

**Acreditación de Concurrencias**

**Datos de la Institución**

Nombre del establecimiento:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Pagina Web:

Dependencia (nacional, provincial, municipal, universidad, privado, otros):

Tipo de Institución: Hospital General, Monovalente, Centro de Salud, otros:

**Sede**

Nombre de la Concurrencia:

Nombre de la Sede/Institución formadora:

Responsable para contacto:

Correo electrónico:

Teléfono de la concurrencia:

Fecha de llenado del instrumento de evaluación:

Numero de paginas presentadas:

Responsable del llenado:

Nombre y Apellido:

Cargo:

Matricula Nacional:

DNI:

Responsable/s Institucional de la concurrencia

Nombre y Apellido:

Cargo:

**I. Area de Docencia e Investigación de la Institución**

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

Responsable/s:

Nombre y Apellido

Profesión:

Especialidad:

Antigüedad en el cargo:

Teléfono:

Mail:

Consignar las especialidades de todas las residencias y/o concurrencias que funcionan en la Institución y

cantidad de residentes o concurrentes por nivel en cada una:

¿Se organizan y desarrollan actividades conjuntas con estudiantes o profesionales en formación

de las distintas disciplinas y especialidades?:

Si No

¿La institución recibe profesionales en formación bajo otros regímenes formalizados (Convenios

con universidades, formación de grado, becas de extranjeros, otros) ?:

Si No

¿Se realizan encuestas anónimas para evaluar el grado de satisfacción del concurrente

durante su periodo de formación?

Si No

**II. Datos del Servicio/Sector Sede Formadora**

Nombre Institucional de la Sede:

Responsable del Servicio/Sector Sede Formadora:

Nombre y Apellido:

Titulo:

Especialidad:

Cargo y antigüedad en el cargo:

**II.1 Características de la Sede Formadora**

1. Estructura organizativa de la sede. Describir dependencias, tipo de Servicio/ sector, Departamento, Área, Número de camas generales/ cuidados intensivos/ Numero de quirófanos propios o compartidos/ equipamiento con que cuenta indispensable para la formación:
2. Tipo de problemas de salud que resuelve el Servicio/Sede formadora. Nombre los principales y más frecuentes consignando los distintos escenarios formativos más importantes:
3. Indicadores de producción del Servicio/Sede Formadora. Consignar datos de medición anual (consultas, cirugías, endoscopías, etc):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**II.2 Acceso a Interconsultas y Servicios Diagnósticos**

1. ¿Hay dificultad en el acceso para algún o algunos servicios de diagnostico y / o tratamiento relevantes para la especialidad?

Si No

¿Cuál o cuáles?:

Relatar la implicancia que esta dificultad tendría en la formación:

1. ¿Cuenta el Servicio con guías de diagnostico, tratamientos, protocolos de práctica clínica o de procesos de atención? En caso de ser afirmativo, quien las confecciona, de donde se tomaron y su utilidad en la práctica cotidiana del concurrente:

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

**II.4. Actividades no asistenciales en el Servicio/Sede. Consignar: siempre, a veces o nunca en cada una de las siguientes actividades:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Siempre** | **A veces** | **Nunca** |
| Intercambio interdisciplinario en la Institución |  |  |  |
| Consultas Telemáticas |  |  |  |
| Consultas con referentes de la comunidad |  |  |  |
| Asesoramiento de Colegas |  |  |  |
| Supervisión de casos con colegas extra institucionales |  |  |  |

**III. DATOS DE LA CONCURRENCIA**

Nombre de la Concurrencia:

**III.1 Año de creación:**

Indicar de manera breve los motivos o causas que dieron origen a la creación de la concurrencia:

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

**III.3 Indicar situación de la ultima acreditación:**

Fecha:

Institución acreditadora:

Categoría asignada y periodo:

**III.4 Describa los aspectos positivos y negativos que se han generado a partir de la implementación de la concurrencia:**

**IV. CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO**

**IV.1 Responsable Institucional de la concurrencia**

Nombre y Apellido:

Titulo:

Matricula Nacional:

Antigüedad en el cargo de responsable:

Antecedentes académicos y profesionales ( adjuntar CV resumido en máximo de 3 hojas) Funciones que cumple en la concurrencia:

**IV.2 Profesionales directamente a cargo de los concurrentes. Consignar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellido** | **Función** | **Título de Especialista**  **Si No** | |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Consignar si cada uno de ellos tiene manejo de herramientas informáticas, capacitación pedagógica y cantidad de horas semanales dedicada a la docencia:

**IV.3 Otros agentes de salud que trabajan en el Servicio Sede de la concurrencia**

**(Consignar profesión y cantidad):**

**IV.4 Concurrentes. Indicar numero de concurrentes en 1, 2 y 3 año**

Método de selección: Examen Promedio y/o Entrevista

Tipo de convocatoria:

Vacantes de ingreso anuales:

Numero de concurrentes egresados en los últimos 4 años:

**IV.5 Renta y Condiciones de contratación del concurrente:**

Tipo de contratación:

Financiado por:

¿Qué tipo de cobertura incluye la contratación?

Seguro médico:

ART:

Licencia por maternidad:

Licencia ordinaria:

Seguro de vida:

Licencia por enfermedad:

Obra Social:

¿Chequeo de salud al ingreso y anual, vacunación?

