

# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE



# DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

v.4 – Diciembre 2014  
Aprobado en Comisión de Docencia: 17 de diciembre de 2014  
Vto. Bº Comisión de Dirección: 23 de enero de 2015

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	3
1.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	3
2. GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	5
3. PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE .....	6
3.1. METODOLOGÍA.....	7
3.2. IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.....	8
3.3. ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES .....	9
3.3.1. Órganos docentes.....	9
3.3.1.1. Unidades Docentes .....	9
3.3.1.2. Comisión de Docencia .....	10
3.3.1.3. Jefe de Estudios de formación especializada.....	11
3.3.1.4. Tutor de residentes .....	11
3.3.1.5. Comité de Evaluación .....	13
3.3.2. Recursos de información y medios disponibles en el centro para todas las Unidades Docentes .....	13
3.4. EL LIBRO DEL RESIDENTE .....	13
3.5. MAPA DE PROCESOS.....	13
3.6. PROGRAMA TRANSVESAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE .....	14
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	14
ANEXO I: CARTERA DE SERVICIOS.....	17
ANEXO II: ORGANIGRAMA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA .....	19
ANEXO III: OBJETIVOS Y CRITERIOS DE CALIDAD.....	20
ANEXO IV: MODELO DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN .....	28
ANEXO V: ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES DEL CENTRO.....	29
ANEXO VI: MAPA DE PROCESOS FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA .....	33

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL

El Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia es la realidad actual de una institución hospitalaria centenaria que ha velado a lo largo de toda su existencia, bajo diferentes denominaciones, por la salud de los ciudadanos.

El centro alcanzó la condición de docente en el año 1984, cuando se denominaba Hospital General Universitario, y así la mantuvo hasta 1999 en que fue derribado por la precaria situación en que se encontraba el edificio, planificándose un nuevo complejo hospitalario para la ciudad de Murcia, que fue inaugurado en enero de 2005 pasando a denominarse Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS). El centro ha retomado su condición de docente para la formación sanitaria especializada en junio de 2006.

El HGURS es un centro de titularidad pública, con dependencia patrimonial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y dependencia funcional del Servicio Murciano de Salud. Es el hospital de referencia para el Área de Salud nº 7- Murcia Este, atendiendo a una población de 196.364 habitantes que pertenecen a 12 Zonas Básicas de Salud. Su cartera de servicios se recoge en el Anexo I.

### 1.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Situado en el centro de la ciudad de Murcia, a orillas del río Segura, en la avenida Intendente Jorge Palacios nº 1, está construido sobre una superficie de 15.600 metros cuadrados (solar), con 98.583 metros cuadrados edificados, distribuidos en 7 plantas y 3 sótanos. Tiene unas características arquitectónicas avanzadas, cuenta con helipuerto con acceso directo mediante ascensor a quirófano y UCI en la planta 2ª y a Radiología en la planta baja. Dispone de 330 camas con la siguiente distribución:

- \* 108 camas de hospitalización quirúrgica.
- \* 210 camas de hospitalización médica.
- \* 12 camas de UCI.
- \* 18 camas de observación en urgencias.
- \* 12 quirófanos.

Todas las aulas, salas de espera y zonas comunes tienen instalación de gases medicinales y conexiones eléctricas, convenientemente disimuladas, de forma que en caso de una catástrofe se puedan habilitar 100 camas más.

Cuenta con una red informática interna completa de nivel 6. Cada quirófano tiene instalado un sistema informático independiente que controla y garantiza su funcionamiento y al mismo tiempo permite, en tiempo real, el acceso a todos los datos asistenciales del paciente.

El Área de Salud VII (Murcia-Este) se articula sobre el principio de la continuidad asistencial, basada en la orientación al paciente al que se enfocan los recursos asistenciales de centros de salud de atención primaria, centros de salud mental, servicios de urgencia, unidades de paliativos y el hospital que la constituyen.

Su vocación de servicio asistencial se concreta en su misión, visión y valores, compartidos y asumidos por todos los que trabajan en el Área.

### **MISIÓN**

- \* Garantizar la asistencia sanitaria, a través de una atención integral del paciente, prioritariamente desarrollada hacia los ciudadanos de las Zonas Básicas de Salud asignadas por el Servicio Murciano de Salud.
- \* Todas sus actividades se orientan a satisfacer las necesidades y expectativas de la población en materia de salud, con criterios de eficiencia y eficacia, asegurando la equidad, la accesibilidad, la seguridad y la continuidad asistencial.
- \* La vocación de transmisión y creación de conocimiento se desarrolla a través de la docencia de pre y postgrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud., manifestando específicamente su compromiso renovado con la formación especializada acreditada y estableciendo alianzas con universidades e instituciones docentes.
- \* Tanto la asistencia sanitaria como la docencia se basan en los conocimientos científico-técnicos actuales de sus profesionales, acorde con la evidencia científica y la experiencia acumulada.
- \* La investigación, la innovación y la actualización permanente son asumidas como obligaciones inherentes al mantenimiento de altos niveles de calidad asistencial, y son consecuencia e impulsos directos de la actividad docente.
- \* Todos los recursos asistenciales del Área actúan de forma cooperativa y coordinada, y colaboran con otras instituciones y centros implicados con la salud, garantizando la continuidad asistencial y la promoción de la salud en los ciudadanos.

