



Ministerio de
Salud

Presidencia de la Nación

Instrumento de Evaluación de Residencias

Año 2015

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



SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD - R.M.N°450/06 y R.M.N°1342/07

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS /Año 2015

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Nombre Establecimiento:

Código SIISA/MINSAL de Establecimiento:

Domicilio: Localidad: Provincia:

Teléfono: Fax:

Correo electrónico: Página Web:

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

Dependencia (Marcar lo que corresponda):

Nacional	<input type="checkbox"/>	Municipal	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
Provincial	<input type="checkbox"/>				
GCBA	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>		

Otros (Especificar):

Tipo de institución (Marcar lo que corresponda):

Hospital General	<input type="checkbox"/>	Indicar especificidad:
Hospital Monovalente	<input type="checkbox"/>	
Centro de Salud	<input type="checkbox"/>	

Otros (Especificar):

SEDE

Nombre de la Residencia:

Tipo (básica, pos básica o articulada): Duración (en años):

Nombre de la Sede / Institución Formadora:

Responsable para contacto:

Correo electrónico:

Teléfono de la Residencia:

Fecha de llenado del Instrumento de Evaluación: Cantidad de páginas:

Responsable del llenado del presente Instrumento de Evaluación

Nombre y Apellido: Cargo: Matrícula / DNI:

Responsables institucionales de la Residencia evaluada

Firma Firma

Nombre y Apellido Nombre y Apellido

Cargo Cargo

ACTA DE EVALUACIÓN

La firma de la presente ACTA implica el reconocimiento por ambas partes de la no existencia de conflicto de intereses entre la Entidad Evaluadora y sus evaluadores con la Institución Evaluada

Entidad evaluadora: **Fecha visita evaluación:**

Teléfono: **Correo electrónico:**

Evaluadores

Nombre y Apellido:

Especialidad **DN**

Institución:

Firma y Sello Profesional:

Nombre y Apellido:

Especialidad **DN**

Institución:

Firma y Sello Profesional:

Responsable/s de la sede evaluada

Nombre y Apellido: **DNI:**

Cargo que desempeña:

Firma y Sello Profesional I:

Nombre y Apellido: **DNI:**

Cargo que desempeña:

Firma y Sello Profesional I:

I. ÁREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre Institucional:
(CODEI, Departamento, otro. Si no existe, consignarlo.)

Responsables

Nombre y Apellido:

Profesión: Especialidad Antigüedad en el cargo:

Teléfono: Correo electrónico:

I.1 Completar el siguiente cuadro señalando las Especialidades de todas las Residencias que funcionan en la Institución y la cantidad de Residentes por nivel en cada una:

Especialidad	Cantidad de Residentes					
	R1	R2	R3	R4	R5	JR

I.2 ¿Se organizan y desarrollan actividades conjuntas con estudiantes o profesionales en formación de las distintas disciplinas y especialidades? SI / NO

Describir:

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

I.3 ¿La institución recibe profesionales en formación bajo otros regímenes formalizados? (Convenios con universidades, formación de grado, becas de extranjeros, otros). SI/ NO

Describir cuántos y cuáles:

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

I.4 ¿La institución posee convenio de formación de sus residentes bajo otros regímenes formalizados (convenios con universidades, formación de grado, becas de extranjeros, otros)? SI/ NO

Describir:

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

I.5 La Institución recibe estudiantes de grado de la práctica final obligatoria?

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

II. DATOS DEL SERVICIO / SEDE FORMADORA

Para residencias que tienen una sede desdoblada en más de un servicio (ejemplo: Tocoginecología con los servicios de Ginecología y de Obstetricia) completar el presente apartado de manera repetida: uno por cada servicio.

Nombre Institucional de la Sede:

Responsable del Servicio Sede Formadora¹

Nombre y Apellido:

Título: Especialidad:

Cargo: Antigüedad en el cargo:

II. 1 .Características de la sede formadora.

a. Estructura organizativa de la sede. Describir dependencia, tipo de Servicio, Departamento, Área, Dispositivo, Centro, Dirección, Coordinación con centros dependientes, etc.:

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

b. Características del Área de influencia/programática, orientación u otras categorías de contexto que considere pertinente para describirlas:

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

c. Tipo de problemas de salud que resuelve el Servicio / Sede formadora. Nombre los principales y más frecuentes consignando los distintos escenarios formativos más importantes².

