

“MINI-GEN”

La experiencia de la construcción e implementación de un instrumento de evaluación en contexto clínico hecho por Medicina General para Medicina General.

- **Chera, Silvia Gisela.** médica generalista. Coordinadora General de las Residencias de Medicina General y/o Medicina de Familia. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, CABA.

- **Gallego, Pedro Ignacio.** médico generalista. Instructor Central de las Residencias de Medicina General y/o Medicina de Familia. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, CABA.

- **Labaké Rickert, Sofía Micaela.** médica generalista. Instructora Central de las Residencias de Medicina General y/o Medicina de Familia. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, CABA.

- **Sacco, Diana.** médica generalista. Instructora Central de las Residencias de Medicina General y/o Medicina de Familia. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, CABA.

Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional
Monasterio 480, CABA, CP 1284.

Octubre 2025

Categoría: Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC)

Trabajo inédito

“Mini-GEN”: La experiencia de la construcción e implementación de un instrumento de evaluación en contexto clínico hecho por Medicina General para Medicina General.

Chera, Silvia G; Gallego, Pedro I; Labaké Rickert, Sofía M; Sacco, Diana.

Institución: Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional
Monasterio 480, CABA, CP 1284.

Relato de experiencia

Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC)

Relato inédito

Introducción, objetivos, materiales y métodos, resultados y conclusiones.

Ante la ausencia de instrumentos de evaluación para Medicina General y/o Familiar que consideren los contextos profesionales, docentes y comunitarios de Argentina, comienza la planificación de crear un instrumento local con una propuesta teórica que entrecruza la clínica ampliada, la perspectiva de la complejidad y la salud colectiva. Se construye e implementa así el “Mini-GEN”, un instrumento para la evaluación en contexto clínico para residentes de Medicina General y/o Familiar.

El objetivo fue construir un instrumento coherente con la práctica generalista que pueda jerarquizar la dimensión relacional y alojar las contradicciones, dinamismos y tensiones presentes en el proceso salud-enfermedad atención-cuidado, que es el objeto de intervención de nuestra práctica. El proceso implicó revisión bibliográfica, adaptación de modelos internacionales y trabajo conjunto con equipos docentes de la Residencia de Medicina General y Familiar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su posterior implementación piloto permitió identificar su pertinencia.

Esta experiencia constituye un aporte original a la consolidación de la Medicina General y/o Familiar como disciplina, generando un instrumento situado y reflexivo para la formación profesional en competencias.

Evaluación en contexto clínico; residencias; educación médica; entrevista generalista

1. Descriptivo

A. Contextualización y encuadre institucional

En Argentina, el título de grado de medicina es habilitante para ejercer la profesión en todos los campos de inserción laboral sin necesidad de tener formación en alguna especialización (Ley 17.132. Ley del arte de curar, 1967; Ley 24.521. Ley de Educación Superior, 1995). El Ministerio de Salud de Nación tiene la potestad de brindar a las personas profesionales la posibilidad de “anunciarse como especialistas” (Ley 23873/1990) para el ejercicio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA) mediante la certificación de especialidad a partir de un título de posgrado en una universidad reconocida por el Ministerio de Educación (Ley 24.521. Ley de Educación Superior, 1995), o por haber completado una residencia reconocida por el Ministerio de Salud de Nación (Duré et al., 2019; Ministerio de Salud, 2023).

La residencia de Medicina General y/o Medicina de Familia (en adelante, MGyF) en CABA se compone de 12 sedes distribuidas en Centros de Salud y Acción Comunitaria (en adelante, CeSAC) y Hospitales, siendo en total 120 residentes aproximadamente. Para sostener los procesos de formación cuenta con la Coordinación General (en adelante, CG) compuesta actualmente por 1 Coordinadora General y 3 Instructores Centrales, quienes elaboran, junto a equipos de trabajo de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (en adelante, DGDlyDP) los programas jurisdiccionales. Dentro de sus tareas principales se encuentra la implementación del programa, el monitoreo de la capacidad formadora de las sedes, el andamiaje para la resolución de conflictos, la gestión y capacitación sobre contenido de la especialidad y la creación de instrumentos evaluativos (Disposición 128. Guía para la elaboración de programas docentes de residencias, 2017). Desde el 2024, la CG junto a otros docentes, lleva adelante la Carrera de Especialista en MGyF dependiente de la Universidad de Buenos Aires (UBA) de manera articulada con la residencia.

Cada sede de residencia cuenta con un equipo docente local. Dicho equipo está compuesto por dos profesionales disciplinares de planta con el rol de Coordinadores Locales (en adelante, CL) y una dupla pedagógica de Instructoría y Jefatura de Residencia (en adelante, IR y JR). Los cargos de JR e IR son rentados, mientras que la CL es una función

asignada a profesionales con responsabilidad asistencial que “no implica mayor retribución para los profesionales involucrados” (Disposición 128. Guía para la elaboración de programas docentes de residencias, 2017).

B. Marco teórico

El Programa General de la Residencia de MGyF (RMGyF en adelante) de la CABA del año 2023 (Res. MSCABA 1747/2023) se ancla en las construcciones teóricas llevadas adelante por las ciencias sociales, la salud colectiva y la perspectiva de la complejidad (Morin, 1994). Es en ese sentido, que orienta la formación para la construcción de un perfil profesional orientado al cuidado organizado en cuatro ejes: el derecho a la salud, la clínica ampliada, la dimensión relacional y la gestión del conocimiento.

El primer eje, *derecho a la salud*, se vincula con la defensa, promoción y protección de derechos en salud desde una perspectiva de equidad. El segundo eje, *clínica ampliada* (Sousa Campos, 1997) impulsa el acompañamiento de procesos de cuidado integrales y contextualizados. El tercer eje, la *dimensión relacional* tiene que ver con el componente profundamente artesanal que se despliega en la producción de relaciones entre las personas destinatarias de la tarea, como también las personas con las que se lleva adelante la labor. En este sentido nos apoyamos en Merhy (1994) para utilizar el término de tecnologías, y en particular tecnologías blandas como aquellas desplegadas en el campo de lo relacional. Como último eje del perfil profesional, *la gestión de conocimiento* que incluye el aprender, el enseñar y el investigar dentro del campo de la especialidad.

