

**SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS
DEL EQUIPO DE SALUD**
R.M. Nº 450/06- R.M. Nº1342/07

ENCUESTA PARA RESIDENTES

La presente encuesta esta dirigida a los profesionales de la salud en formación. **Es una encuesta anónima**, que tiene por objeto intentar detectar las dificultades y carencias existentes dentro del sistema de formación de las residencias para avanzar hacia propuestas de mejora.

Datos de la Residencia

Año de Residente:

1º 2º 3º 4º /Inst.

Provincia en la que cursa su Residencia

Financiamiento de la Residencia:

Nacional Prov. / Municipio Privada Universidad

Especialidad de su Residencia:

Sede de la Residencia:

Hospital Centro de Salud

Información Personal:

Femenino Masculino **Edad:**

Nacionalidad:.....**Provincia de domicilio:**.....

Estado Civil:

Soltero/a Casado/a
Divorciado/a Concubinato/a Viudo/a

Convive con:

Padres Pareja Solo/a Otros

Hijos (en Nº):.....

Otras personas a cargo: (en Nº):.....

Elección de la Especialidad

1) ¿Por qué eligió su Especialidad?

Porque la considera una especialidad afín a sus preferencias	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Por la oferta de cargos	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Por la salida laboral	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros, Cuáles?.....				

2) ¿De qué modo tomó contacto con la Especialidad?

Tenía conocimiento del programa de formación	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Conoce a alguien que ejerce la especialidad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
En el transcurso de su formación en la facultad y/o UDH	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Durante el internado rotatorio	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
A través de los medios de comunicación	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros, ¿Cuáles?				

3) Al momento de optar por su Especialidad ¿Fue su primera opción?

Sí No

4) Si la pregunta 3 fue negativa, especifique si rindió para otra Especialidad. ¿Cuál? ¿Por qué?

5) Antes de rendir el examen para la Residencia ¿Indagó usted la oferta de cargos de la Especialidad?

De su provincia	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	De su región	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
De CABA	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	De todo el país	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

6) Si tuviese vacantes para la especialidad que le interesa en otro lugar del país ¿cambiaría su domicilio para efectuar la residencia?

Sí No

7) Cuando usted optó por su cargo de Residente tuvo en cuenta:

Nivel académico de la Residencia elegida	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cercanía a su domicilio	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cercanía a algún centro urbano	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Monto de la beca ofrecida	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Régimen de Estudio-Trabajo

8) ¿De cuántas horas es su jornada laboral?

(en horas diarias).....

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

10) ¿Tiene que realizar guardias en su Residencia? Sí No

11) Si la respuesta anterior fue afirmativa:

a-¿De cuántas horas y cuántas veces por semana?.....

.....

b-¿Realiza descanso postguardia? Sí No

12) ¿Cuál es el Régimen de descanso previsto durante la guardia?

.....

.....

13) ¿Cuántas horas promedio duerme por día?

14) ¿De cuántos días es su licencia ordinaria?

Actividades de Estudio-trabajo

15)

a-¿Qué cantidad de consultas atiende por semana?

(Número aproximado).....

b-En internación, ¿Qué cantidad de pacientes tiene a su cargo?

(Número aproximado).....

16) ¿Qué porcentaje de horas semanales le destina a estas actividades?

(Recuerde que la suma de todas las actividades no debe superar el 100 %)

- a-Tareas Asistenciales
- b-Tareas Administrativas
- c-Tareas de Formación teórica
- d-Actividades Comunitarias
- e-Investigación
- f- Prácticas Quirúrgicas

17-¿Qué porcentaje de tiempo semanal considera que se debería invertir en cada una de estas actividades de formación?

(Recuerde que la suma de todas las actividades no debe superar el 100 %)

- a-Tareas Asistenciales
- b-Clases teóricas
- c-Rotaciones por otros servicios
- d-Pases / Ateneos
- e-Talleres de reflexión sobre los problemas de la práctica
- f-Investigación
- g-Prácticas Quirúrgicas

18)¿Se realiza pase de sala en el servicio? Sí No

19) Indique con qué frecuencia se realiza el pase de sala:.....

20) Usted como residente ¿Qué tipo de actividad realiza en el pase de sala?

(Marque con una X todas las que correspondan)

- 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 interconsultas
- h-Pide estudios
- i-Realiza tareas que indica el docente en el momento
- j-Recorre con la enfermera

21) ¿Tiene Rotaciones incluidas en el programa de formación?

Sí No

A dónde.....
.....
.....