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

¹ Se refiere al jefe directo del servicio o dependencia que funciona como sede de formación de la residencia; no al responsable de la residencia, que se consignará en el ítem siguiente. En caso que sea la misma persona, se repite la información

² **Ejemplo:** internación, consultorio, centro de salud, cirugías, etc. Para residencias no médicas, los “problemas” serán sobre los que interviene mas frecuentemente en los distintos escenarios formativos.

d. Indicadores de producción del Servicio / Sede Formadora³. Siempre datos de medición ANUAL:

Espacio (usar los renglones para ampliar según corresponda)	Producción anual (cantidad y unidad de medida)	Espacio para el evaluador
Consultorios externos		
Internación		
Urgencias		
Escenarios comunitarios		
Centro de salud:		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

II.2. Acceso a interconsultas y servicios diagnósticos

a. ¿Hay dificultad en el acceso para algún o algunos servicios de diagnóstico y/o tratamiento relevantes para la especialidad? ¿Cuál o cuáles? Ampliar qué implicancia tiene o tendría esto para los residentes.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. ¿Cuenta el servicio con guías de diagnóstico, tratamiento, protocolos de práctica clínica o de procesos de atención de Enfermería? **SI / NO**

¿Quién las confecciona, de dónde se tomaron y qué utilidad les dan en el trabajo cotidiano de la residencia?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³ La unidad del indicador dependerá del tipo de servicio. (cantidad de camas y giro cama; cantidad de consultas; cantidad de urgencias; relevamiento, atención en crisis, actividades comunitarias, investigaciones, trabajos de campo, etc.). Elija las mas significativas para la descripción del servicio sede.

II.3 Equipo de salud del servicio o sede donde está alojada la residencia.

a- Composición y número de equipo de salud. Consignar el tipo y la cantidad de profesionales y/o técnicos⁴.

Profesión, disciplina, especialidad	Cantidad de personas

Espacio para el evaluador <i>¿Se confirma en la visita? ¿La estructura de la sede se corresponde con los requerimientos para la formación?</i>

II.4 Actividades no asistenciales en el servicio/sede:

	Siempre	A veces	Nunca
Intercambio interdisciplinario en el hospital			
Consultas telemáticas			
Consultas con referentes de la comunidad			
Asesoramiento de colegas			
Supervisión de casos con colegas de otras instituciones			
Otros / Especificar			

⁴ **Ejemplos:** a) Si es un Servicio de cirugía: 3 cirujanos generales, 2 anestesiastas, 4 instrumentadoras quirúrgicas, 1 kinesiólogo, 1 trabajador social, etc. ; b) Si es Centro de Salud en una residencia interdisciplinaria: 7 profesionales de enfermería, 2 trabajadores sociales, 4 psicólogos, 1 psiquiatra, 2 pediatras, 7 agentes sanitarios, 1 antropólogo, 1 terapeuta ocupacional, etc.; c) Si es otro tipo de institución formadora, describir el equipo siguiendo un modelo similar a los dos anteriores.

III. DATOS DE LA RESIDENCIA

Nombre de la Residencia / Especialidad:

III.1 Año de creación: / /

Indicar de manera breve los motivos o causas que dieron origen a la creación de la Residencia en su servicio:

.....

.....

.....

.....

III.2 Cantidad de egresados totales de la residencia hasta la fecha de la evaluación:

III.3 Indicar si tiene, además, un espacio de formación de Concurrentes y/o Becarios (indicar tipo y cantidad)

.....

III.4 Indicar situación de la última acreditación:

Fecha	Institución acreditadora	Categoría asignada	Periodo

III.5 Desde su perspectiva ¿qué efectos positivos se han generado a partir de la implementación de la Residencia?

.....

.....

.....

.....

III.6 Desde su perspectiva ¿qué efectos negativos ha generado la implementación de la Residencia?

.....

.....

.....

.....

IV. CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO

IV.1 Responsable institucional de la Residencia

Nombre y Apellido:

Titulación: Matrícula:

Antigüedad en el cargo de responsable:

Antecedentes académicos y profesionales (se puede adjuntar CV resumido en máximo 3 hojas)

.....
.....

Funciones que cumple en la residencia:

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

IV.2 Profesionales directamente a cargo de los residentes

Jefes de Residentes

Cantidad:

Modo de selección:

.....
Modo de contratación

Cantidad de residentes por cada jefe de residentes:

Instructores

Cantidad:

Modo de contratación:

Modo de selección:

Dedicación a la residencia:

Parcial:

Exclusiva:

Observaciones

.....
.....

IV.4. Otros Agentes de Salud que trabajan en el Servicio Sede de la Residencia

¿Con qué otro personal (profesionales, técnicos, etc.) del equipo salud trabaja? Consignar profesión y cantidad.