### **VISIÓN**

- \* Buscamos el reconocimiento por parte de los pacientes y del entorno social como una Organización excelente por su calidad asistencial, credibilidad de sus profesionales y utilización eficaz de sus recursos, en un entorno de trato humanizado.
- \* Planificamos las actividades básicas como procesos orientados al paciente que serán evaluados, controlados y continuamente mejorados. \* Queremos ser una Organización flexible que se adapte a la evolución de las necesidades de la sociedad.
- \* Promovemos la participación de la comunidad estableciendo alianzas que contribuyan a la consecución de los objetivos del Área.
- \* Fomentamos espacios y ámbitos de trabajo en los que la creatividad y productividad de los profesionales sea reconocida, valorada y recompensada.
- \* Aspiramos a ser destino de elección para estudiantes, residentes y profesionales por la calidad humana, reconocimiento personal, nivel tecnológico, recursos materiales, formación continuada, investigación y accesibilidad.
- \* Queremos convertirnos en Área de referencia en la investigación y la innovación aplicada a la clínica.

## **VALORES**

Compartimos e impulsamos, entre otros, los siguientes valores:

- \* Respeto a la dignidad, autonomía y singularidad del paciente.
- \* Los pacientes y sus familiares o allegados son el centro de referencia y de actuación de nuestra Organización.
- \* Velamos por la seguridad del paciente y de los trabajadores del Área.
- \* Basamos nuestra conducta profesional y personal en la ética y el rigor científico.
- \* Promovemos el respeto mutuo y el trabajo en equipo.
- \* Fomentamos la vocación, dedicación y compromiso de nuestros profesionales.
- \* Creemos en el valor de la identificación de los profesionales con la misión del Área.
- \* Colaboramos en todas nuestras actuaciones con la sostenibilidad medioambiental.
- \* Utilizamos los recursos disponibles de forma adecuada, efectiva y eficiente.
- \* Nos sentimos depositarios de una responsabilidad social que sobrepasa y complementa nuestros objetivos más inmediatos.

En síntesis, creemos en un:

***“Compromiso asistencial impregnado de valores”***

## **2. GESTIÓN DE LA CALIDAD**

El Servicio Murciano de Salud ha optado, para afrontar el reto de la calidad, que todos sus centros trabajen con metodología EFQM. De este modo, en los contratos de gestión que se firman anualmente con los responsables de las diferentes gerencias, se incluye una estructura de objetivos que reproducen el esquema del modelo EFQM. Con esta estructura se facilita la incorporación de los objetivos institucionales a los esquemas de gestión de las gerencias.

Los contratos de gestión vienen objetivos enmarcados en las siguientes líneas de actuación: mejora continua de la calidad asistencial, excelencia en la atención al paciente, desarrollo de procesos asistenciales, logro de la continuidad asistencial, adecuación de la cartera de servicios y actividad asistencial, mejora de la gestión de la prestación farmacéutica, mejora en la gestión de recursos humanos, fomento de la formación e investigación, suficiencia financiera y excelencia en la gestión económica y modernización de los sistemas de información.

Para desarrollar las actividades conducentes al logro de los objetivos de calidad fijados por el Área de Salud, incluidos muchos de ellos en el contrato de gestión, se cuenta con la Comisión Central de Garantía de Calidad, órgano colegiado que asesora de forma permanente a la Dirección y a la Junta Facultativa en temas de calidad, y con los siguientes órganos unipersonales: Coordinador de Calidad, Responsable de Programas de Calidad y Supervisora de Área de Calidad, todos ellos integrados en la Unidad de Calidad y coordinados por el Subdirector Médico de Servicios Centrales, Formación, Investigación y Proyectos.

La Unidad de Calidad da apoyo a todos los Servicios y Unidades del centro para conseguir una mejora continua de la calidad del servicio que prestan, lograr la

satisfacción de todos los que intervienen en el proceso asistencial y alcanzar altas cotas de efectividad y eficacia que nos lleven a la excelencia. Aunque no forman parte de la Unidad, el hospital cuenta con otros órganos unipersonales que trabajan estrechamente con ella: Responsable de Gestión del Riesgo Sanitario, Coordinador de Investigación, Coordinador de Docencia y Formación, Jefe de Estudios y el Responsable de Formación, Docencia e Investigación del área de Enfermería.

Si bien los contratos de gestión incluyen objetivos de calidad en el área de formación, la Comisión de Docencia acordó que era conveniente contar con un Plan de Gestión de la Calidad Docente, donde se recogieran de forma detallada todos los procesos implicados en la formación sanitaria especializada, se fijaran los indicadores de calidad a alcanzar, así como los estándares para medir su cumplimiento. Además, su necesidad está contemplada en el artículo 29.3 del RD 183/2008, del 28 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

De este modo, el hospital se decanta por una política de mejora continua de la calidad docente, donde los objetivos contemplados en el contrato de gestión para la formación sanitaria especializada, quedan integrados en el Plan de Gestión de la Calidad Docente.

### 3. PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE

La Comisión de Docencia, ha elaborado y aprobado el presente documento, que recoge el Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. En él se describe y desarrolla la organización con la que cuenta el centro para impartir docencia y las directrices para gestionar y asegurar la calidad de la formación especializada. El organigrama de la Comisión, a día de la fecha, figura como Anexo II.

En la elaboración del Plan se ha tenido en cuenta la necesidad de:

- Cumplir los objetivos de los programas formativos de las distintas especialidades.
- Gestionar la actividad formativa de forma adecuada.
- Asegurar que los residentes llevan a cabo una prestación asistencial acorde a su nivel formativo.

El **objetivo general** del PGCD es el diseño, evaluación y control de la calidad de los distintos elementos que configuran la estructura docente del hospital, destinada a la formación sanitaria especializada.

