



*Ministerio de Salud de la Nación*

**ANEXO I**

**SISTEMA NACIONAL  
DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS  
DEL EQUIPO DE SALUD**

R.M.N°450/06-  
R.M.N°1342/07-

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE  
RESIDENCIAS**

**AÑO 2010**

Secretaría de Políticas Regulación y Relaciones Sanitarias  
Subsecretaría de Políticas y Regulación y Fiscalización.  
Dirección de Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

# INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS

## Introducción

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud tiene por objetivo definir las pautas para generar aprendizajes comunes y continuos a través de este sistema formativo. La acreditación actúa como mecanismo de supervisión y evaluación permanente de la calidad en la formación de recursos humanos.

Este Sistema funciona en la órbita del MINISTERIO DE SALUD, está presidido por la Subsecretaría de Política, Regulación y Fiscalización y coordinado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.

A través de la Resolución Ministerial N° 450/06 y 1.342/07 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud; estableciéndose el Registro Único de Entidades Evaluadoras integrado por Sociedades Científicas/Universidades u otras Organizaciones Civiles acreditadas por el Ministerio de Salud de la Nación, que son las encargadas de llevar adelante el proceso de evaluación.

A fin de establecer parámetros comunes para dicho proceso, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional ha considerado necesario la elaboración del presente Instrumento de Evaluación.

Para la construcción del documento se han tomado como antecedentes los instrumentos de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), de la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina (A.C.A.P) y de auto evaluación elaborado en este Ministerio con asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

También han participado en su producción asesores externos de distintas Sociedades Científicas que con sus aportes enriquecieron el trabajo de construcción.

***El enfoque sobre el que se apoya este trabajo entiende a la evaluación como un proceso que parte de la recolección de información para tomar decisiones y procurar la mejora permanente de los aprendizajes de los Residentes en los ámbitos en los cuales se forme.***

Este instrumento orientará la tarea de las Entidades Evaluadoras. Sin embargo, cada Sociedad/Asociación Evaluadora, de acuerdo a su saber disciplinar, podrá completar el mismo con aquellas especificidades que considere necesarias.

Una vez concluido el proceso de recolección de datos se analizará la información. Con ella los evaluadores realizarán un informe en donde consten observaciones generales, recomendaciones/sugerencias y ajustes para la mejora de la propuesta pedagógica destinada a los Residentes.

A su vez, la devolución efectuada por las Entidades Evaluadoras se constituirá en insumo para la autoevaluación del equipo Pedagógico a cargo de la Residencia y para quienes llevarán a cabo las mejoras en el proceso formativo de manera continua.

Por otra parte, se procuró que los procedimientos seleccionados para la recolección de datos, que serán administrados por el evaluador, sean prácticos y de bajo costo, que no interfieran en la dinámica de trabajo institucional, y que tiendan a la inclusión de la evaluación como una actividad habitual en el ámbito de formación de Residentes.

Por último, acorde con el concepto de evaluación manifestado, se considera que estos instrumentos de evaluación podrán ser mejorados con la experiencia surgida a lo largo del proceso de acreditación.

## INFORMACIÓN GENERAL

### 1-Identificación de la institución

**-Nombre del Establecimiento:**.....

**-Hospital de Autogestión:**

Sí (...) No (...)

**1.1 Categorización según el Registro Federal de Establecimientos Asistenciales (R.M 267/03)**

**1.2 Dependencia (Marque con una X lo que corresponda)**

- a- Nación (..)
- b- Provincia (..)
- c- GCBA (..)
- d- Municipio (..)
- e- Universidad (..)
- f- Privada (..)
- g- Otros (..)

**-Domicilio:**.....

**-Localidad:**.....

**-Provincia:**.....

**-Teléfono:**.....

**-Fax:**.....

**-Correos electrónicos:**.....

**-Página Web:**.....

**-Jefe de Docencia e Investigación del Hospital:**.....

**1.3 ¿El servicio es cátedra Universitaria? Sí (...) No (...)**

### 2-Identificación de la Residencia

**2.1**

**A- Nombre de la residencia**

.....  
.....

**B-Duración**

.....

**C- Año de Creación de la Residencia**

.....

**D-Correo electrónico de la Residencia o del responsable:**

.....  
**E-Teléfono de la Residencia**  
.....