.....

.....

.....

.....

IV.5 Residentes

Residentes en la actualidad:

R1	R2	R3	R4	R5	JR	Total

Método de selección de ingreso del residente (marcar todas las que correspondan)

Examen Promedio Entrevista

¿Participa del Examen Único? Otros (consignar)

Tipo de convocatoria:

Vacantes de ingreso anuales:

Completar el siguiente cuadro desde la actualidad hasta completar cuatro años anteriores.

Actualidad y 4 años anteriores	Ingreso	Egreso	Deserción	Cargos que quedaron vacantes luego de la adjudicación
20..				
20..				
20..				
20..				
20..				

Si hubo deserciones, indicar los motivos:

.....

.....

IV.6 Renta y condiciones de contratación del Residente

Tipo de contratación:

Financiado por (Especificar):

Porcentaje de financiación del total de la renta, sueldo o beca del Residente:

Nación% Provincia% Municipio%

Otro:

.....

¿Ingresos extra por otras actividades dentro de la institución (guardias, ayudantías, investigación, etc.)? **SI / NO**
 Especificar:

.....

¿Qué tipo de cobertura incluye la contratación?

Seguro mala praxis	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	Provisión uniforme y guardapolvo	<input type="checkbox"/>
ART	<input type="checkbox"/>	Cobertura Social	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Licencias por Maternidad	<input type="checkbox"/>	Licencias por enfermedad	<input type="checkbox"/>	Especificar
Licencia Ordinaria	<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>		

¿Los Residentes tienen certificado de buena salud, revisión sanitaria anual y vacunación? Ampliar:

.....

Indicar la retribución mensual bruta del residente:

Año	Remuneración	Año	Remuneración	Año	Remuneración
R1	\$	R4	\$	R5	\$
R2	\$	R3	\$	JR	\$

IV.7 Inserción laboral post residencia

¿Se realiza algún tipo de Seguimiento de la inserción laboral de los egresados? **SI / NO**

¿Cuál es la inserción laboral de los egresados? Indicar brevemente (inserción profesional en público, privado u o social, continuación de estudios de posgrado, otros):

.....

¿Qué ofrecimientos laborales realiza la institución o el Sistema jurisdiccional a los egresados?

.....

IV.8 Equipamiento básico de la especialidad disponible para la capacitación del Residente.

Enumerar:

.....

IV.9 Recursos Didácticos y Tecnología Disponible

¿Cuáles de estos recursos con los que están disponibles para la Residencia? Marcar con una X todos los que correspondan:

Red de bibliotecas biomédicas	<input type="checkbox"/>	Cuenta con suscripciones a revistas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		Indexadas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		Cantidad de títulos de la especialidad	<input type="checkbox"/>			
Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	Acceso a bases de datos bibliográficos	<input type="checkbox"/>			
Equipamiento audiovisual	<input type="checkbox"/>	PC de acceso exclusivo para la residencia	<input type="checkbox"/>			
Espacios de simulación	<input type="checkbox"/>	Ampliar:			

Otros recursos (consignar)

IV.10 Espacio físico de la Residencia

¿Cuáles de estos elementos están disponibles para ser usados por la Residencia? *Marcar con una X todo lo que corresponda:*

Aulas	<input type="checkbox"/>	Sanitarios Propios	<input type="checkbox"/>
Duchas	<input type="checkbox"/>	Lockers para efectos personales	<input type="checkbox"/>
Salas de descanso / reunión	<input type="checkbox"/>	Dormitorio	<input type="checkbox"/>
Comedor	<input type="checkbox"/>		

Ampliar condiciones del espacio físico:

.....

.....

.....

V. PRESENTACION FORMAL DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

V.1 DOCUMENTO PRESENTADO: PROPUESTA PEDAGOGICA

Todas las preguntas se refieren al programa escrito vigente al momento del pedido de Acreditación.

V.1.a ¿Se utiliza el mismo programa en más de una sede formadora? **SI/NO**.

Especificar:

.....

.....

.....

V.1.b ¿Es un programa jurisdiccional? (provincial, municipal, otro) **SI/NO**.

Especificar:

.....

.....

Si el programa jurisdiccional de la especialidad tiene adecuaciones locales de la sede, adjúntelas al presente Instrumento.