A partir de estos ejes se organizan siete áreas de *competencias*, entendidas como la capacidad de integrar saberes, valores y actitudes que se expresan en la práctica concreta. En palabras de Perrenoud (1998) las competencias son “capacidades complejas que integran diversos tipos de saberes (saberes teóricos, saber hacer, saber ser y saber convivir) movilizados de manera pertinente ante una situación determinada”. A menudo es interesante pensarlas en relación al ¿cómo hace la persona especialista?

Las *actividades profesionales*, por su parte, son las acciones que le otorgan identidad a la especialidad (Guía de elaboración de programas docentes de residencias CABA, 2023). Realizando estas actividades es donde se integran las competencias de formación de la especialidad, lo que genera una identidad reconocible y singular del propio campo del

trabajo *-perfil generalista-*. De esta manera, las actividades profesionales responden al ¿qué hace la persona especialista?

Los *modelos de atención* son las modalidades del proceso de atención que se implementan mediante prácticas sociales de salud. Llevan implícitas las concepciones sobre la salud, las personas y sus derechos. En particular, el modelo de atención generalista, es el posicionamiento frente a la tarea de la atención médica desde el vínculo terapéutico construyendo acuerdos centrados en el sujeto y problematizando (Ferrandini, 2011) su realidad para articular cuidados.

La *perspectiva de la complejidad* permite interconectar diferentes dimensiones de lo real en una estrategia de pensamiento reflexiva y que tome en consideración las adaptaciones a los cambios en los sistemas siguiendo una tendencia no lineal (Tavera-Vilchis, 2023). Llevado a la formación de residentes, es interesante pensar la gestión de ese aprendizaje de una manera en espiral en la que es posible volver a lo vivido a través de la *reflexión*. Donald Schön (1992) define este proceso como la capacidad de “retomar nuestro pensamiento sobre lo que hemos hecho para descubrir cómo nuestro conocimiento en la acción puede haber contribuido a un resultado inesperado”, lo que él denomina *reflexión sobre la acción*. En esa misma línea sostiene que

“La formación profesional debería ayudar a los practicantes a convertirse en practicantes reflexivos...La enseñanza centrada solo en la técnica no basta para preparar a los estudiantes para las zonas de incertidumbre y ambigüedad de la práctica real.” (Schön, 1987)

La formación en residencias, entonces, se concibe como un proceso singular que se relaciona con los efectos que tuvo la realidad en las personas y lo que las personas pueden pensar a partir de esto. De esta manera, la reflexión se constituye como una estrategia docente potenciadora.

Dentro de las profesiones reguladas por el Estado, la *evaluación de aprendizajes* cobra relevancia dado que el ejercicio de la misma puede comprometer el interés público (art. 43 Ley de Educación Superior). En las residencias se reconocen, en las evaluaciones, dos propósitos complementarios. Por un lado la *evaluación sumativa*, que busca determinar el nivel de logro alcanzado al cierre de un período y que en general está asociada a la acreditación o promoción de residentes. Por otro lado, la *evaluación formativa*, que acompaña el aprendizaje y brinda retroalimentación a residentes para

reconocer sus avances o sus dificultades. Tiene una naturaleza más procesual donde su objetivo es favorecer el desarrollo progresivo de las competencias mediante la reflexión y el diálogo entre docentes y aprendientes (Camilloni, 1998).

En este sentido, las evaluaciones deberían desarrollarse en coherencia con la propuesta formativa, orientar los aprendizajes, valorar logros alcanzados y ofrecer información para la toma de decisiones docentes y las propias de quien está aprendiendo (Edelstein y Coria, 2002). Es decir, ser un proceso situado que acompaña la construcción progresiva de las competencias del perfil, y que se realiza en distintos momentos y escenarios de la formación para permitir focalizar los problemas, las dificultades o los hallazgos.

En este marco, los *sistemas de evaluación* en la educación médica de posgrado en residencias utilizan varias metodologías integradas mediante instrumentos diversos, ya que ninguno aisladamente aporta toda la información necesaria. Para la observación directa y la evaluación del desempeño de residentes en contexto clínico se utilizan listas de cotejo, escalas de apreciación y rúbricas (Ministerio de Salud, 2015 y 2022).

En la formación médica la residencia es un escenario potente de producción subjetiva y, a su vez, durante la formación la evaluación es un cierto espacio de poder y producción de saber. En esta línea, Boaventura de Sousa Santos (2010) invita a “descolonizar el saber”, es decir cuestionar las formas hegemónicas de evaluación que invisibilizan la diversidad de contextos, experiencias y sujetos.

C. Antecedentes

En la educación médica es central la evaluación del desempeño en la situación o contexto clínico asistencial. En ese campo, existen instrumentos como el Mini Clinical Evaluation Exercise (en adelante, Mini-CEX), desarrollado en 1990 por American Board of Internal Medicine (ABIM) que consiste en la observación, breve y estructurada, de un encuentro clínico entre el evaluado y un paciente. Este instrumento valora dimensiones de la entrevista clínica, el examen físico, el juicio clínico, la comunicación, el profesionalismo y la organización con retroalimentación inmediata (Norcini et al., 1995). Es una evaluación muy difundida en el contexto de las residencias médicas. Su uso dentro de la MGyF presenta limitaciones al ser un instrumento que fue diseñado para la evaluación en Medicina Interna. En las dimensiones que observa, deja por fuera áreas inherentes y fundamentales al campo

generalista, tales como la atención centrada en la persona, la continuidad del cuidado, el trabajo interdisciplinario, la perspectiva comunitaria y la comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención. Es un instrumento psicométrico cuya fiabilidad depende de que sea tomado para un mismo estudiante en diversas oportunidades y por diferentes docentes (Fornell-Vallés,2009).