A su vez, este objetivo general ha sido desglosado en doce **objetivos específicos** que giran sobre puntos clave en el área de docencia. En ellos se expresan los logros que el hospital quiere alcanzar, en unos plazos determinados, para llegar a la excelencia y de este modo poder garantizar que los residentes que se formen en el centro adquieren las competencias profesionales propias de la especialidad que estén cursando, mediante

una práctica profesional programada y supervisada, destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

Los objetivos específicos aprobados son:

1. Difundir el PGCD a todos los residentes, Unidades Docentes y resto de dispositivos asistenciales que participan en la docencia.
2. Adaptar los programas formativos de las especialidades a las Unidades Docentes e individualizarlos para cada residente.
3. Evaluar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes, asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos.
4. Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro.
5. Garantizar la formación en competencias transversales nucleares, según el Plan Transversal y Complementario del residente (PTCR).
6. Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad.
7. Supervisar la satisfacción de los residentes de forma sistemática.
8. Garantizar el proceso de evaluación de los residentes.
9. Profesionalizar la función del Tutor de residentes.
10. Disponer de normas de organización y funcionamiento por parte de las Unidades Docentes.
11. Promover la realización de auditorias internas.
12. Mejorar el nivel de atracción de hospital como centro docente.

A través del Plan, el hospital quiere manifestar su compromiso explícito con la calidad de la formación especializada en ciencias de la salud, siendo su **objetivo final** mejorar la calidad de la formación sanitaria especializada que se presta en el centro, para lo que cuenta con la implicación de la Dirección del Área de Salud.

El Plan ha sido elaborado por la Comisión de Docencia con la colaboración y asesoramiento de la Unidad de Calidad. Al entender sus autores que debería estar en línea con el Plan Nacional de Auditorias Docentes del Ministerio de Sanidad y Política Social, han tenido en cuenta para su diseño el “Plan de Gestión de la Calidad Docente de los Centros Acreditados para la Formación Sanitaria Especializada” de la Subdirección General de Ordenación Profesional, Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, de noviembre 2008.

### **3.1. METODOLOGÍA**

Evaluar la calidad de la formación sanitaria especializada implica que hemos de medir lo que estamos haciendo, con la intención de mejorar. Para ello, hemos marcado unos estándares de cumplimiento que nos permitirán comparar la situación actual con aquella que queremos alcanzar, por entender que es la óptima o excelente.

Los estándares de cumplimiento se aplican a indicadores de calidad que se han obtenido de las acciones vinculadas al PGCD que tienen asignadas los órganos docentes y la

Dirección del hospital, siendo al final del documento donde se desarrollan: indicador, cálculo, fuente de información, frecuencia de la evaluación, estándares de cumplimiento y responsable de la evaluación, así como el cronograma de actuaciones (Anexo III).

Se analizarán, con la cadencia establecida en el mismo PGCD, los indicadores de calidad que éste recoge, y de no alcanzar los resultados esperados, se tomarán las medidas correctoras oportunas y se documentarán. En cuanto a la información derivada de las encuestas de satisfacción de los residentes, así como de sus sugerencias y reclamaciones, una vez analizadas por los órganos docentes competentes, se emitirán los informes preceptivos y las recomendaciones de mejora oportunas, informando de ello el Jefe de Estudios de formación especializada a la Dirección del Área de Salud.

El PGCD está sujeto a revisiones periódicas a fin de asegurar su continua adecuación a la gestión de las actividades docentes del centro, según las necesidades de cada momento. Como mínimo se revisará una vez al año. Todos los documentos que deriven de su implantación, desarrollo y evaluación serán custodiados en la Secretaría de la Comisión de Docencia. Una copia del Plan será remitida a la D.G de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo

### **3.2. IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL ÁREA DE SALUD**

La Dirección del Área de Salud incluye entre sus objetivos de gestión, en relación con la formación sanitaria especializada:

- Cumplir los requisitos legales aplicables.
- Lograr la satisfacción de los residentes, pacientes y sus familiares y de la Administración.
- Gestionar, de forma eficiente, las actividades docentes.

Todo ello teniendo en cuenta el sistema de gestión económico-financiero del centro, así como las políticas de salud laboral y de seguridad del paciente.

La Dirección aboga por que se compartan y enseñen los conocimientos y habilidades que tienen sus profesionales a otros compañeros en formación, para que alcancen un nivel adecuado en sus actuaciones profesionales. La enseñanza y supervisión de los especialistas en formación es el núcleo de la antigua relación maestro-discípulo y contribuir a la formación de estos nuevos especialistas ha de verse como una responsabilidad y un honor.

El compromiso de la Dirección se manifiesta en:

- El apoyo expreso que presta a los órganos docentes, tanto colegiados como unipersonales.
- Asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios para la docencia.
- Aprobar el PGCD favoreciendo su difusión entre los Servicios y Unidades que participan en la docencia y realizar el seguimiento de los objetivos marcados..

- Mantener reuniones periódicas, mínimo dos veces al año, con el Jefe de Estudios para coordinar la formación y analizar y evaluar la marcha del PGCD (de estas reuniones se levantará acta).
- Análisis de la capacidad docente de cada Unidad junto con el Jefe de Estudios
- Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro.
- La Dirección Gerencia realiza el nombramiento del Jefe de Estudios y de los tutores, éstos a propuesta de la Comisión Docencia, previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente.
- Promover la realización de auditorias internas, autoevaluación, en relación con la formación sanitaria especializada por parte de la Comisión de Docencia, con la colaboración de la Unidad de Calidad.
- Revisar los resultados de las auditorias docentes que se realicen, tanto internas como las externas de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Aprobar la “Guía de incorporación de residentes en formación”.
- Garantizar la asignación de un tutor a cada uno de los residentes.