**2.2-Marque con una X lo que corresponda sobre la Especialidad:**

- a-Básica (.....)
- b-Postbásica (.....)
- c-Articulada (.....)

**2.3-**

**a-Jefe de Servicio /Departamento al que pertenece:**  
.....

**b-Antigüedad Jefatura del Servicio:**  
.....

**c- Indique Nombre del Responsable de la Residencia:**  
.....

**d-Titulación, Antecedentes Profesionales y Docentes:**  
.....  
.....

**e-Antigüedad en el cargo de Responsable de Residencia:**  
.....

**2.4- Oferta asistencial del servicio**

**A- Sobre el sector internación indique:**

- a-Cantidad de camas disponibles asignadas al servicios /especialidad.....
- b- Porcentaje de ocupación:.....  
.....
- c-Giro/cama:.....
- d-Indicar cantidad promedio de pacientes día año:.....

**B- Sobre el sector Ambulatorio indique:**

- a- Cantidad promedio de consultas anuales del servicio:.....  
.....

**2.5-Enuncie los Principales 5 diagnósticos del servicio en:**

- a-Consultorio externo.....  
.....
- b- Internación:.....  
.....
- c-Urgencias (guardias activas y pasivas).....  
.....
- d-Intervenciones quirúrgicas:.....  
.....

**Selección de Residentes. Ingreso**

**2.6-Método de selección de residentes:**

**A-¿Qué se tiene en cuenta para establecer el acceso a la vacante?(Marque con una X todas las opciones que correspondan)**

- a-Examen (.....)
- b-Promedio (.....)
- c-Entrevista (.....)

**B-¿Cómo se selecciona al Jefe de Residentes? Explique brevemente.....**

.....

**2.7-Complete el siguiente cuadro**

Año	Ingreso	Egreso	Deserción	Cargos que quedaron vacantes luego de la adjudicación
2009				
2008				
2007				
2006				
2005				

**2.8-Explique brevemente las razones o motivos de las deserciones en los 2 últimos años:** .....

.....

.....

**PROPUESTA DE FORMACIÓN**

**3-Formalización de la propuesta pedagógica**

**3.1 -Explique brevemente los criterios que fundamentaron la creación de la Residencia:**.....

.....

.....

.....

**3.2-¿Desde su perspectiva qué efectos positivos se ha generado a partir de la implementación de la Residencia?** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**3.3 - ¿Desde su perspectiva qué efectos “negativos” ha generado la implementación de la Residencia?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3.4-¿Qué objetivos generales tiene la Residencia?**

- .....
- .....
- .....

**3.5 -¿Cuáles son los rasgos fundamentales del perfil del Residente?**

- .....
- .....
- .....

**3.6-Programa de la Residencia fue armado acorde con:**

<b>NORMATIVA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>¿CUÁL?</b>	<b>ADJUNTAR</b>
a) Lo requerido por la Normativa Jurisdiccional y/o Nacional				
b)Reglamento de Residencia acorde con la Normativa				
c)Estándares de Diagnóstico y tratamiento propios, acordes con Normas de Calidad Nacional e Internacional				
d) Estrategias de Atención Primaria				
e) Otros (Indique cuáles)				

**3.7 -Marque con una X si la propuesta de enseñanza se desarrolla prioritariamente a partir de:**

- a- Temáticas independiente ( por ej. RCP, IAM) (...)
- b- Casos problemas (...)
- c- Cada profesor elige los contenidos que ofrecerá en su programa (...)
- d- Una combinación de todas las anteriores (...)

**3.8- ¿Se realizó alguna Investigación sobre necesidades de formación de recursos humanos en esa Especialidad?**

SI (...) NO (...) Desconoce (...)

**3.9 -En caso afirmativo: ¿Se utilizó alguna investigación existente? ¿Cuál?**

.....

**3.10 - ¿Se realizó en la Residencia algún Estudio sobre la formación de recursos humanos en dicha especialidad?**

SI (...) NO (...)

**3.11-En caso afirmativo explique brevemente las características del estudio realizado, y las conclusiones que se derivaron del mismo.**

.....

..