V.1.c Señalar cuáles de los siguientes componentes está contemplado en el programa:

Componente	SI/NO	Comentario breve	Espacio para el evaluador <i>(¿Se adecua a lo requerido para la formación de la especialidad, al Marco de Referencia, a la Institución sede, etc.?)</i>
Fundamentación			
Perfil del Egresado			
Objetivos por año			
Programa de rotaciones (secuencia, sede, duración)			
Actividad asistencial			
Otras actividades de aprendizaje (ateneos, clases, curso superiores, otros).			
Sistema de Evaluación			
Agenda, Planificación de actividades y/o Cronograma de actividades.			
Contenidos Transversales			
Otros (especificar):			

V.1.d Programa de la Residencia fue elaborado acorde con:

NORMATIVA	SI/NO	¿Cuál?
Marco de Referencia de la Especialidad		
Estándares Nacionales de Acreditación		
Normativa Jurisdiccional		
Estándares de Diagnóstico y tratamiento propios, acordes con Normas de Calidad Nacional e Internacional		
Criterios de referencia de Sociedades científicas de la especialidad.		
Estrategias de Atención Primaria, Indicadores epidemiológicos locales.		
Otro marco normativo vigente ¿Cuál?		

En cualquier caso, si la normativa no es nacional, adjuntar una copia de la misma.

V.1.e ¿Realizaría modificaciones en el Programa vigente? ¿Cuáles y por qué?

.....

V.1.f ¿Cuáles son las instancias en las que se trabaja con los residentes el programa de la especialidad?

.....

V.2 Evaluación de la propuesta de formación

¿Con qué frecuencia se analiza el desarrollo del programa? *Marcar con una X todas las opciones que correspondan*

a- Trimestral c- Anual e- Otros
 b- Semestral d- Bianual f- No se analiza

¿Están previstas reuniones periódicas del equipo a cargo de la residencia para analizar el desarrollo de la misma, y realizar ajustes? SI NO

En caso afirmativo, ¿quiénes participan?

¿Cada cuánto tiempo se realizan estas reuniones?

Describir el tipo de ajustes y/o decisiones se adoptaron a partir de estas reuniones y las fechas aproximadas de las últimas.

¿Se realiza algún tipo de consulta a los residentes sobre el desarrollo y funcionamiento de la residencia?

Ampliar :

.....

VI. DESARROLLO DEL PROGRAMA: PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE

¿En qué instancia se realiza la presentación del programa a los residentes?⁶ Especificar:

.....

.....

.....

.....

VI.1 Agenda de actividades de la Residencia.

VI.1.a Horarios que deben cumplir los Residentes

Horario de Entrada:

Horario de Salida:

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

Guardias:

Horario entrada: Horario salida:

Indicar la cantidad total mensual de guardias que realiza el residente:

1° Año	2° Año	3° Año	4° Año	5° Año	JR

Tipo de guardia. **Activa / Pasiva**: explicitar tipo y año de Residencia y ampliar según necesidad:

.....

.....

.....

Régimen de descanso post-guardia previsto: **SI / NO**.

Explicitar:

.....

.....

.....

.....

Espacio para el evaluador

⁶ Encuentro de apertura de la residencia, en clases teóricas, otros

VI.1.b Indicar de manera aproximada qué porcentaje de su tiempo dedica el residente a cada tipo de las siguientes actividades (consignar según corresponda a la especialidad):

Atención individual de pacientes	%
Actividades grupales con pacientes (educación para la salud, talleres, etc.)	%
Teóricas	%
Investigación	%
Actividad quirúrgica (<i>Contestar además el Anexo I</i>)	%
Actividades de campo y/o comunitarias	%
Laboratorio	%
Producción y difusión del conocimiento	%
Otros (especificar)	%
	%
	%

Espacio para el evaluador

Tildar si es observado en la visita y ampliar con comentarios si corresponde

VI.1.c Completar el cuadro teniendo en cuenta el cronograma semanal de una “semana tipo” de actividad en la residencia, en cada casillero por día de la semana actividades por la mañana y por la tarde

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	<i>Espacio para el evaluador. Breve comentario</i>
1° año							
2° año							
3° año							
4° año							
5° año							

VI.2 Actividades asistenciales, de trabajo o servicio, para el aprendizaje en contexto de trabajo

VI.2.a Cantidad de Prestaciones que realiza o pacientes que atiende el residente:

Señalar los ámbitos en los que el residente realiza las actividades y la cantidad aproximada de prestaciones que tiene a su cargo por semana cuando lo hace⁷. Para el caso de residencias no asistenciales o interdisciplinarias (como epidemiología y bioquímica por ejemplo), utilizar la categoría “Otros” para agregar lo que corresponda a la especialidad.

