenamiento de los datos.

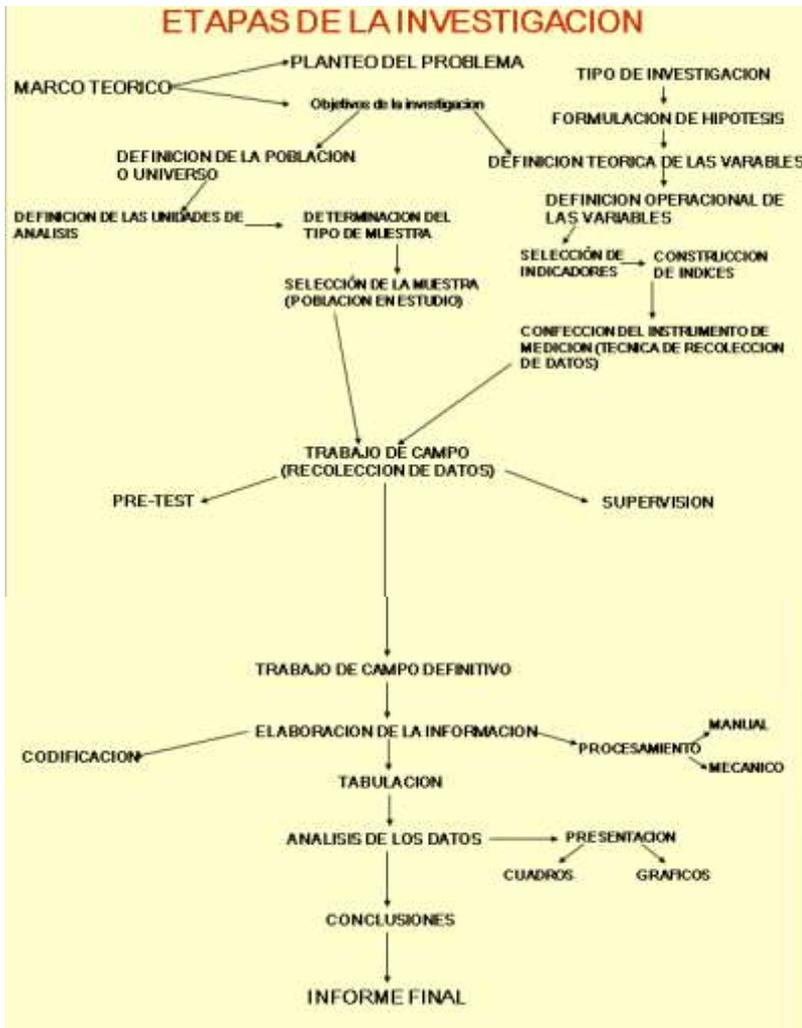
La elección quedará a criterio del autor. Se deberá optar por un único sistema de citas y referencias, que será utilizado en todo el desarrollo del trabajo.

14. ANEXOS

Tablas, cuadros, gráficos, cuestionarios, encuestas, mapas, fotografías, etc. que fueron utilizados o de gran interés para la investigación, la institución o los autores.

15. APENDICES

Es el material suplementario que puede agregarse al informe final y que por sí mismo conforma una visión integral del problema estudiado o que sea secundario a él. Por ejemplo, definiciones de términos operacionales (NBI por el Indec) o una investigación paralela al estudio que surgió de la recopilación bibliográfica.



Fuente: Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Mar del Plata



GUIA BÁSICA PARA ELABORAR TRABAJOS CON METODOLOGÍA CUALITATIVA

“La investigación cualitativa no es un proceso lineal pre-planeado sino una serie de sucesos que en la medida que nos vamos acercando permite comprender la naturaleza de lo estudiado”

Desde esta mirada, por lo tanto, sobre la marcha del proceso, puede a diferencia de la investigación cuantitativa, ir replanteándose algunas decisiones tomadas y reconstituirlas. La manera de referenciar la investigación es idéntica a la cuantitativa, sin embargo, su proceso es diferente.

EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

1) FASE PREPARATORIA

- 1.1 Pensamos en un área problema a investigar de manera general, sin tener tan claramente determinado de entrada que aspecto vamos a enfocar
- 1.2 Seleccionamos el ambiente donde se desarrollará
- 1.3 Elegimos quienes serán los participantes o sujetos de estudio
- 1.4 Definimos el marco teórico que más refleja nuestra posición, y la posición de otros autores al respecto.
- 1.5 Planteamos probables objetivos, e hipótesis

2) FASE DE TRABAJO DE CAMPO

“La hipótesis cualitativa como los objetivos surgen más claramente después de la recolección de los datos, podría cambiar sobre la marcha del proceso”

- 2.1 Salimos a campo a tener las primeras impresiones del problema.
- 2.3 Confirmamos, ampliamos, o rectificamos el problema.
- 2.4 Establecemos ahora, el aspecto de interés del problema a investigar, lo delimitamos y caracterizamos, redefinimos o confirmamos los objetivos de la investigación.

3) FASE DE DISEÑO

“Los diseños son flexibles, son EMERGENTES.” “la recolección de la información apunta a percepciones, opiniones y sentimientos”

- 3.1 Elegimos un diseño acorde al objetivo

Investigación acción	Teoría fundamentada	Etnografía	Fenomenología	Estudio de caso
Diagnóstico de una problemática programa o proyecto para actuar sobre él y resolverlo	Construcción de una teoría. Que responde a la recolección de opiniones y explica un fenómeno	Describe y explica las características de un sistema social para comprenderlo	Busca entender las diferentes perspectivas y experiencias sobre un fenómeno	Una exploración en profundidad de una situación individual o pequeños grupos en un contexto, para comprender los fenómenos más importantes que influyen en el proceso salud enfermedad atención

Fuente HERNANDEZ SAMPIERI

- 3.2 ¿Cuál será la muestra?, ¿qué tipo de muestra será?
- 3.4 ¿Cuál será la unidad de análisis?
- 3.5 ¿Cuáles serán los instrumentos cualitativos para recolectar la información?

INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA

Es reflexión sobre el conjunto de procesos que condicionan la vida social de un grupo determinado, por lo que el objetivo fundamental es lograr una eventual modificación de esa realidad considerada adversa.

Los objetivos entonces son:

- Buscar la potenciación y desarrollo de saberes que configuran la vida cotidiana de las personas.
- Revalorizar el conocimiento popular.
- Compartir conocimiento crítico reflexivo colectivo, participado, emancipador.
- Transformar realidades sociales mediante el protagonismo de los actores.



Es por lo tanto un proceso cíclico de reflexión- acción- reflexión, en el que se reorganiza la relación entre conocer y hacer, entre sujeto y objeto, configurando y consolidando con cada paso la capacidad de autogestión de los implicados. Constituye un proceso investigativo más abierto y procesual, que se caracteriza por un fuerte compromiso ideológico que no abandona los valores sociales que mueve a la acción, y opta por lo tanto por los más oprimidos y necesitados del sistema, buscando optimizar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Las etapas del proceso son:

- Elección del Problema desde la propia comunidad
- Toma de contacto Investigador/Comunidad
- Investigador como agente facilitador
- Delimitación de los Problemas
- Esquema básico de propuestas de acción concretas
- Afinar metodologías, instrumentos y técnicas que se aplicarán.
- Desarrollar las acciones.
- Análisis de los resultados obtenidos.
- Reflexión en torno a la resolución de los problemas planteados.
- Relevamiento de nuevos problemas.
- Nuevas acciones, nuevas estrategias, nuevos resultados.

Un aspecto muy importante es la capacitación, entendida como toma de conciencia y desarrollo personal que fomenta la autonomía y la toma de decisiones según la perspectiva de quien vive el problema, y no desde el Investigador.