**3.12-Describa brevemente las tareas que desempeña el residente.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**3.13 -Horarios de la Residencia.**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							

**FORMADORES DE RESIDENTES**

**4-Equipo de salud que da marco a la actividad docente de la Residencia**

**4.1-Profesionales:**

- a -Nombre del Jefe de servicio.....
- b- Matrícula:.....
- c Numero de profesionales de planta afectados a la función pedagógica:.....
- d – Numero de profesionales de planta que han recibido algún entrenamiento para cumplir su tarea de instructores-docentes.....
- e- Numero de los médicos del servicio están certificados y o recertificados como especialistas .....

**4.2 -Promedio de carga horaria de trabajo mensual de docencia:** .....

**4.3- Existe remuneración por la función docente?** SI ( ) NO ( )

**4.4- Con que otros profesionales del equipo salud trabaja?** .....

**4.5-Cantidad de Personal de Enfermería en el servicio:**

- a-Licenciado. ....
- b-Enfermero (Universitario – Terciario).....
- c-Auxiliar.....

**4.6- Profesionales Técnicos con los que trabaja el servicio?**

**4.7- Cantidad de Administrativos:**.....

**5- Profesionales a cargo de la formación de residentes**

**5.1- Indique la cantidad de profesionales a cargo de los Residentes**

- a-Número de instructores (..)
- b-Número de Jefes de Residentes (..)
- c-Número de Residentes por Instructor (..)

d-Número de Residentes por Jefe de Residentes (…)

**5.2-¿Se realizan de manera regular actividades de supervisión?¿ Quien las realiza?**

.....

**6-Educación permanente de los formadores**

**6.1-¿Los jefes de residentes asisten a programas de capacitación pedagógica?**

SI(…) NO (…)  
¿Cuáles? .....

**6.2-En el siguiente cuadro indique cantidad de formadores que han asistido a una capacitación (Pedagógicos o de la especialidad) en últimos tres años.**

	Presenciales	A distancia
Universidad		
Ministerios		
CODEI		
Sociedad Científica		
Otros ¿Cuáles?		

**6.3 Indique si se realiza alguna de las siguientes actividades de manera regular en el servicio**

- a-Intercambio interdisciplinario en el hospital (…)
  - b-Consultas telemáticas (…)
  - c-Consultas con referentes de la comunidad (…)
  - d-Asesoramiento de colegas -Supervisión de casos con colegas de otras instituciones (…)
  - e-Otros
- Especificar.....

**6.4-Los docentes ¿manejan programas computarizados, Internet y otras herramientas informáticas?**

Sí (…)  
No (…)

**ACTIVIDADES DEL RESIDENTE**

**7-Actividades de estudio-trabajo**

**7.1 Indique de manera aproximada qué porcentaje de su tiempo dedica el residente a cada tipo de las siguientes actividades?**

- a-Asistencial (…)
- b-Teóricas (…)
- c-Administrativa (…)
- d-Investigación (…)
- e-Actividad quirúrgica (…)

**En los casos de tener actividad quirúrgica contestar además el Anexo I**

**7.2-¿Se confeccionan registros de las prácticas que lleva adelante cada Residente?**

SI.....NO.....



## 8-PrácticaAsistencialdelResidente

### 8.1 Indicar cantidad de pacientes que atiende por semana el residente

.....  
.....

### 8.2 Seleccione cinco procedimientos claves que se deben adquirir a lo largo de la residencia y luego indique:

Nombre de Procedimiento	Número de practicas promedio durante la residencia
1	
2	
3	
4	
5	

### 8.3 Indique en cuales de los ámbitos que se señalan a continuación realiza el residente sus actividades:

- a- Sala de Internación de la especialidad ( ... )
- b- Consultorio externo de la especialidad ( ... )
- c- Unidad de Cuidados intensivos ( ... )
- d- Centros de Salud o CAPS ( ... )
- e- Emergencias Guardia externa ( ... )
- f- Sala de internación de otras especialices ( ... )
- g- Consultorio externo de otras especialidades ( ... )
- h. Quirofano ( ... )
- h- Otros ( ... )

### 8.4 -¿Cuenta el servicio con guías de diagnóstico y tratamiento? .....

### 8.5.- ¿Señale cuáles son los cinco diagnósticos más frecuentes que el residente tiene oportunidad de ver en el servicio?

.....  
1.-.....  
2.-.....  
.....  
3.-.....  
4.-.....  
5.-.....  
.....