En todos los casos consignar la unidad de medida que considere más adecuada para la descripción de la actividad (ejemplo: consultas, visitas domiciliarias, cirugías, determinaciones, informes redactados, notificaciones enviadas, citaciones telefónicas, talleres etc.)

Escenario	SI / NO	Cantidad de prestaciones semanal aprox. por residente (consignar unidad de medida)	Espacio para el evaluador
HOSPITAL :			
Consultorio externo de la especialidad			
Unidad de Cuidados intensivos			
Sala de Internación de la especialidad			
Emergencias o Guardia externa			
Sala de internación de otras especialidades			
Consultorio externo de otras especialidades			
Quirófano ⁸			
Laboratorio (especificar cuál o cuáles)			
C.A.P.S:			
OTROS ESPACIOS:			
Domicilios de pacientes			
Espacios comunitarios			

⁷ Agregar lo que sea necesario en los espacios en blanco, por ejemplo: consultorio de orientación, hospital de día etc.

⁸ En el caso de las residencias quirúrgicas, se amplía la información en el Anexo I

VI.2.b Diagnósticos, motivos de consultas o motivos de intervención: señalar los que el residente tiene oportunidad de asistir, más frecuentemente, durante su residencia.

Escenarios formativos	Diagnósticos	Espacio para el evaluador ⁹

Señalar si hay diagnósticos, motivos de consultas o problemas poco frecuentes pero que son significativos en la sede, que el residente tiene oportunidad de asistir durante su residencia:

⁹ El evaluador deberá cotejar este dato con los registros de prácticas del residente y consignar si se ajusta al Marco de Referencia o a lo que se considere necesario para la formación en la especialidad si no hubiere Marco de Referencia.

VI.2.d Procedimientos

Explicitar cuáles son las prácticas o procedimientos claves, y la cantidad que realiza cada residente en promedio durante toda su residencia:

Nombre de Procedimiento	Cantidad	Espacio para el evaluador ¹⁰

¿El residente conoce cuáles son los procedimientos mínimos (en tipo) que debe aprender a hacer durante toda su residencia? **SI/NO**

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo accede el residente a esa información?

.....

.....

VI.2.e Registro de procedimientos

¿Se confeccionan registros de las prácticas que lleva adelante cada Residente? **SI / NO**

Si la respuesta es afirmativa,

Indicar tipo de registro e información que consigna cada uno:

.....

.....

.....

.....

.....

Espacio para el evaluador

¹⁰ Ídem anterior

..... ¿Cómo se usa el registro en la práctica cotidiana del residente?	Espacio para el Evaluador
--	----------------------------------

VI.2.f Acceso a interconsultas y servicios de diagnóstico y tratamiento:

Servicios de diagnóstico y tratamiento a los que tiene acceso el residente.

En tipo de acceso deberá responder según frecuencia: en todo momento, diario, semanal, quincenal.
 Consignar sólo servicios relevantes para la especialidad.

Para especialidades no asistenciales, consignar los que son de utilidad y soporte para la misma.

Servicio	Tipo de acceso	En la institución	Fuera de la institución	Espacio para el evaluador

¿El residente tiene posibilidades de realizar interconsultas? **SI / NO**

Interconsultas a las que accede el residente. Para especialidades no asistenciales usar los renglones en blanco para completar según necesidad.

Interconsulta con	SI / NO	Tipo de acceso (telefónico, telemática, presencial, atención conjunta etc.)	Espacio para el evaluador
Cardiología			
Cirugía General			
Clínica Médica			
Dermatología			
Endocrinología			
Enfermería			
Gastroenterología			

Interconsulta con	SI / NO	Tipo de acceso (telefónico, telemática, presencial, atención conjunta etc.)	Espacio para el evaluador
Ginecología			
Infectología			
Medicina General y/o Familiar			
Nefrología			
Neumonología			
Obstetricia			
Oftalmología			
ORL			
Pediatría			
Salud Mental			
Servicio Social			
Urología			
Otros (agregar):			

¿Cuáles interconsultas son de práctica institucionalizada y más habitual en el servicio para los residentes?

.....

.....

.....

.....

.....

VI.2.g. Guardias

¿El residente cuenta con supervisión durante las guardias? **SI /NO**

En caso afirmativo, ¿qué modalidad asume la supervisión?:

Presencial Institucionalizada con alguna
 En la Institución modalidad sistematizada A demanda del Residente
 Telefónica

Especificar: _____

.....

.....

.....