### 3.3. ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES

En este apartado se analizan los órganos colegiados y unipersonales implicados en la docencia y su participación en el PGCD, así como los recursos de información (Biblioteca general, Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud) y locales destinados a docencia e investigación.

#### 3.3.1. Órganos docentes

Son varios los órganos colegiados y unipersonales que participan en la formación sanitaria especializada. A continuación, se hace referencia a algunos de ellos y se analizan sus competencias en el PGCD.

##### 3.3.1.1. Unidades Docentes

El HGURS cuenta con las siguientes Unidades acreditadas para la formación sanitaria especializada a fecha 30 de septiembre de 2012:

UNIDADES DOCENTES	Nº DE PLAZAS / AÑO
ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	1
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	1
APARATO DIGESTIVO	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	1
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	1
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA	1
FARMACIA HOSPITALARIA	1
MEDICINA INTENSIVA	1
MEDICINA INTERNA	2
NEUROFISIOLOGÍA	1
NEUROLOGÍA	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1
OFTALMOLOGÍA	2
OTORRINOLARINGOLOGÍA <sup>(1)</sup>	1
RADIODIAGNÓSTICO	1
UROLOGÍA	1

(1) Concedida la acreditación de 1 residente cada 2 años.

Las siguientes acciones vinculadas al PGCD son competencia de las Unidades Docentes:

- Planificar la docencia: elaborar el plan de formación de la Unidad que comprende el itinerario formativo tipo y el plan individualizado de formación.
- Elaborar las normas de organización y funcionamiento de la Unidad, en ellas, además de recoger aspectos relacionados con las funciones del personal que la integran, así como referencias a su función asistencia e investigadora, deberá hacer una mención específica a la docencia y en concreto a la formación sanitaria especializada por el sistema de residencia.
- Participar en la elaboración de la “Guía de incorporación de residentes en formación” y en su actualización.
- Los Jefes asistenciales de las Unidades Docentes mantendrán reuniones con el Tutor o tutores para coordinar la formación especializada, facilitar el cumplimiento de los planes individuales de formación de cada residente y la integración supervisada de éstos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- Implantar las acciones de mejora que se acuerden, vistos los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los residentes anualmente, en relación con el funcionamiento, adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la Unidad para la correcta impartición del programa formativo.
- Elaborar la memoria anual de la Unidad que como mínimo recogerá: recursos humanos y materiales, listado de libros y revistas de la especialidad que hay en la Biblioteca del hospital y en la Unidad, calendario de sesiones clínicas y bibliográficas, protocolos diagnósticos y terapéuticos con los que cuentan, actividades científicas y de investigación (asistencia a congresos, publicaciones, participación en trabajos y proyectos de investigación, etc.)

### **3.3.1.2. Comisión de Docencia**

Es el órgano docente de carácter colegiado al que le corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las especialidades en ciencias de la salud para las que el hospital cuenta con acreditación docente.

También le corresponde facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el hospital conjuntamente con la Dirección. Entre ambos, los órganos de Dirección y la Comisión, existirá una comunicación permanente sobre las actividades laborales y formativas de los residentes, a través de su presidente.

Las siguientes acciones vinculadas al PGCD son competencia de la Comisión de Docencia:

- Aprobar el PGCD y supervisar su cumplimiento.
- Aprobar la metodología con la que se medirá la satisfacción de los residentes respecto al Hospital, a la Unidad Docente donde se están formando, así como a las distintas unidades y dispositivos asistenciales por los que roten.(Anexo IV: modelo de encuesta implantado en el centro).

- Aprobar los itinerarios formativos tipo de las distintas especialidades, a propuesta de los tutores.
- Garantizar que los residentes cuentan con el correspondiente plan individual de formación.
- Elaborar el mapa de procesos de la formación especializada en ciencias de la salud del hospital.
- Elaborar protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias.
- Publicar los resultados de las evaluaciones anuales de los residentes.
- Facilitar la formación continuada de los tutores en metodología docente, de investigación y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorias docentes.

### **3.3.1.3. Jefe de Estudios de formación especializada**

Al Jefe de Estudios de formación especializada le corresponde presidir la Comisión de Docencia y dirigir las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la docencia especializada.

Son competencia del Jefe de Estudios las siguientes acciones vinculadas al PGCD:

- Proponer a la Dirección la aprobación del PGCD, así como sus modificaciones.
- Supervisar y difundir el PGCD entre los residentes (se anexará a la “Guía de incorporación de especialistas en formación”), tutores y unidades docentes.
- Informar a la Dirección de las reclamaciones y sugerencias de los residentes, de los pacientes y sus allegados y de la Administración.
- Informar a la Dirección de los indicadores de seguimiento de los procesos formativos.
- Realizar anualmente encuestas de satisfacción a los residentes, analizar sus resultados y elaborar, junto con los tutores, Unidades Docentes y Unidad de Calidad, las acciones de mejora que procedan.
- Tramitar las quejas que se reciban respecto a la docencia.
- Tramitar y resolver, en su caso, las reclamaciones en relación con las calificaciones de las evaluaciones anual y final por parte de los residentes.
- Participar en la elaboración del plan de mejoras y en su seguimiento, a la vista de las auditorias docentes, internas o externas, que se realicen al centro.
- Elaborar todos los años, la memoria docente del centro.

#### **3.3.1.4. Tutor de residentes**

Sus principales funciones son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. Es, en definitiva, el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes.

Cada Tutor tendrá asignado un máximo de 5 residentes.