Existen, a nivel internacional, sistemas de evaluación médica que contienen instrumentos específicos para evaluar *actividades profesionales confiables* (Entrustable Professional Activities- EPAs) (Ten Cate, Hennis, 2024) en el marco de programas *basados en competencias*. Estas evaluaciones están orientadas a observar la toma de decisiones clínicas correspondiente a cada especialidad o disciplina, con la intención de asignar autonomía a quién está aprendiendo. Específicamente en Medicina Familiar, este sistema de evaluación de residentes es utilizado por el College of Family Physicians of Canada (CFPC) para el ingreso a la residencia, y mediante objetivos para la acreditación en la especialidad (CFPC, 2020), y en Estados Unidos, el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), incorporó las *Family Medicine Milestones*, que definen niveles de desarrollo progresivo en competencias clínicas, relacionales, éticas y de gestión del cuidado (ACGME, 2019).

D. Objetivos

Objetivo general

- Desarrollar un instrumento de evaluación en contexto clínico específico para residentes de MGyF.

Objetivos específicos

- Fortalecer la experticia docente en la observación y retroalimentación en evaluaciones formativas y sumativas.
- Promover la enseñanza del proceso de autoevaluación como herramienta de aprendizaje reflexivo.
- Orientar la programación de la enseñanza para la mejora de las actividades profesionales.

E. Planificación

Dentro del equipo de CG se identificó como un problema que los instrumentos existentes para la especialidad en otros contextos contienen observables que están

sistematizados para cada actividad profesional con criterios de competencias que reflejan el posicionamiento para la especialidad ejercida en países culturalmente anglosajones. Esto implica diferencias con la Argentina tanto en los marcos de derechos, como en la práctica profesional, la docencia, los sistemas de salud y las características poblacionales-comunitarias. A partir de la identificación de este problema, comienza la planificación de crear un instrumento que busque entrecruzar los instrumentos ya existentes, el nuevo programa de RMGyF de CABA y los aprendizajes de la CG durante su formación como residentes. Tomando como base el Mini-CEX y, al ser un instrumento construido por y para la Medicina General, se eligió denominarlo “*Mini-GEN*”.

F. Ejecución

El proceso de construcción del “*Mini-GEN*” comienza en 2022 por quienes conformaban en ese momento la CG de la RMGyF de CABA. Tras diversas etapas de revisión y reformulación, el instrumento se consolidó en 2024 con el actual equipo de la CG. Durante la última parte del proceso de trabajo, se identificó una dificultad central: no existía un marco teórico explícito que sea capaz de explicar lo que ocurre en una entrevista generalista desde una perspectiva que dé lugar a las contradicciones, dinamismos, tensiones presentes en el proceso salud enfermedad atención y cuidado, objeto de intervención de nuestra práctica. Ante esto, el equipo decidió elaborar un documento que apueste a explicar la entrevista generalista desde la salud colectiva, la pedagogía, la clínica ampliada y la perspectiva de la complejidad (Chera, Gallego, Labake, Sacco, 2024).

Una vez esbozada la primera versión del instrumento, se realizaron reuniones con el equipo pedagógico de DGDlyDP y los equipos docentes de las sedes. Estos encuentros se realizaron con el objetivo de constatar el sentido y la coherencia del instrumento con la práctica generalista. A partir de las observaciones de actores y actrices del campo de la RMGyF se finalizó el proceso de la construcción del instrumento habiendo incluido sus perspectivas.

Para poder implementar el “*Mini-GEN*”, se realizó, en primer lugar, un instructivo para facilitar la incorporación del nuevo instrumento de evaluación por parte de los equipos docentes. Además, se realizaron capacitaciones para equipos docentes evaluadores. Luego la CG realizó dos evaluaciones de “*Mini-GEN*” a residentes de primer año para observar el desempeño del instrumento en un contexto real. A partir de esto, los equipos docentes de

las sedes comenzaron a utilizarlo para residentes de primer año de la cohorte 2024 y continúan utilizándolo hasta el día de hoy.

G. Descripción de actores/sujetos participantes

Como se mencionó previamente diferentes actores y actrices del campo de la salud acompañaron en la construcción del MiniGEN, podríamos describirlos en dos áreas:

- Los equipos docentes de las RMGyF compuestos por la CG, las CL, profesionales de planta, JR e IR de MGyF. Todos estas personas comparten la especialidad a partir de haberse formado en una residencia médica de MGyF en Argentina.

- El equipo de Educación Permanente en Salud de la DGDlyDP del Ministerio de Salud de la CABA. Equipo compuesto por la residencia de educación permanente en salud (en adelante, REPS) y el equipo de planta. Estas personas son profesionales de distintas disciplinas no médicas de las ciencias sociales.

H. Descripción de la propuesta metodológica aplicada

A partir del trabajo realizado, se construyó un instrumento (Anexo I) para la observación directa en contexto clínico de las actividades profesionales en cuidados preventivos desarrolladas por residentes de MGyF. Se pensó en un inicio para primer año como evaluación sumativa o formativa y se desarrolló instructivo (Equipo de Coordinación General RMGyF, 2024) para su implementación que explicita:

1) Los momentos y tiempos: la evaluación incluye un momento de *apertura*, previo a la consulta para definir la dinámica de la evaluación; el momento de *observación directa* de la consulta y un momento final de *reflexión y retroalimentación*. En este último, se utiliza la rúbrica como guía para conversar sobre la consulta, las intervenciones y decisiones tomadas. Al final, el residente definirá -acompañado por el docente- sus propios objetivos de aprendizaje.

2) Las condiciones de aprobación: en este apartado, el instructivo detalla los tres posibles grados de alcance -logrado, medianamente logrado y no logrado- y los resultados esperados para cada residente según el momento del proceso formativo.

3) Las dimensiones de la evaluación con sus respectivos observables: aquí se presentan los observables -organizados en tres dimensiones- contruídos para la evaluación de las áreas de

competencias. Es importante señalar que estas dimensiones no se encuentran ordenadas con el criterio temporal de una consulta.

Dimensión “Gestión de la atención”: son aquellas tareas y acciones sobre recursos de todo tipo, que se llevan a cabo para garantizar la atención/cuidado de forma eficiente.

