

b. ¿Cuánto tiempo descansa “de corrido” en una guardia tipo?..... ¿hay algún mecanismo institucional que asegure su descanso dentro de la guardia? Explícite.....

.....

6) Si realiza **guardias pasivas**:

a. ¿Cuántos días de guardia pasiva realiza actualmente en una semana?

.....

.....

b. Explique brevemente modalidad horaria de las guardias pasivas, incluyendo días de la semana, horarios de toma de la guardia y de salida

.....

.....

.....

7) Si tiene otro mecanismo de guardias, explique brevemente modalidad y régimen de tiempo u horario

.....

.....

8) ¿Cómo considera el tiempo dedicado a las siguientes actividades? (marque con una x)

Actividades	Insuficiente	Suficiente	Excesivo	No aplica	Observaciones
Tareas Asistenciales					
Tareas Administrativas					
Formación teórica y/o integración de conocimientos					
Actividades Comunitarias					
Investigación					
Prácticas Quirúrgicas					
Otras (Amplíe cuáles)					

9) ¿Al ingresar a la residencia, le fue entregado el programa? SI NO

10) ¿Ha revisado el programa de la residencia por alguna razón? Explique:

.....

.....

11) ¿Utiliza el documento del Programa para realizar el seguimiento de sus actividades formativas?

Explícite.....

.....

12) ¿Conoce que hay contenidos comunes que deben desarrollarse en toda la residencia independientemente de su especialidad? SI NO

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

a. *"El profesional como sujeto activo en el sistema de salud"*

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

b. *"Los sujetos de derecho en el sistema de salud"*

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

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

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

¿Realiza actividades vinculadas con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud? SI / NO

Describa las actividades e indique dónde las realiza

.....
.....

14) ¿Qué cantidad de consultas/ problemas de salud /prácticas atiende en una semana? (Número aproximado).....

15) En internación, ¿Qué cantidad de pacientes tiene a su cargo? (Número aproximado)

.....

16) Enuncie los 5 principales problemas de salud más frecuentes que atiende o con los que trabaja:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

17) Considera que la cantidad de pacientes que atiende/prácticas que realiza es

1. Insuficiente 2. Suficiente 3. Excesiva 4. No sabe

18) Liste los cinco procedimientos más frecuente que realizó durante el año de residencia que está cursando (de mayor a menor en frecuencia)

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

19) Quién/quienes lo supervisa/n en la realización de los procedimientos (Marque con una cruz):

- a. Residente superior
- b. Jefe de Residentes
- c. Instructor
- d. Tutor
- e. Coordinador de residencia
- f. Profesional de planta
- g. Jefe de Servicio
- h. Otra persona (explícite).....

20) ¿Utiliza algún registro de procedimientos personalizado? SI NO

- a. ¿Cuál?
- b. ¿Se lo rubrica algún docente? SI NO

21) ¿Cómo evalúa el acceso que tiene a interconsulta y a servicios de diagnóstico?

Adecuado / Suficiente Inadecuado / Insuficiente

Explícite:
.....
.....

22) Indique qué rotaciones en otros servicios o instituciones realizó hasta la fecha y en qué lugar las hizo. Complete el siguiente cuadro:

Rotación	Lugar	Evalúe cómo considera que fue la misma en el aporte a su formación

23) ¿Se realiza pase de sala, de pacientes o de actividades en el servicio? SI NO

24) Indique con qué frecuencia se realiza el pase:

- a. 2 veces por día
- b. 1 vez por día
- c. Menos de 1 vez por día
- d. Otro: especifique.....

25) ¿Quién coordina cada pase

.....

26) ¿Cuántas veces por semana se desarrollan actividades teóricas o de integración teórico practica en su residencia?

27) ¿Cuántas horas semanales se dedica a ello?.....

28) ¿Qué tipo de actividades de integración teórico practica realiza? Explícite

.....

29) ¿Quiénes están habitualmente a cargo las actividades de integración

.....
.....

30) ¿Se respetan los tiempos asignados en la programación de la actividad teórica?

SI No A veces

31) ¿Realiza alguna actividad de integración teórico – práctica con otras residencias?