Las siguientes acciones vinculadas al PGCD son competencia de los tutores:

- Planificar y colaborar, de forma activa, en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente.
- Proponer el itinerario formativo tipo de la especialidad.
- Proponer a la Comisión de Docencia las rotaciones externas de los residentes, de acuerdo con la normativa vigente, con especificación de los objetivos que se pretenden. Las rotaciones se realizarán preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.
- Elaborar el plan individual de formación de los residentes que tenga asignados en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores.
- Mantener entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente.
- Realizar las evaluaciones formativas de los residentes y los informes correspondientes, mediante la celebración de entrevistas periódicas (mínimo 4 por año formativo), utilizando el modelo de entrevista estructurada aprobado por la Comisión de Docencia. La evaluación quedará registrada en el libro del residente.
- Supervisar el libro del residente, que es el soporte operativo de su evaluación formativa.
- Elaborar los informes anuales donde se valore el progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Estos informes deben contener:
  - Los informes de evaluación formativa (incluyendo los informes de las rotaciones).
  - Informes de evaluación de rotaciones externas.
  - Otros informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.

El informe anual se incorporará al expediente personal de cada especialista en formación.

- Participar en las actividades de formación continuada que, a instancias de la Comisión de Docencia, se organicen para los tutores sobre aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los conocimientos del programa formativo.

### **3.3.1.5. Comité de Evaluación**

Es un órgano colegiado que tiene como función realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación. Se constituirá, al menos, un Comité por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el hospital.

A los Comités de Evaluación les compete desarrollar las siguientes acciones vinculadas al PGCD:

- Efectuar la evaluación anual y final del proceso de aprendizaje y las competencias adquiridas por el residente en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la especialidad, según las directrices establecidas por la Comisión de Docencia y la normativa vigente.
- Dejar constancia, en actas, de las evaluaciones anuales y finales.
- Trasladar los resultados de las evaluaciones anuales y finales de los residentes a la Comisión de Docencia.

### **3.3.2. Recursos de información y medios disponibles en el centro para todas las Unidades Docentes**

Estos recursos se detallan en el Anexo V y son:

- Biblioteca del hospital.
- Locales destinados a la docencia e investigación.
- Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud.

### **3.4. EL LIBRO DEL RESIDENTE**

Es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo. Por tanto, es la herramienta que sirve de soporte para el seguimiento y la supervisión por el tutor de la adquisición de las competencias del residente.

En relación con el PGCD se tendrá en cuenta:

- Su obligatoriedad para todos los residentes de centro.
- En el se registrarán, además de las actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, las rotaciones previstas en el programa formativo y las externas autorizadas.
- Los datos cualitativos y cuantitativos que figuren en el libro serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.
- Es propiedad del residente y será cumplimentado por éste con ayuda y supervisión de su Tutor.

Durante la anualidad formativa 2011-2012 se procedió a la implantación del Libro básico del residente en formato Word diseñado por la Comisión de Docencia.

### **3.5. MAPA DE PROCESOS**

La Comisión de Docencia ha elaborado el mapa de procesos de la formación especializada en ciencias de la salud del HGURS (AnexoVI), donde se representan los procesos implicados en la docencia y sus interrelaciones.

Para elaborar el mapa se han identificado los procesos estratégicos, clave y de soporte que intervienen la formación del residente, desde su incorporación al centro hasta su salida como especialista. Con ello se pretende dar una visión general del sistema de formación.

### **3.6. PROGRAMA TRANSVERSAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE**

Desde la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, se han creado grupos de trabajo, integrados por diferentes responsables de la formación especializada de nuestra Comunidad Autónoma, entre ellos varios profesionales del HGURS, para elaborar el Programa Transversal y Complementario del Residente.

El Plan incluye un conjunto de actividades formativas con contenidos comunes a todas las especialidades y de carácter transversal a la formación de especialistas en ciencias de la salud, por lo que está dirigido a todos los residentes del hospital. Su finalidad es que éstos adquieran un elevado nivel de competencia con el aprendizaje de actitudes, habilidades y valores.

El PTCR se suma al programa específico de cada especialidad y recoge una formación nuclear de mínimos que incluye materias relativas a la ética asistencial, organización sanitaria y gestión clínica, gestión de la calidad, habilidades y técnicas comunicativas, metodología de la investigación, etc.; lo que permitirá el ejercicio de una medicina más humana de mayor calidad.

La realización de las actividades formativas incluidas en el PTCR son de carácter obligatorio para todos los residentes, por lo que antes de la evaluación final del periodo de residencia las habrán completado.

## **4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 1146/2006, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.
- Reglamento de la Comisión de Docencia del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia de marzo del 2007.

- Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del Jefe de Estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- Guía de incorporación de residentes en formación. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, mayo 2008.
- Plan de gestión de la calidad docente de los centros acreditados para la formación sanitaria especializada. Subdirección General de Ordenación Profesional. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Ministerio de Sanidad y Política Social. Noviembre 2008.
- Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia (BORM de 07/05/2009).
- Manual de Calidad Asistencial. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Año 2009.
- Sistema de formación sanitaria especializada. Criterios de auditorias. Centros docentes hospitalarios acreditados. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Julio 2009.
- Ezquerro, M. et al. Nuevos retos en la formación especializada: I. Perfil y evaluación del Jefe de Estudios. II. Plan de calidad de la docencia en los centros sanitarios. III. Evaluación del residente. Propuesta de evaluación de las rotaciones. *Educ. méd.* [online]. 2008, vol.11, n.4, pp. 187-201. ISSN 1575-1813.
- Borrador del reglamento de funcionamiento de los comités de evaluación del Hospital General Universitario Reina Sofía de septiembre de 2009.
- Documento de consenso sobre Plan de Gestión de la Calidad Docente elaborado en la Reunión Anual de Tutores y Jefes de Estudio. AREDA. Mahón, 2008

Murcia, a 15 de febrero de 2013

Fdo.: Dr. Jacinto Fernández Pardo

Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia

## HISTÓRICO DE EDICIONES

Nº Ed.	Resumen de cambios	Responsable
1	Edición inicial	Jefe de Estudios del HGURS
2	1ª revisión (febrero 2012)	Jefe de Estudios del HGURS
3	2ª revisión (febrero 2013)	Jefe de Estudios del HGURS
4	3ª revisión (diciembre 2014)	Jefe de Estudios del HGURS

Detalle de cambios desde la última edición

 Se marca un mínimo de dos reuniones al año con Dirección.