Completar el siguiente cuadro:

Año del residente	Total de guardias semanales (incluye fines de semana)	Cantidad de guardias fin de semana por mes	Cant.de horas de cada guardia	Descanso post guardia y modalidad	Espacio para el evaluador. Breve comentario
1°					
2°					
3°					
4°					
5°					
JR					

Escenario de guardias: ampliar diferenciando por año del residente

	Espacio para el evaluador
Sala de internación	
Guardia externa	
Otros (especificar)	

¿Quién se hace cargo de la supervisión pedagógica durante las guardias?:

Residente de años superiores

Instructor o responsable docente tutor de la residencia

Jefe de residente

Responsable del servicio

Otros (Especificar)

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

.....

.....

.....

¿Qué diagnósticos o problemas de salud más frecuentemente tiene oportunidad de atender en la guardia el residente?

Diagnósticos o problemas	Espacio para el evaluador
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

VI.2.h Rotaciones

Indicar qué rotaciones realiza el Residente y dónde las hace (incluir la opción “Optativa” si la hubiere y amplíe en que especialidades se opta más frecuentemente)

Institución /Servicio	Especialidad /Área	Duración	Año de la Residencia	Espacio para el evaluador

¿Quién determina la secuencia de las rotaciones?

¿Hay definidos, de manera escrita y explicitada, los objetivos de aprendizaje de cada rotación? **SI /NO.**
 En caso afirmativo, ampliar.

.....

.....

.....

¿Quién define la programación de cada rotación, los objetivos de aprendizaje y monitorea su cumplimiento?

.....

.....

.....

¿Quién se hace cargo de la supervisión pedagógica en las rotaciones? (Especificar todos los profesionales con función docente que participan. Ej.: Director del centro de Salud, Jefe de servicio o de área programática):

.....

.....

¿Los residentes hacen guardia durante las rotaciones? ¿qué tipo de guardia? ¿Quién supervisa el trabajo del residente durante estas guardias?

.....

.....

¿Poseen Convenio/Acuerdos en las rotaciones con otras instituciones donde el Residente concurre? **SI / NO.**
 Explicitar el tipo de convenio o acuerdo.

.....

.....

.....

VI.2.i Actividades docente - asistenciales

¿El residente participa en actividades de tipo Pase (pase de sala, de guardia, de consultorio, de actividades en campo u otros, con el resto del equipo del servicio? SI / NO

Si la respuesta es afirmativa:

¿Qué tipo de pase son? Si hay diferentes tipos, explicitar las características:

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

¿Con qué frecuencia se realizan?:

.....

¿Qué tipo de actividad dentro del pase realiza el Residente? Marcar con una X, se puede elegir más de una opción. En caso que haya diferencias de roles por año de residencia, consignar al lado de cada ítem.

Presenta al paciente o la situación a trabajar

Se encarga de registrar las decisiones

Lleva las prescripciones, indicaciones o las resoluciones a tomar

Informa al paciente de su estado de salud

Realiza intercambio de ideas con otros residentes y docentes

Participa como oyente

Realiza interconsultas

Pide estudios

Realiza tareas que indica el docente en ese momento

Recorre con Enfermería u otros

Otros (explicitar)

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

Espacio para el evaluador
Tildar si es observado en la visita y ampliar con comentarios si corresponde

.....

¿Se realizan reuniones de equipo para resolver intervenciones? (Por ejemplo en trabajo comunitario y/o en el trabajo de casos) SI /NO.

Explicitar:

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

¿De qué modo se integra el residente en las reuniones de equipo?

.....

¿Se realizan actividades de Planificación, Evaluación y Supervisión en equipo interdisciplinario? **SI / NO**

En caso de contestar afirmativamente:

¿Con qué frecuencia?:

¿Quiénes participan? Y ¿qué participación tiene en ellas el residente?

Explicitar:

En las reuniones de Planificación

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

En las reuniones de Evaluación

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

En las reuniones de Supervisión

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

**Espacio para el evaluador
Tildar si es observado en la visita y
ampliar con comentarios si
corresponde**

¿Se realizan supervisiones en servicio de las historias clínicas, protocolos, partes, informes o similar (según la especialidad de la residencia) que confecciona el residente? SI / NO

¿Qué componentes se supervisan? Consignar **SI /NO** en cada componente y ampliar si es necesario.

Identificación de los pacientes	
Pasos del método según corresponda (clínico, epidemiológico, etc.)	
Recetas e indicaciones	
Epicrisis	
Certificados	
Consentimientos informados	
Referencia y contrarreferencia	
Hoja de interconsulta intra-hospitalaria	
Hojas de pase o informes	
Listas de cotejo perquirúrgica	
Hoja de Valoración proceso de atención Enfermería	
Otros (consignar lo que corresponda)	

.....