SI NO A veces

Por ejemplo, ¿cuáles?.....

32) ¿Realiza alguna otra actividad académica programada (curso de especialización universitaria/otros) fuera del ámbito del Servicio? SI NO

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

Curso	Institución que lo dicta	¿Es obligatorio?	¿Es arancelado?

34) ¿Ha participado durante la residencia en algún trabajo de investigación? SI NO

35) ¿En caso afirmativo, cuál es el título del o los proyectos en los que participó?

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

36) ¿Su participación incluyó cuáles de las siguientes fases?: (Marque lo que corresponde con una cruz)

- a. Diseño del proyecto
- b. Recolección de datos
- c. Carga de datos
- d. Procesamiento
- e. Análisis de los datos
- f. Elaboración del informe
- g. Publicación: autor / coautor / colaborador
- h. Expositor

- 37) ¿Conoce objetivos de aprendizaje o competencias a adquirir en cada año y/o escenario de aprendizaje? SI NO
- 38) ¿Con qué frecuencia lo evalúan? Marque con una X todas las opciones que correspondan.
- a. Semestral
 - b. Anual
 - c. Post rotación
 - d. Final de residencia
 - e. Otros
- 39) Indique con qué modalidades es evaluado (Describa los instrumentos utilizados: Ej. examen escrito, observación directa, lista de cotejo, análisis de casos, etc.)

Tipo de instrumento	Quién lo evalúa

- 40) ¿Al momento de hoy, cuál fue la última evaluación que le realizaron?..... ¿En qué fecha?.....
- 41) ¿Participa de otras instancias de evaluación? Marque con una cruz

	SI	NO	A veces
Autoevaluación			
Evaluación de los docentes			
Evaluación del programa de formación			

- 42) ¿Considera que el tipo de evaluación que se le aplica es coherente con el proceso de aprendizaje?
- Sí No A veces

- 43) **Durante este año**, en sus prácticas asistenciales
- a. ¿Cuenta con tutores/instructores / otros profesionales en quienes referenciarse? SI NO
 - b. Complete la siguiente tabla

Ámbito	Usted está supervisado por:				
	Residentes	Jefe o Instructor de residente	Tutor docente	Profesionales de Planta	Otro
En la sede de la residencia					
En Rotaciones					
En las Guardias					

44) ¿La supervisión le resultó útil para corregir errores?

Siempre Casi siempre A veces Nunca

45) ¿Considera que existe una sobrecarga de actividad asistencial que afecta en la integración teórico práctica?

Siempre Casi siempre A veces Nunca

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

- | | | |
|-------------------------------|----|----|
| a. Falta de supervisión | SI | No |
| b. Falta de formación teórica | SI | NO |
| c. Cansancio | SI | NO |

47) En relación al equipamiento básico para la formación en su especialidad, complete la siguiente tabla:

¿Considera usted que cuenta con?:	Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado
Infraestructura e instalaciones generales			
Tecnología			
Insumos			

48) La residencia tiene disponible: (Marque con una cruz)

	SI	NO
Dormitorio		
Sala o estar		
Aulas		
Bibliotecas		

PC		
Acceso a Internet SI		
TV – DVD o soporte para presentaciones		

49) ¿Cómo caracterizaría su relación con el equipo docente? (Marque con una X)

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 su desarrollo profesional				
Seguimiento/supervisión recibida cuando se presenta una duda				
Acompañamiento en los distintos procesos de aprendizajes (teórico/práctico)				

50) En relación a sus actividades de trabajo:

	Siempre	Algunas veces	Nunca
¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?			
¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo?			
¿Recibe toda la información que necesita para realizar bien su trabajo?			

	Siempre	Algunas veces	Nunca
¿Se tiene en cuenta su opinión cuando se le asignan tareas?			
En las situaciones difíciles, ¿recibe el apoyo necesario?			
¿Sus superiores le dan el reconocimiento que merece?			

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

100% 75% 50% 25%

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

Sí No

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

Sí No

54) ¿Considera que hay algún aspecto formativo en la residencia que está ausente o poco desarrollado?

Sí No ¿En caso afirmativo, cuál/es?

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

55) 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.