## **ANEXO I**

### **CARTERA DE SERVICIOS**

El Hospital General Universitario Reina Sofía cuenta con los siguientes Servicios y Unidades clínicas:

#### **1.- SERVICIOS MÉDICOS**

- Medicina Interna con las siguientes Secciones:
  - Medicina Interna:
    - Unidad de Corta Estancia
    - Unidad de Hospitalización a domicilio
  - Alergología
  - Aparato Digestivo
  - Infecciosas
  - Drogodependencia
  - Neumología
  - Reumatología
  - Nefrología
  - Neurología
  - Cardiología
  - Endocrinología y Nutrición:
- Psiquiatría
- Medicina Preventiva y Salud Pública
- Rehabilitación
- Urgencias

#### **2. SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

- Cirugía General y del Aparato Digestivo:
- Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Dermatología Medico-Quirúrgica y Venereología
- Ginecología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.

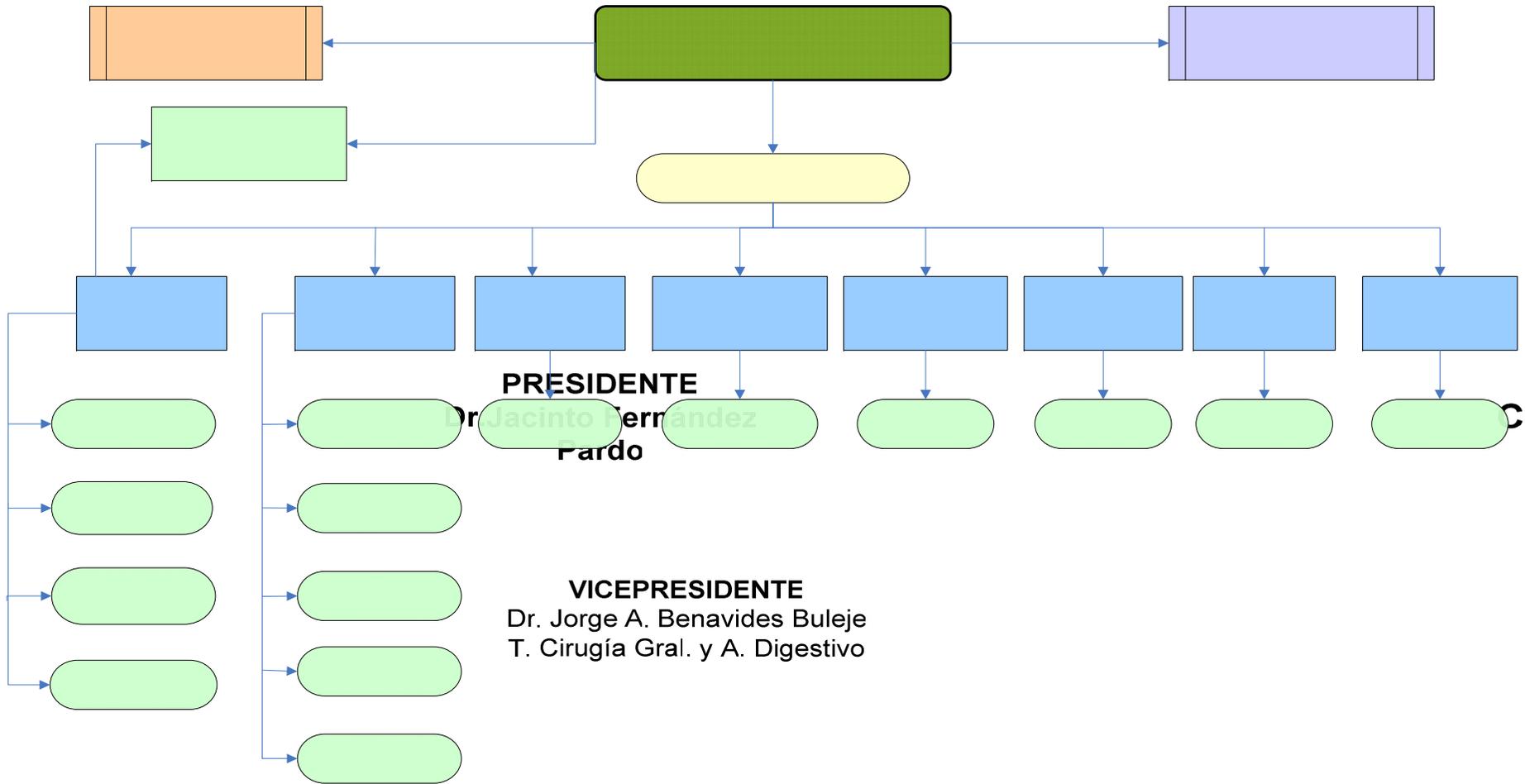
#### **3. SERVICIOS CENTRALES**

- Anestesiología y Reanimación:
  - Unidad del Dolor
- Radiodiagnóstico:
  - Unidad de Radiología Vascular-Intervencionista.