### 8.6 ¿Cuál es la forma en la que el residente tiene acceso a los servicios de diagnóstico?

- Dentro del centro asistencial ( )
- Telefónicas ( )

- A través de servicios externos ( )

8.7.-¿ El residente tiene posibilidades de realizar interconsultas?

Si ( ) No ( )

8.8 ¿Cual es la modalidad de las interconsultas?:

- Dentro del centro asistencial ( )
- Telefónicas ( )
- A través de servicios externos ( )

Rotaciones.

8.9 -¿Poseen Convenio/Acuerdos en las rotaciones con otras instituciones donde el Residente concurre? (Con explicitación de plan y cumplimiento de los requisitos establecidos para la especialidad) Marque lo que corresponda

Si (...) NO (...) Adjuntar convenio

8.10-Tipo de convenio (Marque lo que corresponda)

- a-Compromiso de las partes formalizado en acciones concretas (...)
- b-Sólo para la formación de Residente (...)

8.11- Indicar qué rotaciones realiza el Residente y dónde las hace.

.....  
.....  
.....

8.12 -¿Quién determina la secuencia de las rotaciones?

.....  
.....

8.13 Quién define la programación de cada rotación y monitorea su cumplimiento .....

8.14 - Explique brevemente la relevancia de las rotaciones optativas en la formación del Residente en la especialidad?

.....  
.....

## 9-Guardias

9.1-Indique la cantidad total de guardias que realiza el residente:

	1º Año	2º Año	3º Año	4º Año
Por Mes				

9.2.-¿De cuántas horas es la guardia?

.....  
.....

9.3.-¿Cuál es el Régimen de descanso previsto postguardia?

.....

**9.4-¿Cuál es el promedio de horas que separan su salida de servicio de su próxima entrada al servicio?**

.....

**9.5 El residente cuenta con supervisión durante la guardia? Si ( ....) No (.....)**

**9.6 Qué modalidad asume la supervisión :**

- Presencial.
- En la institución.
- Telefónica.

**9.7 Si contestó de manera afirmativa la pregunta anterior**

**Quién se hace cargo de la supervisión pedagógica en las guardias:**

a-Responsable docente:.....

b-Responsable del servicio: .....

c-Otros (Especifique):.....

**9.8 ¿De qué manera se selecciona a las personas encargadas de supervisar al residente en la guardia?**

Selección:

a-Por antecedentes profesionales (..)

b-Por antecedentes docentes (..) c-Otros

Especificar:.....

## **10-Atenciónprimariadelasalud**

**10.1-El Residente,¿ realiza actividades vinculadas con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud?**

Sí (...) NO(...)

**10.2-Si la respuesta anterior es afirmativa, describa dichas actividades e indique dónde las realiza.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **11-Pase de sala**

**11.1-¿Se hace pase de sala?**

SI (...) NO (...)

**11.2-Si la respuesta es afirmativa indique con qué frecuencia se realiza**

.....

**11.3- ¿Qué tipo de actividad realiza el Residente en el pase de sala?**

Marque con una X, puede elegir más de una opción)

a-Presenta al paciente (..)

b-Se encarga de registrar las decisiones (..)

c-Lleva las prescripciones (..)

d-Informa al paciente de su estado de salud (..)

- e-Realiza intercambio de ideas con otros Residentes y Docentes (...)
- f- Participa como Oyente (...)
- g-Realiza ínter consultas (...)
- h-Pide estudios (...)
- i- Realiza Tareas que indica el docente en ese momento (...)
- j-Recorre con la enfermera (...)

**12-Supervisióndehistoriasclínicas**

**12.1-Indicar si la supervisión de historias clínicas contempla alguno de estos pasos:**

(Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- a-Iniciación/evolución (...)
- b-Supervisión (...)
- c-Parte operatorio (en el caso de cirugía) (...)
- d-Cierre/epicrisis (...)

**12.2-Indicar si la supervisión de historias clínicas contempla las siguientes cualidades:**

(Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- a-Identificación de la Persona atendida (...)
- d-Registro completo (...)
- e-Registro preciso y claro (...)
- d-Diagnóstico presuntivo (...)

**12.3-¿La supervisión de Historias Clínicas sirve como evaluación de los aprendizajes de los residentes? Explique brevemente.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**13-Actividadesteóricas**

**13.1-¿Realizan actividades teóricas?**

SI (...) NO(...)