Observables:

a) Organización del espacio y los materiales del consultorio: refiere a la proactividad, pertinencia y grado de anticipación para organizar el escenario y los materiales de las consultas. Incluye la ubicación de las personas y el uso del espacio durante la consulta.

b) Uso de recursos y ayudas cognitivas: se relaciona a instrumentos visuales, escritos o digitales creados para guiar a las personas, reducir errores y omisiones, aumentar la velocidad y fluidez en la atención así como también la comprensión y participación del usuario en la consulta.

c) Articulación institucional en el CeSAC y en el sistema de salud: se evalúa aquí el conocimiento y el vínculo con dispositivos y servicios dentro del sistema de salud y las estrategias para la articulación de cuidados.

d) Registro de la atención en la historia clínica: remite a cómo realiza el registro, si es acorde al modelo de atención (ej. SOAP), si utiliza el problema como eje ordenador, si la información es pertinente y capaz de ser recuperada en otras consultas por otras personas.

Dimensión “Manejo de la entrevista”: La entrevista generalista es el encuentro profesional que tiene como objetivo la construcción de un vínculo para la identificación, definición e intervención en problemas de salud de manera situada para la articulación de cuidados. La definición de los problemas presentados permitirá construir acuerdos que incluyan acciones preventivas, diagnósticas y/o terapéuticas con base en el cuidado. El manejo es, según Onocko (2007) el “saber qué hacer, tener alguna cosa para ofrecer, caminos para mostrar”.

Observables:

a) Apertura: es la apreciación de la forma de inicio de la consulta y la presentación e inclusión de las personas presentes. Incluye dimensiones asociadas al género, a la situación de salud y edad.

b) Intervenciones comunicacionales

b1) Modos de expresión: Alude al uso de las palabras, la disposición física, el tono, los modos y gestos para generar un ambiente seguro y de construcción de confianza.

b2) Dinámica de las intervenciones comunicacionales: evalúa la pertinencia de las intervenciones (en lo que se dice y no se dice). Registrar lo que está ocurriendo en la consulta y sostener tiempos de espera son necesarios para lograr una actuación creativa -con preguntas oportunas y acordes-, y no reactiva ni invasiva.

c) Manejo de la información

c1) Expresiones verbales en la entrevista: Se considera relevante la adaptación al lenguaje traído por las personas, con identificación de recursos simbólicos de las personas para entender aquello que el residente dice/pregunta.

c2) Comunicación situada: Observa cómo el residente otorga la información. Se tiene en cuenta en esta instancia qué información da, de qué manera, si es acorde a las personas, su situación particular y la escena construida en la consulta. También, evalúa el registro de lo que es capaz de tolerar el sujeto de atención en ese momento.

d) Plan de acompañamiento/próximos encuentros: observa las características del plan de acompañamiento que se construye en la entrevista, la definición de próximos encuentros acordes a la problematización, con criterio de equidad y teniendo en cuenta la accesibilidad.

e) Cierre de la consulta: Momento para hacer una síntesis de lo acordado con la o las personas en la consulta con la mención del plan a futuro.

f) Gestión del tiempo: evalúa el manejo de la duración de la consulta según la complejidad del problema de salud de la persona y a las lógicas institucionales logrando priorizar la información relevante y las intervenciones en coherencia con la escena sin demorarse ni apresurarse, incluyendo el momento de registro de la consulta.

Dimensión “Razonamiento clínico generalista”: conjunto de procesos cognitivos mediante los cuales los profesionales de la salud elaboran un plan diagnóstico, de manejo y pronóstico en situaciones clínicas específicas (Norman, 2000). Como se mencionó anteriormente, en MGyF el razonamiento clínico debe ampliarse para integrar aspectos subjetivos, psicológicos, sociales y culturales reconociendo a las personas como las principales gestoras de su salud.

Observables:

a) Conducción de la anamnesis. Se evalúa la capacidad del residente de guiar, a través de preguntas pertinentes, a la persona para que relate su historia de salud. Apela a una conversación fluida evitando un *checklist* de preguntas predeterminadas.

b) Examen físico: Se incluye aquí la pertinencia de la exploración física con la situación clínica, la destreza semiológica al realizarla, la construcción de una escena consentida y el resguardo a la intimidad.

c) La problematización: se espera un proceso de análisis de la realidad no lineal que tenga en cuenta diferentes dimensiones y reflexione para determinar cómo éstas operan en esta situación para luego, con ello, tomar decisiones dentro de la consulta.

d) Las prácticas preventivas y exámenes complementarios propuestos en la consulta: Se focalizará en la validez científica y justificación de las sugerencias acerca de prácticas preventivas en el cuidado en salud, recomendaciones de cuidado y sobre los estudios complementarios solicitados.

e) La identificación de criterios de alarma: incluye la identificación de criterios de alarma de urgencias tanto biológicas como subjetivas.

f) La construcción de acuerdos: Evalúa el acuerdo construido con los sujetos de atención, ponderando que se construyan respuestas más creativas y menos defensivas para los problemas de la realidad.

g) Gestión del (auto) conocimiento: En el momento final de reflexión y retroalimentación, se espera que la persona evaluada pueda construir sus propios objetivos de aprendizaje a partir de la reflexión sobre sus fortalezas y debilidades en torno a la situación de la consulta y así gestionar su proceso de aprendizaje.

I. Evaluación

La evaluación de la experiencia del “Mini-GEN” se realizó a partir de las devoluciones compartidas por parte de los equipos docentes y los residentes. En líneas generales, coinciden en que este instrumento permite explicitar y trabajar los procesos de aprendizaje para la consolidación del perfil de especialista en medicina general en el contexto clínico. A partir de estas devoluciones, y revisando la construcción teórica de la entrevista generalista y los alcances posibles del instrumento, pudimos evaluar que puede ser enriquecedor utilizarlo para la formación de residentes de todos los años, no sólo de primer año.

Dentro de las limitaciones de este proceso, tanto el “Mini-GEN” como el documento de “Entrevista generalista” parten de un constructo teórico que no necesariamente fue parte de la formación de las personas que evalúan y que requiere un proceso de búsqueda e incorporación de esos contenidos.

