

**INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE  
ACREDITACIÓN**

***LEA ATENTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR EL  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN***

**INTRODUCCIÓN:** Llene la solicitud de acreditación siguiendo las siguientes indicaciones y sin omitir ninguno de los datos solicitados. **Deberá realizarlo y enviarlo exclusivamente en formato digital.**

CONF DE PAG: A4

MÁRGENES: 3 cm a la izquierda y 1 cm a la derecha

**Página 1: Datos correspondientes al establecimiento donde se desarrolla la residencia**

- a. Deberá figurar el nombre completo de la institución, su domicilio, un número de teléfono, número de fax y una dirección de correo electrónico en los que se pueda localizar fácilmente al/los responsable/s del programa.
- b. En el recuadro que figura en la parte inferior de la hoja deberá indicarse si se trata de una **acreditación** (en caso de que sea la primera vez que se solicita o que se haya solicitado previamente pero el programa no haya resultado acreditado) ,en cuyo caso deberá remarcar  en el primer renglón; o de una **reactuación** (en caso de que el programa haya sido previamente acreditado y haya vencido el plazo) en cuyo caso deberá remarcar  en el segundo renglón
- c. En caso de tratarse de una reactuación, asentar la fecha en la que se realizó la última acreditación

## **Página 2: Características del establecimiento en salud donde se desarrolla la residencia**

- 1) **Tipo de Institución:** Deberá especificarse si se trata de un Hospital o Sanatorio General, Pediátrico o Materno infantil; o si se trata de un hospital de comunidad y si pertenece al sector público, privado, al sistema de seguridad social. Marcar con una cruz el casillero correspondiente

- 2) **Planta Funcional:**

**Sector Internación:** Deberá asentarse el número de camas disponibles, de egresos anuales y el promedio de días de estadía en los sectores de internación pediátrica, terapia intensiva pediátrica, maternidad y neonatología.

- a. En el caso de que la institución no cuente con alguno de estos sectores deberá contestar “no” en la primera columna y asentar el nombre de la institución a la que pertenece el servicio asociado en la segunda columna.
- b. En caso de utilizar los servicios propios del hospital base para cada una de estas rotaciones, los datos que deberán asentarse en la 3ra, 4ta y 5ta. columna son los del hospital base
- c. En caso de utilizar servicios asociados para alguna de estas rotaciones, los datos que deberán asentarse en la 3ra, 4ta y 5ta. columna son los servicio asociado  
*Ejemplo: el hospital "X" cuenta con maternidad propia pero envía a sus residentes a rotar por neonatología a la Maternidad Santa Rosa, los datos que deberán asentarse en la 3ra, 4ta y 5ta. Columna son los correspondientes a la maternidad Santa Rosa*
- d. En el caso de que la institución cuente con todos estos sectores pero utilice una institución asociada para el desarrollo del programa deberá contestar “si” en la primera columna y se deberán asentar los datos correspondientes al servicio asociado  
*Ejemplo: El Hospital Garrahan cuenta con un servicio de neonatología pero sus residentes de clínica pediátrica realizan su rotación de neonatología en la Maternidad Sardá. Los datos sobre camas disponibles, de egresos anuales y el promedio de días de estadía, para neonatología, deberán ser los de la Maternidad Sardá*

**Sector Ambulatorio:** deberán asentarse el número de consultas anuales correspondientes a cada sector

- a. En el caso de que la institución no cuente con alguno de estos sectores deberá contestar “no” en la primera columna aclarando si se utiliza alguna institución asociada para el desarrollo del programa, en cuyo caso se deberán asentar los datos correspondientes al servicio asociado en la tercera columna (servicio asociado) mencionando de que servicio se trata
- b. En el caso de que la institución cuente con todos estos sectores pero utilice una institución asociada para el desarrollo del programa deberá contestar “si” en la primera

columna y se deberán asentar los datos correspondientes al servicio asociado en la tercera columna mencionando de que servicio se trata

*Ejemplo*

*Los residentes de un hospital general que cuenta con servicio de emergencias pediátricas, no rotan por el mismo sino que realizan la rotación de Emergencias en la guardia externa del Hospital Garrahan. No cuenta con Hospital de Día pediátrico pero los residentes realizan una rotación por el Hospital de Día del Hospital Gutierrez. La tabla quedaría confeccionada de la siguiente manera:*

	<i>Propia</i>	<i>Institución asociada</i>	<i>consultas anuales</i>
<i>Consultorio de demanda espontánea</i>	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>200.000</i>
<i>Consultorio de niño sano</i>	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>100.00</i>
<i>Hospital de día</i>	<i>no</i>	<i>si. Hospital de día HNRG</i>	<i>50.000 cons/a</i>
<i>Emergencias pediátricas/guardia externa</i>	<i>si</i>	<i>si. Guardia Ext Htal Garrahan 600.00 cons/a</i>	<i>300.000</i>
<i>CESAC/Centro de Salud</i>	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>5.000 cons ped/año</i>