La finalidad de la IAP, por lo tanto, es buscar respuestas a fondo con el propósito de transformar la realidad.

4) FASE DE ANÁLISIS

- 4.1 Preparamos los datos para el análisis. Cada dato se analiza por si mismo se triangula la información para validarla y se va reduciendo.
- 4.2 Se van constituyendo categorías que emergen de los datos, que vamos agrupando en denominadores comunes, hasta la saturación. Van surgiendo teorías y estrategias.
- 4.3 Se interpreta la información.
- 4.4 Se evalúa la influencia del investigador en el entorno.
- 4.5 Se define los datos que confirman teorías o refutan teorías.
- 4.6 Se reevalúa con los participantes los datos que van surgiendo.
- 4.7 Se coteja que opinan otros autores al respecto.

5) FASE DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Título, resumen, planteamiento del problema, delimitación y justificación, objetivos, fundamentación desde el marco teórico, método tipo de diseño, contexto de estudio, universo y muestra, unidad de análisis, métodos de recolección de datos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, bibliografía.



BIBLIOGRAFÍA

La siguiente es bibliografía de consulta para ampliar los conceptos desarrollados en esta guía
LA DIFERENCIADA CON NEGRITA ES LA RECOMENDADA PARA COMENZAR A INVESTIGAR

- BASUALDO, MINVIELLE & GRENOVERO (2005) Nociones básicas de metodología de la investigación en Ciencias de la salud. UNLP. La Plata Buenos Aires – Argentina
- BONITA R, BEAGLEHOLE R & KJELLSTRÖM T (2008). Epidemiología básica. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- FAMG: [//www.famg.org.ar/index.php/reglamentos/file/658-congreso-2019-reglamento-trabajo-cientifico](http://www.famg.org.ar/index.php/reglamentos/file/658-congreso-2019-reglamento-trabajo-cientifico)
- GUBER (2014). la etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires – Argentina.
- **HERNÁNDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO C & BAPTISTA LUCIO P (2015). Metodología de la investigación. 6ª edición. México. Disponible en:**
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- ICMJE (2006). Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición en la publicación biomédica. Comité internacional de editores de revistas médicas (ICMJE). Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/Requisitos-Uniformidad.pdf>
- Ministerio de salud. Guía de buenas prácticas clínicas en investigaciones en salud humana. Comisión nacional salud investiga. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/resoluciones/quia-de-bpc.pdf>
- Ministerio de salud. Guía de orientación para la elaboración de un proyecto de investigación. Comisión nacional salud investiga. Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/Guia_de_orientacion_plan_de_trabajo.pdf
- **PINEDA E, ALVARADO EL & CANALE (1994). Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS OMS. Washington DC – Estados Unidos.**
- **PINEDA Organización panamericana de la salud. Washington DC – Estados Unidos EB& ALVARADO EL (2008). Metodología de la investigación. Serie Paltex -**
- POLI & HUNGLER (2000). Investigación científica en ciencias de la salud, principios y métodos. México.
- SOUSA MINAYO MC (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Lugar Editorial. Buenos Aires – Argentina.
- TAYLOR SJ & BOGDAN R (2000). Introducción a los métodos cualitativos. Ediciones Paidós. Disponible en: <http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/10/biblio/10TAYLOR-S-J-BOGDAN-R-Metodologia-cualitativa.pdf>
- ULIN PR, ROBINSON ET & TOLLEY EE (2006). Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Publicación científica y técnica N° 61. Organización panamericana de la salud. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>
- TAYLOR SJ & BOGDAN R (2000). Introducción a los métodos cualitativos. Ediciones Paidós. Disponible en: <http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/10/biblio/10TAYLOR-S-J-BOGDAN-R-Metodologia-cualitativa.pdf>
- ULIN PR, ROBINSON ET & TOLLEY EE (2006). Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Publicación científica y técnica N° 61. Organización panamericana de la salud. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>