.....

.....

¿Cómo se usa la supervisión de historias clínicas y/o de otros registros en la evaluación de los aprendizajes de los residentes? ¿Tiene valor sumativo y/o formativo? ¿Se utiliza para dar feedback?: Explicar brevemente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Espacio para el evaluador
 Tildar si es observado en la visita y ampliar con comentarios si corresponde

Desarrollo de contenidos transversales:

Enumere algunas de las actividades de capacitación que se han realizado en el último año para trabajar los siguientes bloques:

"El profesional como sujeto activo en el sistema de salud"

.....

.....

.....

"Los sujetos de derecho en el sistema de salud"

.....

.....

.....

"El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos"

.....

.....

.....

Estrategias para el aprendizaje

Organización de actividades teóricas (clases, coloquios, exposiciones, seminarios, talleres, etc.) para la formación del residente.

¿Cuáles estrategias pedagógicas se realizan habitualmente?	Con quién se realiza (residentes, especialistas, otras residencias, otros servicios, etc.)		Duración en horas	Frecuencia	Responsable	Espacio para el Evaluador Tildar si es observado en la visita y ampliar con comentarios si corresponde
	SI	NO				
Exposición dialogada por docentes regulares e invitados						
Exposición dialogada por residentes						
Pases de sala						
Pases de guardia o consultorio						
Demostración						
Trabajos de laboratorio						
Estudio de Casos y/o resolución de Problemas						
Grupos de discusión						
Simulaciones						
Ateneos						
Otras:						
De las estrategias seleccionadas, indicar dos que se utilizan con mayor frecuencia y ampliar. _____						

Sobre los ateneos, consignar:

Tipo de ateneo (consignar denominación o tipo) según tipo de participantes.	Duración	Frecuencia	Responsable de la organización / dictado	Espacio para el evaluador. Breve comentario.
Sólo de la residencia				
Del servicio				
Interdisciplinario				
Entre varios servicios				
Con otras especialidades				
Otros (especificar)				

Actividades del residente como docente	Supervisión de la actividad	Espacio para el evaluador. Breve comentario

Otras actividades académicas programadas fuera del ámbito del Servicio. (Ej.: Curso de especialista, seminarios de post grado, otros)

Nombre de la actividad	Institución que la dicta	Financiado por	Espacio el evaluador. Breve comentario

VI.2.J Integración docencia - investigación - servicio

¿Se realizan trabajos de investigación en los que participa la residencia? **SI / NO**

Especificar los temas de las investigaciones realizadas en los últimos 4 años.

.....

.....

.....

.....

¿Se asignan horas protegidas para la enseñanza y aprendizaje de los residentes en la investigación? Indicar cantidad y frecuencia:

.....

.....

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

Búsqueda bibliográfica

Sistematización

Redacción

Presentación

Otras. Explicar

.....

.....

.....

¿Cómo se financian los trabajos de investigación en los que participa la residencia?

.....

.....

¿A cuántos de estos eventos concurrieron en el último año los residentes y el equipo de investigación/docentes?

Actividad	Residentes	Profesionales del servicio	Espacio para el evaluador
Jornadas hospitalarias			
Congresos Nacionales			
Congresos Internacionales			
Otros (enuncie)			
.....			

¿Se han publicado los trabajos de investigación en los que participó la residencia en los últimos 5 años? **SI / NO**
 En caso afirmativo, completar el siguiente cuadro:

Tipo de trabajo	Título	Fecha	Lugar de presentación o publicación	Espacio para el evaluador

VI.2.k. Evaluación

¿Se realizan actividades evaluativas? **SI / NO**

¿Qué tipo de instrumentos o estrategias utilizan para evaluar a los residentes?

Instrumentos / Estrategias	Frecuencia (final, trimestral, postrotación, etc.)	Evaluador/ es (propio sujeto evaluado, docentes, pares, jefes de residentes, otros)
Exámenes escritos estructurados (selección múltiple, verdadero-falso, test de concordancia del script)		
Exámenes y/o trabajos escritos de desarrollo (monografías, resolución de casos, otras preguntas abiertas)		
Presentaciones orales		
Simulación		
Examen clínico objetivo estructurado (ECO E)		
Mini-CEX		
Evaluación al lado de la cama del paciente		
Listas de cotejo		
Rúbricas		
Evaluación 360°		
Registro de prácticas y procedimientos		
Informes de desempeño		
Portfolio		
Otros (especificar cuáles):		

¿Qué aspectos se contempla en las evaluaciones a los residentes?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Contenidos conceptuales | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b. Prácticas, procedimientos, habilidades | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c. Actitudes /comportamientos asumidas en el marco de la residencia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d. Competencias profesionales. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

¿De qué modo el Residente promociona cada año de la residencia? (Especificar por año el tipo de instrumento de evaluación y actividades implementadas para la promoción).