- Neurofisiología Clínica;
  - Unidad de Estudios del Sueño
- Farmacia Hospitalaria.
- Anatomía Patológica.
- Análisis Clínicos.
- Microbiología y Parasitología.
- Hematología.
- Medicina Intensiva.

#### **4. UNIDADES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES**

- Funcional de Rehabilitación Cardíaca.
- Nutrición Hospitalaria.
- Suelo Pélvico.
- Mama
- Obesidad Mórbida.
- Diabetes
- Coloproctología
- Trastornos de la Alimentación



TUTORES

RESIDENTES

VOCAL  
DESIGNADO POR  
LA COMISIÓN DE

COORDINADOR  
UNIDAD DE  
MEDICINA

## ANEXO III: OBJETIVOS Y CRITERIOS DE CALIDAD

### INDICADORES DE CALIDAD

#### 1. OBJETIVO: DIFUNDIR EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE A TODOS LOS RESIDENTES

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
El PGCD es conocido por todos los residentes	Nº de residentes que afirman conocer el Plan/ Nº total de residentes encuestados *100	Encuesta a los residentes	Anual	100% de los residentes encuestados conoce el PGCD: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia

#### 2. OBJETIVO: ADAPTAR LOS PROGRAMAS FORMATIVOS DE LAS ESPECIALIDADES A LAS UNIDADES DOCENTES E INDIVIDUALIZARLOS PARA CADA RESIDENTE

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Existen itinerarios formativos tipo para las especialidades que tiene acreditadas el hospital	Nº de especialidades con itinerario formativo tipo/ Nº total de especialidades acreditadas *100	Itinerarios formativos tipo de las especialidades acreditadas que obran en la secretaría de la Comisión de Docencia	Anual	100% de las especialidades tienen itinerario formativo tipo: Excelente <100% y ≥95%: Óptimo <95% y ≥80%: Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
Existen planes individuales de formación (PIF) para cada Residente	Nº de residentes con PIF/Nº total de residentes*100	Expediente personal del residente que obra en la secretaría de la Comisión de Docencia	Anual	100% de los Residentes tienen PIF: Excelente <100% y ≥95%: Óptimo <95% y ≥80%: Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia

### 3. OBJETIVO: GARANTIZAR LA FORMACIÓN EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES NUCLEARES SEGÚN EL PLAN TRANSVERSAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE (PTCR)

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Programación anual de las acciones formativas incluidas en el PTCR por la Comisión de Docencia	Nº de las acciones formativas planificadas en el año/ Nº de acciones formativas incluidas en el PTCR*100	Memoria de la Comisión de Docencia	Anual	100% de las acciones son programadas: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Asistencia de los residentes a las acciones formativas programadas del PTCR	Nº de residentes que realizan las acciones formativas en la edición correspondiente a su anualidad formativa/ Nº de residentes a los que les corresponde realizar la acción formativa según su anualidad <sup>1</sup> *100	Registros de asistencia a las acciones formativas (secretaría Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes para los que se programa la acción formativa la realizan: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Satisfacción de los residentes con las acciones formativas realizadas del PTCR	Nº de residentes que evalúan la acción formativa con 4 ó más puntos /Total de residentes que evalúan la acción formativa *100 <sup>(1)</sup>	Cuestionarios de evaluación	Anual	100% de los residentes evalúan la acción formativa con 4 ó más puntos: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥50%: Mejorable <50%: No cumple	Jefe de Estudios

(1): Escala de valoración de 1 a 5 puntos.

<sup>1</sup> Se contabilizan únicamente los residentes adscritos a nuestro hospital aunque algunas acciones se programen también para residentes de unidades docentes que tienen nuestro centro de dispositivo docente.

#### 4. OBJETIVO: SUPERVISAR PERIODICAMENTE EL DESARROLLO DEL PGCD Y APOYAR A LOS ÓRGANOS DOCENTES ASEGURANDO LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Seguimiento de los objetivos marcados en el PGCD	Nº de reuniones del Jefe de Estudios con la Dirección al año	Actas reunión Dirección- Jefe de Estudios	Semestral	≥ 2 reuniones: Excelente 1 reuniones: Óptimo <1 reuniones: No cumple	Jefe de Estudios

#### 5. OBJETIVO: EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES DE FORMA SISTEMÁTICA

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Grado de satisfacción del residente con el Hospital	Nº de residentes que puntúan con 8 ó más su satisfacción con el hospital /Total de residentes que contestan la encuesta *100 <sup>(2)</sup>	Encuesta de satisfacción del residente con el hospital	Anual	100% de los residentes puntúa con 8 ó más su satisfacción con el hospital: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Grado de satisfacción del residente con la Unidad Docente	Nº de residentes que puntúan con 8 ó más su satisfacción con su Unidad Docente/Total de residentes que contestan la encuesta *100 <sup>(2)</sup>	Encuesta de satisfacción del residente con su Unidad Docente	Anual	100% de los residentes puntúa con 8 ó más su satisfacción con su Unidad Docente: Excelente <100% y ≥95%: Óptimo <95% y ≥80%: Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
Grado de satisfacción del residente con las unidades o dispositivos asistenciales internos por los que rota	Nº de residentes que puntúan con 8 ó más su satisfacción con las unidades o dispositivos asistenciales por los que rota/Total de residentes que contestan la encuesta *100 <sup>(2)</sup>	Encuesta de satisfacción del residente con las unidades o dispositivos asistenciales internos por los que rota	Anual	100% de los residentes puntúa con 8 ó más su satisfacción con las unidades o dispositivos por donde rota: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥60%: Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia
Acciones de mejora implementadas tras los resultados de las encuestas	Nº de acciones de mejora implementadas/ Nº de acciones de mejora identificadas*100	Actas de la Comisión de Docencia	Anual	100% de las acciones de mejora identificadas se han implementado: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥50%: Mejorable <50%: No cumple	Comisión de Docencia