**NOTA: EN LA FILA CORRESPONDIENTE A CESAC ASENTAR LAS CONSULTAS PEDÁTRICAS ANUALES**

**IMPORTANTE: SÓLO SE CONSIDERARA SERVICIO ASOCIADO CUANDO CORRESPONDA A ROTACIONES OBLIGATORIAS**

**3) Acceso a Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento las 24 horas**

a. Se deberá asentar si se tiene acceso al recurso (contestar SI en la primera columna) o no (contestar NO en la primera columna).

b. Si se tiene acceso al recurso, asentar en la segunda columna si dicho recurso diagnóstico está disponible en la institución base (contestar PROPIO) o si se utiliza una institución asociada (contestar ASOCIADO)

*Ejemplo: El Hospital XX puede realizar RMN a través de un convenio con el hospital Italiano de Buenos Aires, en el ítem correspondiente a RMN deberá asentar SI en la primera columna y escribir: ASOCIADO-HOSPITAL ITALIANO en la segunda*

### Página 3

4) Acceso a la interconsulta: en caso de contar con especialistas en la institución base se contestará SI en la primera columna. En caso de no contar con especialistas pero realizar interconsultas en otra institución, se contestará NO en la primera columna y SI en la segunda asentando el nombre de la institución donde se realizan las interconsultas. En caso de no poder acceder a alguna especialidad ni en la propia institución ni en otra asociada, contestar NO en ambas columnas.  
*Ejemplo: El hospital XX de la Ciudad de BA no cuenta con cardiólogo infantil pero interconsulta los pacientes que lo requieren en el servicio de cardiología del Hospital Elizalde. En este caso debería contestarse NO en la primera columna y SI-Htal Elizalde en la segunda*

### 5) Recursos Humanos:

Nº de médicos de planta: se refiere al personal médico perteneciente a la planta permanente del hospital (en caso de ser un hospital pediátrico) o del servicio de pediatría (en caso de ser un hospital general) donde funciona el programa (no incluye personal contratado como residentes, becarios, etc)

% de médicos de planta con certificado de especialista: se refiere a certificado de pediatra otorgado por SAP, MSN, Colegio Médico o título de especialista otorgado por una universidad. Se deberá marcar con una cruz la/s institución/es donde que han certificado a los especialistas en cuestión. El porcentaje que deberá asentarse es el global, aclarando exclusivamente el porcentaje de médicos de planta certificados por la Sociedad Argentina de Pediatría

carga horaria promedio: deberá informarse un promedio de la dedicación horaria de los médicos de planta (no incluye personal contratado como residentes, becarios, etc)

Nº de médicos con tareas específicas en la residencia: informar si se cuenta con Instructores, Tutores, encargados docentes, etc: aclarando los puestos con los que se cuenta y la dedicación horaria destinada al programa en cada caso

*Ejemplo:*

*3 instructores de residentes con 40 hs semanales de dedicación al programa*

*2 tutores con 10 hs semanales de dedicación al programa*

Nº de Personal de enfermería: deberá asentarse el número total de enfermer@s con que cuenta el servicio o el hospital, aclarando qué porcentaje del mismo cuenta con título profesional, discriminando si se trata de título terciario o universitario.

Nº de Personal administrativo: asentar el número de personas que desarrollan tareas administrativas en el servicio de pediatría o en el hospital pediátrico.

#### **Página 4: Características del programa de residencia**

- ¿De quién depende la residencia?: Se refiere al ente responsable de la financiación del programa. En caso de tratarse de un programa mixto deberá aclararse la manera en que se distribuye dicha financiación.  
(Ejemplo: La residencia del Hospital de Niños de Catamarca tiene 4 años de duración, los tres primeros financiados por Nación y el cuarto por la Provincia)
- ¿Quién es el responsable de la residencia? Se refiere a la dirección académica del programa
- ¿Es sede de carrera universitaria de pediatría?:
- en caso afirmativo deberá aclararse a que universidad pertenece la carrera
- Nº residentes por año: discriminar el número de residentes pertenecientes a cada año
- Nº Jefes de residentes: se considera JR al cargo que se desempeña en el mismo horario de la residencia, con dedicación exclusiva y con funciones de supervisión y docencia, de no contar con un cargo de estas características contestar:"0"
- Nº Instructores de residentes: se considera instructor al cargo en el cual se desempeñan funciones de supervisión y docencia pudiendo ser, o no, de dedicación exclusiva y desempeñarse, o no, en el mismo horario de la residencia (en caso de que el/los instructor/es cumplan un horario más reducido que el de la residencia aclarar que horario cumplen)
- Método de selección de residentes: se deberá especificar si se realiza por medio de examen, entrevista, promedio, etc.
- Método de selección de JR: se deberá especificar si es por voto de los residentes, elección de la jefatura de servicio, concurso, etc
- Carga horaria semanal de los residentes: se deberá especificar la carga obligatoria semanal, **sin contar las guardias**
- De esta carga horaria se deberá discriminar qué porcentaje se dedica a la actividad asistencial, a la actividad docente (clases, pases docentes, ateneos, revisiones bibliográficas, etc) y a la investigación (recolección de datos, aplicación de protocolos, etc)
- La residencia cuenta con

Programa: se refiere a un documento que especifique los contenidos y objetivos generales del programa y los contenidos y objetivos específicos de cada año. Este programa deberá estar a disposición de los residentes. Aclarar si se utiliza uno

diseñado en la institución (Propio) o del organismo formador (por ejemplo: Dirección de Capacitación del GCBA, MSA u otro organismo provincial o municipal)  
Reglamento: se refiere a un documento que estipula el funcionamiento interno de la residencia (horario, número de guardias obligatorias, medidas disciplinarias, etc).  
Criterios escritos de diagnóstico y tratamiento: aclarar si se utilizan normas de confección propia o las de algún centro *de referencia*

***SE DEBERÁN ADJUNTAR UNA COPIA DEL PROGRAMA Y UNA  
DEL REGLAMENTO A ESTE FORMULARIO***

**Página 5:**

**Actividades de los Residentes**

En esta tabla se deberá describir el programa de rotaciones OBLIGATORIAS (es decir aquellas que deben realizar TODOS los residentes para aprobar el programa), no será necesario describir las optativas

1. En la primera columna deberá asentarse si la rotación se realiza en la institución (anotar SI) o en una institución asociada (anotar NO en la primera columna y SI en la segunda asentando el nombre de la institución asociada)
2. En caso de realizar una rotación obligatoria tanto en la institución base como en una institución asociada, deberá escribirse SI en la primera y en la segunda columna, asentando en la segunda columna el nombre de la institución asociada

*Ej: los residentes de un hospital general realizan una rotación obligatoria por una sala de internación de un hospital pediátrico, además de los meses que rotan por la sala de internación de su hospital de base*

3. En el caso de actividades que se realizan por la tarde o una o dos veces por semana (ej consultorio de residentes), deberá asentarse el número de horas y la frecuencia con la que se realiza dicha actividad

*Ej: durante los meses de rotación en la sala de internación del hospital base se concurre dos tardes por semana (3hs) al consultorio de puericultura*

4. En el caso de no contar con alguna rotación se contestará NO en ambas columnas
5. En la fila correspondiente a rotaciones optativas se deberá contestar en base al total de meses disponibles en el programa para elegir rotaciones optativas, sin necesidad de discriminar de qué rotaciones se trata

**EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁ ASENTAR LA DURACIÓN EN MESES DE CADA ROTACIÓN**

*Ejemplo*

	<i>EN LA INSTITUCIÓN?</i>	<i>FUERA DE LA INSTITUCIÓN? DÓNDE?</i>
<i>Internacion</i>	<i>si (23 meses)</i>	<i>si/ htal Elizalde/3 meses</i>
<i>Consultorio de demanda espontánea</i>	<i>si (4 meses)</i>	<i>no</i>

<i>Consultorio de puericultura</i>	<i>si (dos tardes semanales durante los 23 meses de rotación en internación del hospital)</i>	<i>no</i>
<i>UCIP</i>	<i>NO</i>	<i>SI/ HNRG (3 meses)</i>
<i>Neonatología</i>	<i>Si (4 meses)</i>	<i>no</i>
<i>Centro de Salud</i>	<i>Si (4 meses)</i>	<i>NO</i>
<i>Emergencias</i>	<i>no</i>	<i>no</i>
<i>Especialidades Pediátricas (obligatorias)</i>	<i>no</i>	<i>si (3 meses en dermatología Htal Ramos Mejia)</i>
<i>Rotaciones optativas</i>	<i>no</i>	<i>Si (8 meses)</i>

#### Actividades de Guardia

Se deberá consignar el número de guardia por meses que realizan lo residentes, según el año en el que se encuentren. Además deberá asentarse con qué tipo de supervisión (médico interno de guardia, residente superior, etc) cuenta el residente durante la guardia

#### Actividades docentes

Marcar con una cruz en el casillero "SI" si se realiza la actividad en cuestión (ej, ateneos bibliográficos) y si no se cuenta con la misma marcar con una cruz el casillero correspondiente a NO

#### Producción científica

1. En caso de que los residentes necesiten OBLIGATORIAMENTE realizar uno o más trabajos/s de investigación para aprobar el programa, contestar SI en la primera pregunta.
2. En la segunda pregunta deberá contestar según los trabajos realizados por los residentes en los últimos dos años

## **Página 6**

1. "Estos trabajos han sido presentados en" se refiere a los trabajos de investigación realizados por los residentes en los últimos dos años
2. En caso de que alguno/s de estos trabajos hayan sido publicado/s revistas científicas, deberá aclararse si se trata de una publicación indexada (aclarar si en LILACS, PUBMED o ambas) o no indexada, marcando con una cruz lo que corresponda
3. En caso de que ningún trabajo haya sido publicado responder NO

## **Recursos docentes**

Marcar  SI cuando el recurso está disponible en la institución y  NO cuando no lo está

## **Otras ofertas docentes de la institución**

1. Grado: cursada de la materia Pediatría
2. Concurrencia: programa de formación no remunerado, en caso afirmativo, aclarar el número de concurrentes por año
3. Rotantes externos: residentes, concurrentes o becarios de otras instituciones que realizan rotaciones en la institución que está siendo evaluada. En caso afirmativo, aclarar el número máximo de rotantes por rotación que se aceptaron el año inmediato anterior en cada uno de los servicios especificado  
(Ej. En el año 2007 el hospital Elizalde aceptó como máximo en la rotación por UCIP 5 rotantes externos/rotación)
4. En caso de contar con alguna otra oferta educativa, especificar de cual se trata

## **Página 7**

### **Evaluación**

1. Frecuencia con la que se analiza la marcha el programa: En este ítem hay que puntualizar cuántas veces al año se reúne el comité de docencia de la institución para evaluar sistemáticamente la marcha del programa y realizar las correcciones correspondientes de acuerdo al consenso entre los integrantes del comité de docencia e investigación (se refiere a las evaluaciones internas del programa de formación)
2. Frecuencia de las evaluaciones sistemática a los residentes: se refiere a las evaluaciones obligatorias y planificadas, se deberá/n aclarar el/los métodos de evaluación utilizados
3. ¿Quién evalúa a los residentes? ¿Quién confecciona los exámenes? ¿Quién realiza las observaciones de desempeño? se deberá asentar a cargo de quién (jefe de residentes, del instructor, del director del programa, etc) se encuentran cada una de estas tareas

### **Aspecto económico de la residencia**

1. ¿Quién financia el proyecto? Cual es la institución o dependencia estatal que aporta los fondos para el programa (GCBA, estado provincial, Universidad, Fundación, etc)
2. ¿De qué modo? Se trata de aclarar cuál es la forma efectiva en que los residentes reciben su remuneración, si es beca o sueldo, si se les realizan aportes jubilatorios o figuran como monotributistas.
3. asentar el promedio del sueldo (entre los diferentes años) de un residente

### **Situación jurídica y condiciones laborales de los residentes**

- Asentar si los residentes son personal contratado por la institución (marcar Contrato ) o son beneficiarios de una beca (marcar Beca )
- ¿Se prevé inserción laboral dentro del sistema para los residentes? Se refiere a si la institución tiene capacidad de oferta laboral para los médicos que han concluido su residencia en ese lugar. Se deberá asentar el número de médicos que han concluido la residencia en la institución y que han sido contratados por la misma en los últimos 5 años
- Se refiere a si se conocen los destinos laborales que han tenidos los médicos egresados de la residencia de la institución

## Página 8

Se deberá asentar cual es el nivel de satisfacción **por parte de los residentes** acerca de la comida, alojamiento, vestuario, baños y aulas brindadas por la institución

## Página 9

- En el recuadro superior se deberán asentar los datos de la persona a cargo de la solicitud de acreditación o re acreditación, con el objetivo de que los miembros de la Subcomisión de Acreditaciones que realizarán la visita de evaluación puedan comunicar día y hora de la misma así como solicitar material necesario para completar la evaluación. Dicha persona deberá ser el personal con **estabilidad** en el servicio para que, en caso de demorarse la evaluación respecto a la solicitud, los datos sigan siendo válidos (Ej. Director de programa, jefe de servicio, instructor de residentes que forme parte del staff, etc)
- El segundo recuadro **NO** debe llenarse

**ANTE CUALQUIER DUDA COMUNIQUESE CON LOS MIEMBROS DE LA  
SUBCOMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS**

[horacio0827@gmail.com](mailto:horacio0827@gmail.com)

[mariapaz\\_molina@yahoo.com.ar](mailto:mariapaz_molina@yahoo.com.ar)