**13.2 -En caso afirmativo indique cuáles de las siguientes actividades se llevan a cabo de forma habitual:**

- a-Exposición dialogada (...)
- b-Demostración (...)
- c-Exposición de los alumnos (...)
- d-Enseñanza socrática (doble vía) (...)
- e-Trabajos de laboratorio (...)
- f-Estudio independiente (...)
- g-Estudio de Casos (...)
- h-Resolución de Problemas (...)
- i-Grupos de discusión (...)

**13.3-¿Cuántas veces por semana los Residentes asisten a clases teóricas?**

.....  
.

**13.4-¿Cuánto tiempo duran las actividades teóricas?**

.....  
.

**13.5-¿Es obligatoria la asistencia a las clases teóricas?**

SI (...) NO (...)

**13.6-En caso de ausencia del Residente a las clases teóricas ¿Qué medidas se toman?** .....

**13.7-¿Se realizan Tutorías, y/o actividades de acompañamiento, seguimiento, orientación a los Residentes?**

SI (...) NO (...)

**13.8-¿El residente realiza alguna otra actividad académica programada (curso de especialización universitaria/otros) fuera del ámbito del Servicio?**

Sí (...) No (...)

**13.9- En caso afirmativo a la respuesta anterior, indique qué actividad realiza y en qué Institución la cursa.**

.....  
.....

## **14-ATENEOS**

**14.1- ¿Se realizan ateneos? Si NO**

**14.2-¿Quiénes participan en los Ateneos? Marque todas las que correspondan**

a- Equipo Interdisciplinario (...)

b- Equipo de salud (...)

c- Del servicio (...)

d- Entre varios servicios (...)

e- Con otras especialidades (...)

f- Residencia (exclusiva) (...)

**14.3-¿Cada cuánto se realizan los Ateneos? (...)** días

## **INVESTIGACIÓN**

### **15-Integración docencia –investigación-servicios**

**15.1- ¿Se realizan trabajos de investigación?**

SI ( )

NO ( )

**15.2 ¿Qué tareas asumen los residentes en el desarrollo de dichas producciones ?**

.....

- Búsqueda bibliográfica. ( )
- Redacción ( )
- Sistematización ( )
- Presentación. ( )

**15.3 ¿Cómo se financian los trabajos de investigación?**

.....  
.....

**15.4-¿A cuántos de estos eventos concurrió en el último año?**

	Médicos de Planta	Residentes
a-Jornadas Hospitalarias		
b-Congresos Nacionales		
c-Congresos Internacionales		
d-Otros (Enuncie)		

**15.5 Indicar la cantidad de trabajos de investigación en los que participo la residencia, que se publicaron en los últimos cinco años.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**EVALUACIÓN**

**16- Evaluación de proceso y de producto de los Aprendizajes**

**16.1-¿ Con qué frecuencia se evalúa de manera sistemática y se registra el desempeño de los Residentes?**

Marque con una X todas las opciones que correspondan

- a-Trimestral ( )
- b-Semestral ( )
- c-Anual ( )
- d-Post rotación ( )
- d-Otros ( )

Especificar.....

**16.2-¿ Se realizan actividades evaluativas integradoras?**

Si (...) No (...)

**16.3-Si se realizan actividades integradoras, marque cuál es su frecuencia.**

- a-Semestral ( )
- b-Anual ( )
- c-Otros ( )

Especificar.....

**16.4-Qué tipos de aprendizaje contemplan las evaluaciones de los residentes:**

**a- Contenidos conceptuales**

SI (...) NO (...) ¿De qué tipo?.....

**b- Prácticas, procedimientos, habilidades.**

SI (...) NO (...) ¿De qué tipo?

**c-Actitudes /comportamientos asumidas en el marco de la residencia.**

SI (...) NO (...) ¿De qué tipo?.....

**16.5-¿Se observa de manera sistemática el desempeño del Residente?**

Si (...) No (...)

**16.6-¿Se utilizan listas de cotejo y/o escalas en la evaluación de los residentes?**

Si (...) No (...)

**16.7 ¿Se realiza un registro del tipo y número de procedimientos que hace cada residente?**

Si ( ) No ( )

**16.8-¿Se utilizan instrumentos de autoevaluación? ¿De qué**

**tipo?.....**

.....