Para continuar fortaleciendo la formación de las residencias, se están pensando otros instrumentos que permitan evaluar su práctica en otros escenarios como podrían ser los equipos territoriales, las guardias, entre otros.

2. Explicativo

A. Análisis e interpretación de la experiencia desarrollada

Consideramos el proceso de armado e implementación del “Mini-GEN” como un ejemplo de búsqueda por incorporar la perspectiva de la complejidad en la MGyF y una apuesta para ampliar la construcción teórica que sostiene nuestra práctica.

A partir de los instrumentos de evaluación ya existentes en la formación médica, se realizó un proceso para la identificación de la especificidad de la MGyF. Es interesante pensar aquí que, históricamente, las especialidades médicas -como parte del paradigma positivista- realizan recortes de la realidad para definir su especificidad. Consideramos que el “recorte” en la MGyF podríamos pensarlo en términos de “enfoque” pues en lugar de hacer “corte” de la realidad -es decir, limitar, fragmentar y sostener sólo una parte-, busca describir un proceso de pensamiento dinámico. Esto permite analizar de una manera no lineal a la realidad y, desde ahí, dialogar y poner en relación e intervenir las dimensiones generales, particulares y singulares del PSEAC. Para hacer este movimiento de sentido en la especificidad, la perspectiva de la complejidad logra ser un apoyo teórico que permite fundamentar el mismo.

Desde este movimiento teórico se pensaron las dimensiones incluidas en el “Mini-GEN” para que puedan reflejar procesos de abstracción que, a su vez, van en consonancia con las competencias y ejes presentados en el programa de la residencia.

B. Determinantes y condicionantes

Uno de los principales condicionantes para la implementación del instrumento fue el tiempo destinado para las tareas docentes. La formación en residencias ocurre en contextos asistenciales y comunitarios de alta demanda, lo que limita la posibilidad de destinar momentos específicos de planificación, acompañamiento y reflexión. Una vez más se pone en evidencia la importancia de reconocer institucionalmente el tiempo docente como tiempo de trabajo. Otro factor determinante fue la diversidad de recorridos y experiencia

entre el equipo docente de la RMGyF. Por eso fue necesaria una estrategia de capacitación y acompañamiento continua para fortalecer la capacidad de observación, análisis, reflexión y retroalimentación de la práctica docente. Sumado a esto, la incorporación de contenido teórico para el sostén del documento, necesario de incorporar para poder utilizarlo.

La heterogeneidad de los contextos de inserción de las sedes de residencia planteó un desafío en relación a sostener las construcciones colectivas respetando las particularidades locales. En esa instancia, se vuelve necesario el trabajo colaborativo entre los diferentes niveles de gestión y docencia.

C. Importancia para los autores, contribución para el Equipo de Salud e importancia para la comunidad

La construcción e implementación de un instrumento de evaluación propio del campo de MGyF surge como trabajo colaborativo que contribuye a la institucionalización de la especialidad. Para los autores, representó un proceso profundamente transformador y formativo. Nos ubicó como docentes y coordinadores en pos de una práctica reflexiva y colaborativa generando recursos con profunda identidad generalista.

La experiencia en sí misma puso en evidencia la necesidad de buscar e incorporar marcos teóricos específicos que puedan dar sostén a nuestra práctica, posicionándonos como generalistas capaces de nombrar los modos de hacer y de posicionarse en la atención y en la formación. En este recorrido, el Programa General de la RMGyF de CABA se consolidó como una propuesta de sentido ofreciendo un marco que orienta la formación desde el cuidado y el trabajo con otros. El entramado de actores y actrices JR, IR, CL, profesionales de planta en lógica de colectivo permitió producir conocimiento a partir de la práctica cotidiana.

La implementación del instrumento permitió visibilizar dimensiones relacionales y comunicacionales -las llamadas tecnologías blandas- que otros instrumentos de evaluación no lograban evidenciar. Al ubicar el trabajo con otros como un aspecto relevante de evaluar, estimula el trabajo de esa manera, favoreciendo la colaboración y el fortalecimiento de los equipos todos los días. En ese sentido es que la evaluación se transforma en un instrumento de aprendizaje colectivo.

Desde la perspectiva comunitaria, este proceso contribuye a la formación de profesionales comprometidos con el derecho a la salud, que colocan el cuidado de las personas y sus comunidades en el centro de su práctica. Este instrumento, en consonancia

con todo un proyecto pedagógico coherente, posibilita formar profesionales capaces de desplegar sus competencias de manera situada. De esta manera, la evaluación trasciende su función técnica para convertirse en un acto ético-pedagógico orientado a humanizar las prácticas en salud.

3. Síntesis

A. Conclusiones y propuestas originales

A partir de lo desarrollado previamente, podemos considerar esta experiencia como una potencia para el proceso de formación dentro de la especialidad que se materializa en la construcción de un instrumento de evaluación desde nuestra propia singularidad. Consideramos que este instrumento hace foco en las tecnologías blandas y las subjetividades con un sustento teórico que habilita las intervenciones en estas dimensiones como algo posible de ser enseñado.

Sostener este proceso de manera colaborativa permitió visibilizar la construcción colectiva de sentido y de los recursos para el aprendizaje como fuente de validez. A su vez, garantizó la utilización y pertinencia del trabajo realizado dentro del proceso de formación ya que, al no haber marco teórico compartido que explique el posicionamiento con respecto a la entrevista generalista, fue el intercambio con otros y otras, lo que fue generando esa validez del instrumento para que sea viable su uso en la especificidad del campo donde fue pensado. Nos resulta interesante porque nos aporta sentido, nos permite no sólo que los residentes sino el resto de los profesionales reflexionen sobre la práctica para poder repensarla, reelaborarla y transformarla.

Por último, su proceso de implementación fortaleció la función docente al interior de la residencia, estimulando a pensar todo el proceso de aprendizaje de los residentes de una manera situada y como un proceso continuo y dinámico.