.....

.....

.....

.....

¿De qué modo el Residente aprueba la Residencia? (El tipo de instrumento de evaluación y actividades implementadas para la aprobación).

.....

.....

.....

.....

ESPACIO PARA EL EVALUADOR: Consignar comentarios sobre el sistema de evaluación de la Residencia

ANEXO I (Completar sólo en caso de especialidades quirúrgicas)

1. Características del Servicio

Quirófanos

Cantidad total de quirófanos:

Cantidad de quirófanos de urgencia

Cantidad de quirófanos generales

Cantidad de quirófanos de asepsia especial

Otros:

¿Los quirófanos son propios o compartidos con otra especialidad?

En caso de compartirlo indique con qué especialidades lo hace y especifique cómo es la organización del tiempo para usarlo

Especialidad	Tiempo de uso	Observaciones

Espacio para el Evaluador
Observaciones sobre los
Quirófanos

Equipamiento de quirófano

Consigne el equipamiento con el que cuenta el quirófano. *Focalizar en el equipamiento que se utiliza, requerido por la especialidad*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Consigne si no cuenta con algún equipamiento que considera necesario:

.....

.....

Espacio para el Evaluador
Observaciones sobre el
Equipamiento

Equipo profesionales y técnicos.

Cantidad de Médicos de Planta de la Especialidad con actividad quirúrgica. *En el caso de evaluación de Tocoginecología consignar cantidad de Ginecólogos, de Obstetras y de Tocoginecólogos que tienen actividad quirúrgica, especificando cada especialidad.*

.....

.....

¿Cómo está compuesto el equipo de trabajo en quirófano?

Completar la tabla según tipo y cantidad de personal por profesión, por ej. Anestésistas, Enfermería de quirófano, Enfermería de anestesia, Instrumentadores, etc. Priorizar el personal con el que trabaja la especialidad

Profesión	Cantidad	Observaciones ¹¹

¿Qué tipo de guardia realizan los profesionales del servicio?

Describe (*activa/pasiva, duración*).

.....

.....

Actividad del servicio

Complete la siguiente tabla con el **Promedio mensual de cirugías** que realiza el Servicio Sede:

Para el caso de especialidades como Tocoginecología (donde se realiza actividad quirúrgica en Obstetricia y en Ginecología), o cuando tienen más de un servicio o área, consignarlas como "áreas" por separado.

Área:		Área:		Área:		Total
Progra- madas	Urgencia	Progra- madas	Urgencia	Progra- madas	Urgencia	
Observaciones:						

Espacio para el Evaluador
Observaciones sobre el Equipo

Espacio para el Evaluador
Observaciones sobre la Actividad del Servicio

¹¹En esta columna ampliar información que considere oportuna, en relación a la formación o las características de los integrantes del equipo de quirófano.

Cantidad de intervenciones Laparoscopias mensuales

Otro tipo de intervenciones (especificar):

Promedio general cirugías que realizó el Servicio en relación al número de Residentes durante el último año. Calcular según la siguiente formula: Nº total de cirugías anuales del Servicio dividido por el Nº total de Residentes

Total de cirugías anuales del servicio	Número de Residentes	Promedio general
.....
.....
.....

2. Actividad quirúrgica del residente:

Enumerar la Cantidad anual de cirugías que realiza en promedio cada residente, por tipo de cirugía y por función:

Para el caso de la especialidad de Cirugía General, completar el cuadro acorde al nuevo nomenclador de prácticas quirúrgicas 2005 confeccionado por la Comisión de Asuntos Legales y Laborales de la AAC (www.aac.org.ar).

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

Para otras especialidades, completar acorde a lo definido en el Marco de referencia de la misma o al criterio valorativo o categorización propio de cada especialidad.

Tipo de cirugía	Cantidad
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Los residentes realizan entrenamiento quirúrgico en animales y/o simuladores o cirugía experimental? SI NO

¿Se realiza un registro de la actividad quirúrgica de cada residente? Explícite.

¿Se diferencia en el registro el rol que desempeña el residente (observador, ayudante, cirujano)? SI NO

**Espacio para el Evaluador
 Procedimientos Quirúrgicos de
 los Residentes**

Entrenamiento

Rol

Firma:

Firma: