

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

R.M. N° 450/06- R.M. N°1342/07

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:

1° 2° 3° 4° /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 Clínica / Sanatorio

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 N°):.....

Otras personas a cargo: (en N°).....

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 la Especialidad, fue su primera opción

Sí No

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

.....

5) Antes de rendir el examen para la Residencia ¿Indagó usted cuál es 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)Cuál de los siguientes factores tuvo en cuenta cuando optó por su cargo de Residente

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-¿Cuántas veces por semana realiza guardias y de cuántas horas son?

.....

b-¿En su plan de actividades está previsto un tiempo de descanso? Sí No

12) ¿Cuántas horas promedio duerme por día?

.....

13) ¿De cuántos días es su licencia anual ordinaria?

.....

.....

..

Actividades de Estudio-trabajo

14)

a-¿Qué cantidad de consultas atiende por semana?

(Número aproximado).....

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

(Número aproximado).....

15) **Enuncie los Principales 5 diagnósticos más frecuentes que atiende.**

.....

.

.

.

.

.

.

.

16) **Enumere 5 procedimientos que realizo durante su residencia**

.....

.

.

.

.

.

.

17) **¿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

18) **¿Tiene en su residencia acceso a interconsulta y a servicios de diagnóstico?**

.....
.....
.

19) Si la pregunta anterior es afirmativa, señale con qué modalidad acceden los residentes a servicios de interconsulta y diagnóstico

- a- Acceden a los servicios de la misma institución.
- b- Acceden a interconsulta través de vía pasiva o fuera de la institución y a servicios de diagnóstico propios.
- c- Reciben información sobre interconsulta y diagnóstico básico a través de servicios externos.

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

21) ¿Quiénes participan en el pase de sala de manera habitual?

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

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

.....

23) 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

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

Sí No

A dónde.....
.....
.....

25) Quién ordena la secuencia de las rotaciones la:

(Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- a- El jefe de servicio
- b- El Instructor o Jefe de Residentes
- c- El residente
- d- Otro

26) Indique qué rotaciones realizó y en qué lugar las hizo

Rotación	Lugar

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

Sí No

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

a-Residentes Sí No
 b-Jefes o Instructores de Residencia Sí No
 c-Profesionales de Planta Sí No

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

Sí No

30) Si la pregunta anterior fue afirmativa:

Sus tutores son:

a-Residentes Sí No
 b-Jefes o Instructores de Residencia Sí No
 c-Profesionales de Planta Sí No

31) La información recibida acerca de su desempeño le resultó útil para corregir errores:

Siempre **Casi Siempre** **A veces** **Nunca**

32) ¿Considera que existe una sobrecarga de actividad asistencial que le quita tiempo a la actividad docente?

Siempre **Casi Siempre** **A veces** **Nunca**

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

.....

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

.....

35) ¿Qué programas de Salud, nacionales, provinciales y jurisdiccionales conoce?
 Enumere.

.....

36) ¿Con que otros profesionales del equipo de salud se relaciona en su práctica cotidiana durante la residencia?

.....
.....

37) **Clases Teóricas:**

a-¿Cuántas veces por semana se desarrolla la actividad teórica en su servicio o sede?

.....
.

b-¿De cuánto tiempo es la clase?

.....
.

c-¿Se respetan los tiempos asignados en la programación de las clases teóricas?

Sí No

d-¿Las clases teóricas le sirven como fuente de conocimiento para su práctica diaria?

Sí No A veces

38) ¿Realiza alguna otra actividad académica programada (curso de especialización universitaria/otros) fuera del ámbito del Servicio?

Sí No

39) En caso afirmativo a la respuesta anterior, indique qué actividad realiza y en qué Institución la cursa.

.....
.....

40) ¿Son todos sus docentes profesionales especialistas?

Sí No

41) **Considera usted que ha incurrido en algún error en la Residencia por:**

a-Falta de supervisión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b-Falta de formación teórica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c-Cansancio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Evaluaciones

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

Marque con una X todas las opciones que correspondan.

a-Semestral
b-Anual
d-Otros

43) ¿Tuvo alguna evaluación post rotación? Si No

44) Indicar de qué forma fue evaluado

a- examen escrito en el lugar donde rotó

- b-examen escrito tomado en su unidad de residencia
- c-observación directa con confección de un informe de desempeño práctico
- d-otos: indique cuales.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

46) ¿Cuál/es es/son la/s forma/s de evaluación al finalizar de la Residencia?

.....

.....

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

Sí No a veces

48) Los Residentes ¿realizan autoevaluaciones?

Sí No

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

Sí No a veces

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

.....

Clima y Medio Ambiente de trabajo

51) ¿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)				

52) 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?			

53) En relación a su especialidad, considera usted que cuenta con equipamiento:

- Muy adecuado
- Adecuado
- Poco adecuado

54) La unidad de Residencia cuenta con: (marque con una x todo lo que corresponda)

- Dormitorio
- Sala o estar
- Aulas
- Bibliotecas
- PC-
- TV-DVD
- Acceso a Internet

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

- 100% 75% 50% 25%

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

- Sí No

57) ¿Tiene otra ocupación rentada además de la Residencia?

- Sí No

Inserción Laboral

58) ¿Cómo proyecta su inserción laboral luego del terminar la Residencia?

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| En un hospital / clínica | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| En un centro de atención primaria | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| En gestión / Planificación de servicios | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Consultorio | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

59) ¿Preferiría usted, trabajar en un ámbito público o privado? Justifique su respuesta

.....

.....

.....

60) Comentarios y sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

El Ministerio de Salud de la Nación le agradece su participación en esta encuesta. La información que ella nos brinde nos ayudara a un mejor conocimiento de la situación, lo que nos permitirá trabajar con más herramientas para mejorar la calidad de las residencias.