Dentro de las propuestas que emergen de la experiencia podemos pensar consolidar el instrumento como recursos institucional de la RMGyF de CABA, con posibilidad de ampliar su alcance mediante variantes específicas situadas, pero conservando su enfoque ampliado y reflexivo. Por otro lado, ampliar la experiencia para su difusión en otros programas de residencias médicas y ámbitos académicos e incorporar a más disciplinas que

puedan acompañarnos en la implementación. Por último, los autores consideramos necesario continuar este proceso llevando a cabo tanto instancias que puedan institucionalizar y validar el documento como investigaciones que evalúen su utilidad en las RMGyF.

B. Reflexiones críticas de las/os autores sobre el proceso de producción del conocimiento transcurrido.

El proceso de desarrollo del instrumento nos permitió reconocer que la producción de conocimiento no es un acto individual, sino un proceso colectivo atravesado por múltiples dimensiones como las condiciones institucionales, las trayectorias formativas, los tiempos y modos de trabajo, como también la formación docente disponible en los equipos. Este recorrido nos confrontó con las limitaciones propias del contexto, pero al mismo tiempo nos permitió visibilizar la potencia del trabajo colectivo y el valor de generar espacios de intercambio docente.

La experiencia puso en evidencia la necesidad de profesionalizar la función docente en medicina, reconociendo su valor, su tiempo y la necesidad de formación. En la misma línea, para una formación basada en competencias, se vuelve imprescindible construir sistemas de evaluación coherentes con la realidad local, con el aprendizaje colaborativo, con los recorridos singulares de cada residente y con el perfil de la especialidad que se busca incorporar. En ese sentido, la docente en MGyF se afirma como campo en construcción permanente.

4. Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva

La MGyF en nuestro país comenzó en 1960, pero fue reconocida oficialmente como especialidad en el año 2010. Este recorrido reciente, en comparación con otras disciplinas médicas, marca la necesidad de construir y consolidar marcos teóricos, metodológicos y prácticos propios que puedan fortalecer su identidad como campo disciplinar y formativo.

Es por esto que la construcción del “Mini-GEN” es un aporte original para esa consolidación de instrumentos de evaluación diseñados por generalistas para generalistas, produciendo conocimiento de manera colectiva desde la práctica concreta en diálogo con los

saberes del campo, para no reproducir instrumentos de otras disciplinas en la búsqueda de construcción del propio perfil y sus particularidades.

Por traducir los ejes fundantes de la especialidad (muchas veces compartidos con otras disciplinas del Primer Nivel de Atención y otras ciencias sociales) en observables evaluables, consideramos que puede servir como referencia adaptable para otros contextos y mejora la calidad de las prácticas siendo un estímulo para el trabajo en todos los equipos de salud.

5. Referencias bibliográficas

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2029). *Family Medicine Milestones*.

<https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/familymedicinemilestones.pdf>

Argentina. (1995). Ley N.º 24.521 de Educación Superior. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 10 de agosto de 1995.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/lev-24521-8173>

Camilloni, A. R. W. de. (1998). *Calidad de los programas e instrumentos de evaluación*. Paidós.

Chera, S; Gallego, P; Labaké, S; Sacco, D (2024) [La entrevista generalista](#). [Documento de trabajo]. Coordinación general residencia de MGyF. DGDlyDP. MSGCABA

College of family physicians of Canada (2020). *Assessment objectives for certification in family medicine / Objetivos de evaluación para la certificación en medicina familiar*. [Assessment Objectives for Certification in Family Medicine](#)

Davini, C., & Duré, I. (2013). *Guía para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia*. Ministerio de Salud de la Nación. [Guía para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia](#))

Edelstein, G. E. (2011). *Formar y formarse en la enseñanza*. Paidós.

Chera, S; Gallego, P; Labaké, S; Sacco, D (2024) [Instructivo para evaluadores. Instrumento para la observación directa en consultorio para las actividades profesionales \(AP\) en cuidados preventivos \(MiniGen 1\)](#). [Documento de trabajo] Coordinación general residencia de MGyF. DGDlyDP. MSGCABA

Ferrandini, D. (2011). [Algunos problemas complejos de Salud](#).

- Fornes-Vallés, JM (2009). El ABC del Mini-CEX. Revisión Médica Continuada. Institut d'Estuds de la Salut. EDUC MED 12 (2): 83-89 <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/revisio.pdf>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2023). link: [Guía de elaboración de programas docentes de residencias](#). DGDlyDP.
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Guía para la elaboración de Marcos de Referencia basados en Actividades profesionales confiables*. Dirección Nacional de Talento Humano. [Guía para la Elaboración de Marcos de Referencia Basados en Actividades Profesionales Confiables](#)
- Ladenheim, R; Garcia Dieguez, M (s/f) *Lineamientos para la elaboración de marcos de referencia en la formación de residencias del equipo de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. [Lineamientos para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia del Equipo de Salud | Argentina.gob.ar](#)
- Merhy, E. E. (1994). *Salud: Cartografía del trabajo vivo* (3.ª ed.). Hucitec.
- Ministerio de Salud (2022) [Guía para la elaboración de Instrumentos de Evaluación de Residentes](#) [Documento de trabajo] Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015) [Guía para el desarrollo de la Evaluación del Desempeño en las Residencias del equipo de Salud \[Documento de trabajo\]](#) Dirección Nacional de Capital Humano.
- Morin, E. (1994). *La teoría de la complejidad*.
- Norman, G (2000) *La epistemología del razonamiento clínico: perspectivas desde la filosofía, la psicología y la neurociencia*. Acad Med., 75 (2000), pp. S127-S133
- Onocko-Campos, R. (2007). *Humano demasiado humano*
- Perrenoud, P. (2000). *Las diez nuevas competencias para enseñar*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, B. de S. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce-Extensión Universitaria.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Paidós.
- Schön, D.A. (1987). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones*. Barcelona: Paidós
- Sousa Campos, G. W. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*.