**16.9 -¿Se realiza un informe escrito del desempeño del residente después de cada rotación?**

Si (..) No (...)

**16.10 En caso afirmativo ¿Quién confecciona dicho informe?**

.....

.....

**16.11- ¿Qué tipo de instrumentos o ítems utilizan para evaluar a los residentes? Marque con una X**

Características de los Instrumentos	Parciales	Finales
Preguntas abiertas		
De desarrollo		
De Selección múltiple		
Preparación de clases		
Presentaciones		
Simulación		
Ejecución		
Competencia clínica objetivo estructurado (ECO) (Postas)		
Aprendizaje basado en problemas (ABP)		
Trabajos de Investigación		
Estudio de Casos		

Informes		
Otros, Enuncie		

**17.12- ¿Quiénes evalúan el desempeño de los residentes y/o el desarrollo del programa?**

Marque con una X todo lo que corresponda

- a-El propio Sujeto evaluado, en términos de autoevaluación (..)
- b-Docentes (..)
- c-Pares (..)
- d -Jefe de Residentes (..)
- e-Organismos de Acreditación (..)

**17.13 -¿Cuál/es es/son la/s forma/s en que el Residente promociona cada Año?**

.....  
 ..

**17.14 -¿Cuál/es es/son la/s forma/s en que el Residente acredita la Residencia?**

.....  
 .....

**18- Evaluación de la propuesta de formación**

**18.1. ¿Con cuánta frecuencia se analiza el desarrollo del programa?** Marque con una X todas las opciones que correspondan

- a-Semanal (..)
- b-Mensual (..)
- c-Trimestral (..)
- d-Semestral (..)
- e-Anual (..)

**18.2 ¿ Están previstas reuniones periódicas del equipo a cargo de la residencia para analizar el desarrollo de la misma, y realizar ajustes?**

SI ( ) NO ( )

**18.3.- En caso afirmativo ¿Quiénes participan?**

.....  
 .....

**18.4.- ¿Cada cuánto tiempo se realiza éstas reuniones?**

.....  
 .....

**18. 5 .- Describa el tipo de ajustes y/o decisiones se adoptaron a partir de estas reuniones**

.....  
 .....



.....  
.....  
.....

## RECURSOS DIDÁCTICOS

### 20-Tecnología Disponible

**20.1- ¿Cuáles de estos recursos se utilizan en el marco de la Residencia?** Marque con una X todos los que correspondan

- |   |       |
|---|-------|
| a-Biblioteca                                      | (...) |
| La biblioteca cuenta con suscripciones a revistas | (...) |
| - No indexadas                                    | (...) |
| -Indexadas  | (...) |
| -Cantidad de títulos de la especialidad           | (...) |
| b-Cañón   | (...) |
| c-Retroproyector                                  | (...) |
| d-PC(de acceso exclusivo)                         | (...) |
| e-Acceso a bases de datos bibliográficos          | (...) |
| f-Red de bibliotecas biomédicas                   | (...) |
| f-TV/DVD  | (...) |
| g-Conexión a Internet (inalámbrica-banda ancha)   | (...) |

## RÉGIMEN DE TRABAJO DE LOS RESIDENTES

### 21-Inserción en el sistema de Salud

**21.1-¿Qué condiciones de contratación posee el Residente?**

*(Marque con una X todo lo que corresponda)*

- |   |                      |
|---|----------------------|
| a-Tipo de contrato.....                 | Financiado por:..... |
| b-Seguro mala praxis                    | (...)                |
| c-Seguro de vida                        | (...)                |
| d-ART                                   | (...)                |
| e-Cobertura Social                      | (...)                |
| f-Licencias por Maternidad              | (...)                |
| g-Licencias por Enfermedad              | (...)                |
| h-Licencia ordinaria                    | (...)                |
| i-Comida                                | (...)                |
| j--Provisión de uniforme y guardapolvos | (...)                |

.....  
**21-2 ¿Tienen los Residentes, certificado de buena salud y revisión sanitaria anual, así como vacunación antitetánica y contra virus de Hepatitis?**  
.....

**21-3 -Explique los cuidados de salud que recibe el residente en las prácticas quirúrgicas, si las hubiera en su especialidad**  
.....