Si No

Indicar retribución mensual del concurrente de 1, 2 y 3 año:

Explicitar cual es y ha sido la salida laboral de los concurrentes:

Enumerar el equipamiento básico de la especialidad disponible para la capacitación del concurrente:

Enumerar los Recursos didácticos y Tecnología disponible para la formación del concurrente:

**V. Presentación formal del Programa de Formación**

**Debe adjuntar el programa de formación**

¿Es un programa propio o común con otras sedes?:

Señalar que componentes se contemplan en el programa

Si No

**Fundamentación**

Perfil del egresado:

Objetivos por año:

Programa de rotaciones:

Actividad asistencial:

Ateneos:

Clases:

Cursos superior:

Sistema de evaluación:

Cronograma de actividades:

Contenidos transversales:

Otros:

**VI. Desarrollo del Programa: práctica profesionalizante**

**VI.1 Horarios que deben cumplir los concurrentes:**

Guardias mensuales activas y pasivas:

Régimen de descanso luego de la guardia: Si/No, Explicitar:

**VI.2 Indicar que % de su tiempo dedica el concurrente a cada una de las siguientes actividades:**

|  |  |
| --- | --- |
| Atención Individual de Pacientes | % |
| Actividades Grupales con Pacientes (educación p/la salud, talleres, etc) | % |
| Teóricas | % |
| Investigación | % |
| Actividad Quirúrgica | % |
| Actividades de campo y/o comunitarias | % |
| Laboratorio | % |
| Producción y difusión del conocimiento | % |

**VI.3 Detalle las actividades diarias de una "semana tipo" que tienen los concurrentes de los diferentes años:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
| 1er. Año |  |  |  |  |  |  |
| 2do. Año |  |  |  |  |  |  |
| 3er. Año |  |  |  |  |  |  |

**VI.4 Detalle la cantidad de horas semanales / pacientes que atiende en consultorio:**

Detalle cantidad de horas semanales/ pacientes en Sala de internación:

Detalle cantidad de horas semanales/ pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos:

Detalle cantidad de horas semanales de quirófano:

Detalle cantidad de horas semanales/ pacientes en laboratorio de fisiología ano rectal:

Detalle cantidad de horas semanales/ pacientes en sala de endoscopia:

**VI.5 Detalle el tipo y cantidad de procedimientos (endoscópicos, quirúrgicos y de laboratorio) que realiza**

**el servicio/ sector y el concurrente en un año de su formación:**

Procedimiento:

Servicio o Sector:

Concurrente:

Cirugías:

Endoscopias:

Laboratorio:

Otros:

**VI.6 ¿Cómo se registran los procedimientos y que datos se consignan?**

**VI.7 ¿Tiene el concurrente una base propia de registro de sus prácticas?**

**VI.8 Detalle los servicios de diagnostico y tratamiento a los que tiene acceso el concurrente y si los mismos**

**se encuentran dentro o fuera de la Institución:**

**VI.9 ¿El concurrente tiene posibilidad de realizar interconsultas?:**

Detalle las especialidades con las que puede realizar interconsultas y si las mismas son

(presenciales, telefónicas, atención conjunta, telemática, etc):

**VI.10 ¿Durante las guardias el concurrente cuenta con supervisión? Si No**

Indique si la misma es presencial, telefónica, a demanda del concurrente, otros:

Quien se hace cargo de esa supervisión:

**VI.11 Indique que rotaciones realiza el concurrente, donde las realiza, duración y si son obligatorias u optativas:**

**VI.12 Detalle los ateneos mensuales del servicio/sector, duración de los mismos e Indique el rol del**

**concurrente en los mismos:**

**VI.13 Indique el rol del concurrente en las recorridas de sala, quienes la integran y con qué frecuencia**

**se realizan:**

**VI.14 ¿Se realizan supervisiones de las actividades de los concurrentes? Si No**

¿Quién y Que se supervisa (historias clínicas, protocolos quirúrgicos, consentimientos informados, relación médico - paciente, relación con personal médico-enfermería y administrativo):

**VI.15 ¿Considera importante la supervisión y porque? ¿Qué valor le atribuye a la supervisión en la formación del concurrente?**

**VI. 16 ¿Se imparten contenidos transversales en la formación del concurrente y de ser, explicítelos?**

**VI. 17 ¿Estrategias pedagógicas empleadas en la formación del concurrente? ¿Cuáles y Quienes la realizan?**

**VI. 18 ¿Qué otras actividades académicas, científicas realiza el concurrente y si son obligatorias u optativas:**

**VI. 19 Listado de los trabajos científicos publicados y en donde, en los últimos 5 años y el rol del concurrente**

**en la realización de los mismos:**

**VI. 20 Informe si se realiza actividad de investigación básica o avanzada y explicite cuales:**

**VI. 21 ¿Tienen los concurrentes franjas horarias especialmente dedicadas para el proceso de Enseñanza /aprendizaje?:**

**VI. 22 ¿Quién y cómo se evalúa el proceso de enseñanza / aprendizaje del concurrente?:**

**­VI. 23 ¿Cómo promocionan de año los concurrentes?:**