- Tavera-Vilchis, M. A., & Ruíz-Mauricio, L. Y. (2023). *Teorías de la complejidad: una mirada desde la Medicina Familiar*. *Archivos en Medicina Familiar*, 25(1), 43–49.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110694>
- Ten Cate, O; Hennis, MP (2024) Entrustable professional activities and entrustment decision-making for competency-based education in the health professions: an introduction. En O. ten Cate, C. Carraccio, & M. Hennis (Eds.), *Entrustable professional activities and entrustment decision-making in health professions education* (pp. 3–14). DOI: <https://doi.org/10.5334/bdc>

Anexos

Anexo I - Instrumento "Mini-GEN"

Instrumento breve de observación directa en consultorio para las actividades profesionales (AP) en Medicina General						
Nombre y Apellido residente:			Docente:		Primera vez / Ulterior (seleccionar según si ese residente ya tuvo consultas con ese sujeto o no)	Hora de inicio:
Año de residencia:	Fecha:	Tipo de consulta / nro HCL:	Edad:	DNI:		Hora de fin:
Dimensión	Descriptores	Grado de alcance				OBSERVACIONES
		NO LOGRADO	MEDIANAMENTE LOGRADO	LOGRADO	N/C	
Gestión de la atención Son aquellas tareas y acciones sobre recursos de todo tipo, que se llevan a cabo para garantizar la atención/cuidados de forma eficiente.	Organización del espacio y los materiales del consultorio.	No se anticipa a la organización del consultorio y/o carece de los materiales necesarios	Se anticipa a la organización del consultorio. Identifica materiales de manera parcial o no logra resolver emergentes relacionados (olvidos, fallas).	Se anticipa a la organización, adaptándose al tipo de consulta. Identifica materiales y es capaz de resolver emergentes relacionados (olvidos; fallas)		
	Uso de recursos y ayudas cognitivas.	Desarrolla la consulta sin reconocer la necesidad de utilizar recursos o ayudas cognitivas que podrían haber sido pertinentes.	Utiliza algunos recursos y ayudas cognitivas pero no los adapta al tipo de consulta y/o olvida alguno que podría resultar relevante.	Utiliza recursos y ayudas cognitivas adecuadas a la situación. De ser pertinente, las utiliza con las personas involucradas seleccionando y aplicando de manera precisa los recursos en función del tipo de consulta.		
	Articulación institucional en el CeSAC y en el sistema de salud.	Tiene un conocimiento limitado o erróneo sobre el funcionamiento de los dispositivos, equipos y disciplinas del centro de salud pertinentes a la consulta. O no toma en cuenta esta dimensión en la consulta.	Conoce dispositivos, equipos o disciplinas del centro de salud adecuadas a la consulta, pero no identifica información detallada sobre ellos, y/o no recuerda dónde buscarla, Y/o no construye estrategias de articulación con los mismos.	Identifica dispositivos, equipos o disciplinas pertinentes a la situación, o sabe donde buscarlos. Brinda información detallada y construye estrategias para la articulación acorde a las personas involucradas y al sistema.		

	Registro de la atención en la historia clínica	Utiliza un registro poco acorde al modelo de atención y/o no orientado al problema, con información desordenada y poco pertinente.	Utiliza un registro orientado al modelo de atención pero carece de información relevante, ésta es excesiva, o no se observa un orden lógico en la escritura.	Utiliza un método de registro acorde al modelo de atención (ej. SOAP) utilizando el problema como eje ordenador. Plasma información pertinente capaz de ser recuperada en otras consultas y por otras personas del equipo de salud.		
<p>Manejo de la entrevista</p> <p>La entrevista generalista es el encuentro profesional que tiene como objetivo la construcción de un vínculo donde se produce la identificación, definición e intervención en los problemas de salud de manera situada para la articulación de cuidados.</p>	Apertura de la entrevista	Comienza la consulta de manera abrupta, sin dar un inicio.	Comienza la consulta dando un inicio pero sin presentarse ni presentar a la persona que evalúa. Se enfoca en la persona que viene a la consulta sin hacer parte a su/s acompañantes (si las hay).	Da inicio a la escena de la consulta, introduciendo y haciendo parte a las personas presentes. Pregunta vínculo, pronombres, como quiere ser nombrado (de ser pertinente). En caso de haber acompañantes, les hace partícipes.		
	Intervenciones comunicacionales (Modos de expresión / el "cómo" dice)	a) Realiza preguntas cerradas, protocolizadas y rígidas sin tener en cuenta la dinámica de la consulta y el intercambio con el sujeto.	a) Realiza preguntas abiertas, tiene en cuenta de manera parcial su lenguaje verbal y no verbal.	a) Realiza preguntas abiertas teniendo en cuenta su lenguaje verbal y no verbal. Se muestra disponible durante toda la entrevista generando un ambiente seguro y de confianza.		
		b) Se observan intervenciones desde una reacción inmediata sin realizar pausas necesarias ni repreguntas pertinentes.	b) Escucha atentamente y repregunta (sin realizar pausas necesarias).	b) Realiza las pausas necesarias y pertinentes, dando cuenta del lugar creativo de la pausa tanto para sí como para las personas atendidas. Escucha atentamente, repregunta, hace cortes oportunos.		
Manejo de la información (Comunicación situada / el "qué" se dice)	a) Utiliza lenguaje técnico que resulta de difícil comprensión para la persona sin perspectiva interseccional.	a) Utiliza lenguaje que se adecúa de manera parcial a las personas involucradas.	a) Utiliza lenguaje acorde usando palabras que trae la persona fomentando el entendimiento mutuo. Utiliza recursos visuales y ejemplos para facilitar la comprensión (dibujos, folletos, TICs).			

		b) Brinda información sin registro de lo que está ocurriendo, siendo ésta desorganizada y/o no adaptándose al lenguaje de las personas.	b) Brinda la información adaptándose de manera parcial a lo que está sucediendo en la consulta y el lenguaje de la persona.	b) Brinda información de manera clara, precisa y actualizada, acorde a lo que está sucediendo en la consulta, y con registro de la emocionalidad/subjetividad de la persona sujeto de atención.		
	Plan de acompañamiento / Próximos encuentros	No pauta próximos encuentros o plan de acompañamiento a futuro.	Construye un plan de acompañamiento con el sujeto que se adecua de manera parcial a la situación (recita en tiempos muy prolongados o muy cercanos para lo sucedido), o sin considerar criterio de equidad.	Construye un plan de acompañamiento que comparte con el sujeto definiendo próximos encuentros acordes a lo ocurrido en la consulta. Tiene en cuenta la accesibilidad de las personas con criterio de equidad.		
	Cierre de la consulta	No realiza resumen final, no repregunta previo al cierre de la consulta.	Realiza un cierre precipitado o con información que no se adecua a lo más relevante de la consulta.	Dedica momentos en la consulta para realizar resumen de lo mas relevante, repregunta si hay dudas y hace un cierre de la misma.		
	Gestión del tiempo	La duración de la consulta resulta excesiva o insuficiente en relación a la situación presentada.	Adapta parcialmente la duración de la consulta a la situación de salud presentada sin lograr jerarquizar las intervenciones que realiza en coherencia con la situación.	Maneja la duración de la consulta según la complejidad del problema de salud de la persona, priorizando información e intervenciones relevantes con la situación. El manejo del tiempo es coherente con las lógicas institucionales.		
<u>Razonamiento clínico generalista</u> Es un razonamiento clínico que se enfoca en las personas integrando las dimensiones de la complejidad de la salud integral. Es un proceso	Conducción de la anamnesis	Realiza preguntas que no aportan información adecuada a la consulta.	Presenta rigidez en la construcción de las preguntas ya que éstas no tienen en cuenta la dinámica de la entrevista ni al sujeto de atención (son excesivas, no acordes o escasas).	Conduce entrevista realizando preguntas con una relación lógica, pero no rígida, que logra adaptarse a lo que expresa el sujeto de atención. Logra explicitar su recorrido de pensamiento en un tiempo posterior (momento reflexivo).		

colaborativo con las personas gestoras de su propia salud, sosteniendo la responsabilidad profesional en la toma de decisiones.	Examen físico	Realiza el examen físico con inadecuada técnica semiológica o no acorde al problema. Descuida aspectos de la intimidad o consentimiento de la persona.	Realiza un examen físico con buena técnica semiológica pero éste resulta excesivo o escaso en relación a la situación o problema.	Realiza un examen físico pertinente al motivo de consulta, con buena técnica semiológica, respetando la intimidad, acorde al sujeto, al problema y la escena construida.		
	Problematización y priorización	Quién evalúa infiere que la persona evaluada hace en la consulta un análisis de la situación unicausal, unidimensional y/o reactivo de la situación, sin realizarse preguntas sobre la misma, y/o sin establecer prioridades. Esa inferencia se constata en la instancia reflexiva de la evaluación.	Quien evalúa infiere que la persona evaluada realiza un proceso de análisis de la situación teniendo en cuenta algunas dimensiones presentadas. Tiende a la linealidad por momentos y busca la resolución de los interrogantes sin sostenerlos. La priorización no es clara. Esta inferencia se constata en la instancia reflexiva de la evaluación.	Quien evalúa logra inferir un proceso de análisis de la situación no lineal, que tiene en cuenta diferentes dimensiones y cuán significativas son estas dimensiones para esta situación. Logra sostener interrogantes sin necesidad de una respuesta inmediata y priorizar problemas según lo construido en la escena clínica. Esta inferencia se constata en la instancia reflexiva.		
	Elección de prácticas preventivas	Selecciona prácticas preventivas no acordes a edad, género o dimensiones de la persona.	Elige prácticas preventivas según edad y género sin tener en cuenta otras dimensiones de la persona, el momento o la escena construida.	Selecciona pertinentemente las prácticas preventivas teniendo en cuenta al sujeto (deseos, ocupación, edad, género, territorio) y la escena construida.		
	Criterios de alarma	No indaga sobre criterios de alarma en la entrevista y/o no logra identificar los signos de alarma que se presentan en la consulta. O se presenta excesivamente preocupado por cuestiones que no presenta gravedad o urgencia según situación y evidencia.	Valora, observa y evalúa criterios de alarma dentro de la consulta teniendo en cuenta tanto las guías de prácticas preventivas actualizadas como lo que se desprende de la entrevista, pero no interviene adecuadamente.	Identifica criterios de alarma e interviene oportunamente. Tiene en cuenta tanto la urgencia como la accesibilidad con criterio de equidad.		

	Construcción de acuerdos terapéuticos	Toma decisiones de manera normativa sin construir acuerdos terapéuticos con el sujeto.	Comparte la información con las personas y da indicaciones adecuadas a la situación. Las acciones que sugiere son débiles o con poca solidez por no ser coherente con las posibilidades de la persona atendida y de la situación según la priorización de problemas, reproduciendo lógicas de asimetría en el consultorio.	En la consulta se construyen acuerdos terapéuticos sólidos acordes a la problematización y a las posibilidades de la situación. Sostiene un rol profesional.		
	Gestión del (auto)conocimiento	Tiene una actitud reactiva frente a las situaciones inesperadas o actitudes de las personas que no sabe manejar. En la instancia reflexiva no logra identificar sus fortalezas y/o debilidades y/o sus posicionamientos en torno a la situación.	Tiene una actitud reactiva frente a las situaciones inesperadas o actitudes del sujeto que no sabe manejar, logrando una reflexión sobre la misma. Identifica lo que desconoce.	Identifica sus propias fortalezas, debilidades y sus posicionamientos personales en torno a la consulta, logrando una distancia funcional operativa. Realiza preguntas que derivan en búsquedas bibliográficas y en la solicitud asesoramiento correspondiente.		

Registro de la devolución

Lo destacable que tiene que seguir igual:	Lo que hay que mejorar:
Lo que hay que empezar hacer:	Lo que hay que dejar de hacer:
OBJETIVOS DE APRENDIZAJES CONSTRUÍDOS:	APRECIACIÓN DE LA PERSONA EVALUADA SOBRE LA INSTANCIA DE EVALUACIÓN:

Firma y sello de la persona evaluada

Firma y sello de la persona evaluadora