.....  
.....  
.....

**21.4- Indique la Retribución mensual bruta del residente de:**

Año	Retribución \$
1º	
2º	
3º	
4º	
Jefe de Residentes	

**21.5- Indique la Cantidad de Residentes que han sido nombrados en el servicio/institución una vez finalizada la residencia en los últimos 5**

Año	Cantidad de Residentes Nombrados
2011	
2010	
2009	
2008	
2007	

**21.6-Se realiza algún tipo de Seguimiento de los Egresados de la Residencia:  
En cuanto a:**

Inserción Laboral	Si	NO
Publico		
Privado		
Obra social		
Continuación de estudios postbásicos		
Solidez en su formación de Residencia		

**21.7- En caso afirmativo indique brevemente qué resultados arrojaron:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA**

**22-Espacifísico**

**22.1-Cuáles de estos elementos puede ser usado por la Residencia?**

Marque con una X todo lo que corresponda

- a-Aulas (..)
- b-Baños (..)
- c-Lockers (..)
- d-Salas de descanso/reunión (..)
- e-Dormitorio (..)
- f-Comedor (..)

**23-FinanciamientodelaResidencia**

**23.1-¿Quién financia el proyecto o programa de Residencia?**

.....  
 .....

**23.2-¿A su criterio cómo es la relación entre los recursos financieros y las necesidades de formación?**

- a-No es adecuado (..)
- b-Adecuado (..)
- c-Muy adecuado (..)

**24-Situación de acreditación**

**24.1- Registre la condición de acreditación de la residencia (aprobada, acreditada, autorizada).**

.....  
 .....



# AMBITO INSTITUCIONAL EN EL QUE SE DESARROLLA LA RESIDENCIA

## 25-Tipo de Institución

**25.1-Enunciar marco legal que regula la institución:**

.....  
 .....

**25.2-Marque con una cruz el tipo de institución:**

- General (.....)  
 -Monovalente (Indicar especificidad) (.....)

## 26-Servicios

**26.1-¿A qué servicios tiene acceso la Residencia? (Marque con una X)**

Servicios	Si	No	Campo de aplicación propio	Campo de aplicación asociado
Internación				
UTI				
Maternidad				
Neonatología				
Consultorios demanda espontánea				
Consultorios de demanda programada				
Hospital de día				
CAPS				
Otros, Enuncie				

**26.2-Cantidad de camas de la institución:**

- a- Generales (..)  
 b-Cuidados intensivos (..)

## 27-Acceso a servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento las 24 horas

**27.1-¿A qué servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento tiene acceso las 24 hs? (Marque con una X todos los que correspondan)**

Servicios	SI	NO	Campo de aplicación Propio	Campo de aplicación asociado
Laboratorio general				
Laboratorio de Microbiología				
Radiología Simple				
Ecografía				
Medicina Nuclear				
Tomografía Computada				
Resonancia Magnética				
Otros, Enuncie				

## 28-Acceso a Interconsulta

28.1-¿Qué interconsultas puede gestionar? (Marque con una X todo los que corresponda)

Interconsulta con	SI	NO	Campo de aplicación propio	Campo de aplicación asociado
Cardiología				
Neumonología				
Dermatología				
Nefrología				
Gastroenterología				
Endocrinología				
Oftalmología				
Urología				
Ginecología				
ORL				
Cirugía				
Otras, Enuncie				

## 29-Residencias:

29.1-Complete el siguiente cuadro señalando las Especialidades de todas las Residencias que funcionan en la Institución, su duración, y la cantidad de Residentes por nivel en cada una:

Especialidad	Duración (en años)	Número de Residentes			
		R1	R2	R3	R4

## 30- Otras modalidades de formación

30.1 ¿La institución recibe profesionales en formación bajo otros regímenes formalizados (convenios con Universidades, becas de extranjeros ,otros)?

.....

30.2-Señale en qué eventos participan profesionales inscriptos en otros regímenes de formación. (Marque con una X todos los que correspondan)

- a-Ateneos (..)
- b-Jornadas (..)
- c-Clases Teóricas (..)
- d-Reuniones post Clínica (..)
- e-Tutorías (..)