22) La secuencia de las rotaciones la ordena: (Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| a-El jefe de servicio | <input type="checkbox"/> |
| b-El Instructor o Jefe de Residentes | <input type="checkbox"/> |
| c-El residente | <input type="checkbox"/> |
| d-Otro | <input type="checkbox"/> |

23) ¿Las rotaciones le permitieron completar su formación según lo previsto? (Explique brevemente).....

24) En sus prácticas asistenciales en el servicio o rotaciones, ¿Cuenta con tutores en quienes referenciarse?

Sí No

25) Si la respuesta anterior fue afirmativa. Sus tutores son:

- | | | | | |
|--------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a-Residentes | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b-Jefes o Instructores de Residencia | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c-Profesionales de Planta | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

26) En las guardias, ¿Cuenta con tutores en quienes referenciarse?

Sí No

27) Si la pregunta anterior fue afirmativa:

Sus tutores son:

- | | | | | |
|--------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a-Residentes | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b-Jefes o Instructores de Residencia | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c-Profesionales de Planta | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

28) Explique brevemente que entiende por de Atención Primaria de la Salud

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

29) Describa las actividades de APS que realiza en la residencia.

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

30) ¿Qué programas de Salud, nacionales, provinciales y jurisdiccionales conoce?

Enumere.....
.....
.....

36) ¿Cuál considera que es su rol (como profesional en formación) dentro del sistema sanitario?

Explique.....

Evaluaciones

37) Marque con una X todas aquellas categorías que aparecen en sus evaluaciones parciales o finales

CATEGORIAS	PARCIALES	FINALES
Preguntas abiertas		
De Selección múltiple		
Preparación de clases		
Simulación		
Ejecución (competencias adquiridas)		
Competencia clínica objetivo estructurado (ECOIE) (Postas)		
Aprendizaje basado en problemas (ABP)		
Trabajos de Investigación		
Estudio de Casos		
Informes		
Otros, ¿Cuáles?		

38) ¿Con cuánta frecuencia se realizan las evaluaciones sistemáticas?

Marque con una X todas las opciones que correspondan.

- a-Semestral
- b-Anual
- c-Post rotación
- d-Otros

Enuncie.....

39) ¿Qué tipo de evaluación se utiliza para promocionar cada Año de la Residencia?

.....

40) ¿Cuál/es es/son la/s forma/s de evaluación para la finalización de la Residencia?

.....

41) ¿Qué tipo de evaluación se utiliza para promocionar cada Año de la Residencia?

.....

42) ¿Cuál/es es/son la/s forma/s de evaluación para la finalización de la Residencia?

.....

43) De acuerdo con los resultados de las evaluaciones de los residentes ¿observa alguna modificación en las estrategias de enseñanza?

Sí No a veces

44) Los Residentes ¿evalúan el desempeño de los docentes?

Sí No a veces

45) Los Residentes ¿realizan autoevaluaciones?

Sí No

46) ¿Considera que el tipo de evaluación se aplica es coherente con el proceso de enseñanza?

Sí No a veces

47) Si tuviera que cambiar algo a su sistema de evaluación, ¿qué modificaciones haría?.....

Clima y Medio Ambiente de trabajo

48) ¿Cómo caracterizaría su relación con el equipo docente?

Relación	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Empatía				
Oportunidad en las orientaciones				
Profundidad en el tratamiento de los temas				
Complementación en la tarea				
Aporte de herramientas para la socialización profesional				
Seguimiento/supervisión recibida cuando se presenta una duda				
Acompañamiento en los distintos procesos de aprendizajes (teórico/práctico)				

49) Marque con una X:

En relación a sus actividades de trabajo	Siempre	Algunas veces	Nunca
a-¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?			
b-¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?			
c-¿Recibe toda la información que necesita para realizar bien su trabajo?			
d-¿Se tiene en cuenta su opinión cuando se le asignan tareas?			
e-En las situaciones difíciles, ¿recibe el apoyo necesario?			
f-¿Sus superiores le dan el reconocimiento que merece?			

50) ¿La unidad de Residencia cuenta con una sala o estar?

Sí No

51) ¿La unidad de Residencia cuenta con dormitorios suficientes para todos los residentes?

Sí No

52) ¿Recibe provisión de comida?

Sí No

53) ¿Recibe provisión de uniforme o guardapolvo?

Sí No

54) Con su remuneración como Residente ¿Qué porcentaje de sus gastos mensuales cubre?

100% 75% 50% 25%

55) ¿Recibe apoyo económico de familiares u otras personas?

Sí No