**30.3-Complete el siguiente cuadro señalando las Especialidades que reciben rotantes en la Institución, y la cantidad**

Especialidad	Número de Rotantes			
	R1	R2	R3	R4

**30.4- Enumerar las Instituciones de donde provienen los Rotantes e indicar en cada caso si poseen convenio. ....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**31-Carrera de grado**

**31.1-¿La institución tiene Unidad Docente Hospitalaria o Servicio Cátedra?**

Sí (...) NO(...)

**31.2- Si la respuesta anterior fue afirmativa explicita de qué Facultad y Universidad**

.....

.....

**31.3-Indique cuáles de ellos son Unidad Docente Hospitalaria y cuáles Cátedra.**

.....

.....

**32-Calidad del servicio de salud**

**32.1.- ¿Se realiza algún tipo de encuesta de satisfacción a los pacientes?**

SI (...) NO (...)

En caso afirmativo marque sobre que temas se consulta:

Temas	Si	No
Atención recibida en el servicio		
Relación Médico Paciente		
Información precisa sobre su Atención		
Aspectos Administrativos		
Otros, Indique		

## ANEXO I

### COMPLETAR SOLO EN CASO DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

**Enumere:**

**1-Número de cirujanos de Planta:** .....

**2-¿Cómo está compuesto el equipo de quirófano? Detallar cantidad de personal**

	Cantidad
Anestesiastas:	
Cirujanos:	
Instrumentadores:	
Otros ¿Cuáles?	

**3-Cantidad de quirófanos de urgencia** (..)

**4-Cantidad de quirófanos generales** (..)

**5-Cantidad de quirófanos de asepsia especial** (..)

**6-¿Los quirófanos son propios o compartidos con otra especialidad?**

SI (...) NO (...)

**7-En caso de compartirlo indique con qué especialidades lo hace**

.....  
 .....

**8-Enumere el Promedio de operaciones mensuales:**

**a-Programadas:**.....

**b-De urgencia:**.....

**c-Total:**.....

.....

**9-Enumerar Cantidad de operaciones anuales que realiza el residente:**

Llenar acorde al nuevo nomenclador de practicas quirúrgicas 2005  
 confeccionado por la Comisión de Asuntos Legales y Laborales de la AAC  
[www.aac.org.ar](http://www.aac.org.ar).

Numero de cirugías MENORES (niveles 1 y 2)	
Numero de cirugías MEDIANAS (niveles 3 y 4)	
Numero de cirugías MAYORES (niveles 5 y 6)	
Numero de GRAN CIRUGIAS (niveles 7)	
Numero TOTAL de CIRUGIAS Promedio de cirugías anuales/ numero residentes	



**10 - Indicar actividad asistencial ambulatoria en consultorios externos**

Consultorio de cirugía general (horas semanales)	
Consultorio de coloproctología (horas semanales)	
Consultorio de esófago-gastro (horas semanales)	
Consultorio de tórax (horas semanales)	
Consultorio de flebología (horas semanales)	
Consultorio de cirugía hepatobiliopancreática (horas semanales)	
Consultorio de cirugía de cabeza y cuello (horas semanales)	
Otros consultorios	

**11-Enumere los 5 Diagnósticos de internación más frecuentes:**

.....  
 .....

**12- Indique el Promedio día / cama de Internación:**

.....  
 .....

**13- Indique si realizan los residentes entrenamiento quirúrgico en animales y Simuladores**

SI (...) NO (...)

**14-Intervenciones Laparoscópicas:**

A-Cantidad de cirugías:.....

B-Describir el acercamiento a la técnica por parte del residente

.....

**15- ¿De qué manera se evalúan los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?**

.....  
 .....

**16-¿Quiénes evalúan los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?**

.....  
 .....





**-¿Sugiere acreditación?**      Si (...) NO (...)    **Fecha:**   /   /

.....  
*Evaluador*  
*Firma y aclaración*

.....  
*Evaluated*  
*Firma y aclaración*

**Nota:**

El presente instrumento de evaluación deberá ser entregado al Ministerio de Salud en forma impresa inicialado en cada página y firmado al final por los evaluadores y el responsable de la Residencia evaluada que contestó el cuestionario.  
Si la entidad Evaluadora considera pertinente agregar otras preguntas que no contenga este cuestionario, deberá anexarlo al mismo y cumplimentar lo mencionado en el párrafo anterior.