(2) Escala de valoración de 0 a 10 puntos (Ver Anexo III)

## 6. OBJETIVO: IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LAS COMISIONES CLÍNICAS DEL CENTRO

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Participación de los residentes en las Comisiones Clínicas	Nº de Comisiones clínicas con residentes/ Nº total de comisiones clínicas*100	Actas de las Comisiones clínicas	Anual	100% de las Comisiones tienen entre sus miembros residentes: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Coordinador de Calidad
	Nº de residentes de último año que han participado en alguna de las Comisiones Clínicas durante el periodo de residencia/ Nº total de residentes de último año*100	Actas de las Comisiones clínicas	Anual	100% de los residentes participan en Comisiones Clínicas: Excelente <100% y ≥70%: Óptimo <70% y ≥40%: Mejorable <40%: No cumple	Coordinador de Calidad

## 7. OBJETIVO: GARANTIZAR EL PROCESO DE EVALUACION DE LOS RESIDENTES

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Evaluación de los informes y de las entrevistas de evaluación formativa	Nº de residentes con informe de evaluación formativa documentado / Nº total de residentes*100  Nº de residentes con entrevista documentada / Nº total de residentes*100	Informe de los tutores	Trimestral	100% de los residentes tienen documentada entrevista / evaluación formativa : Excelente <100% y ≥95%: Óptimo <95% y ≥90%: Mejorable <90%: No cumple	Jefe de Estudios
Evaluación anual del residente y constancia documental	Nº de residentes con evaluación anual documentada / Nº total de residentes*100	Ficha de evaluación anual (Expediente del residente)	Anual	100% de los residentes tienen documentada evaluación anual :Excelente <100%: No cumple	Comisión de Docencia

**8. OBJETIVO: FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS RESIDENTES EN CURSOS, CONGRESOS, SEMINARIOS O REUNIONES CIENTÍFICAS RELACIONADOS CON SU ESPECIALIDAD**

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Presentación de comunicaciones, por parte de los residentes, a congresos relacionados con su especialidad	Nº de residentes con 2 ó más comunicaciones en el año / Nº total de residentes*100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes tienen más de 2 comunicaciones en el año: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥60%: Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia
Participación de los residentes en congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Nº de residentes que han asistido a 3 ó más congresos, seminarios o reuniones científicas en el año / Nº total de residentes*100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes asisten a 3 ó más congresos, seminarios o reuniones científicas al año: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥80%: Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
Participación del residente en proyectos de investigación	Nº de residentes que han participado en 1 ó más proyectos de investigación al final de su periodo formativo/ Nº total de residentes que han finalizado la residencia *100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes que terminan su periodo formativo han participado en 1 ó mas proyectos de investigación: Excelente <100% y ≥80%: Óptimo <80% y ≥60%: Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia

### 9. OBJETIVO: PROFESIONALIZAR LA FUNCIÓN DEL TUTOR DE RESIDENTES

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Reconocimiento de la figura del tutor y de la necesidad de formación en metodología docente y de investigación.	Nº de tutores con nombramiento del Director Gerente/ Nº total de tutores*100	Nombramientos tutores	Anual	100% de los tutores tienen nombramiento del Director Gerente: Excelente <100%: No cumple	Comisión de Docencia
	Nº de tutores que han recibido formación en metodología docente / Nº total de tutores *100	Registro de Secretaría de Docencia (hojas de firma asistencia a cursos)	Anual	100% de los tutores que han recibido formación en metodología docente: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
	Nº de tutores que han recibido formación en metodología de investigación/ Nº total de tutores *100	Registro de Secretaría de Docencia (hojas de firma asistencia a cursos)	Anual	100% de los tutores que han recibido formación en metodología de investigación: Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥75%: Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Asignación máxima de cinco residentes por tutor	Nº de tutores con 5 ó menos residentes /Nº total de tutores*100	Registro de Secretaría de Docencia	Anual	100% de los tutores tienen 5 ó menos residentes: Excelente <100%: No cumple	Jefe de Estudios

### 10. OBJETIVO: PROMOVER LA REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Autoevaluaciones anuales por miembros de la Comisión de Docencia, elaboración del Plan de mejoras e implementación de las acciones de mejora previstas en el Plan	Constatar la Existencia de Autoevaluación, Plan de mejoras e implementación de las acciones de mejora previstas	Informe de autoevaluación	Anual	Autoevaluación+Plan de mejoras+Acciones de mejora implementadas: Excelente Autoevaluación+Plan de mejoras y sin acciones de mejora implementadas: Óptimo Autoevaluación sin Plan de mejoras: Mejorable No Autoevaluación: No cumple	Comisión de Docencia

### 11. OBJETIVO: MEJORAR EL NIVEL DE ATRACCIÓN DEL HOSPITAL COMO CENTRO DOCENTE

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Centro de elección para los residentes	Nº de plazas cubiertas/ Nº de plazas ofertadas	Registro de Secretaría de Docencia	Anual	100% de las plazas ofertadas se cubren : Excelente <100% y ≥90%: Óptimo <90% y ≥80%: Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
	Nº de plazas cubiertas por los residentes con mejor puntuación (primer cuartil) / Nº total de plazas cubiertas	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de las plazas cubiertas por residentes con mejor puntuación (primer cuartil) : Excelente <100% y ≥50%: Óptimo <50% y ≥20%: Mejorable <20%: No cumple	Comisión de Docencia

## CRONOGRAMA

Tareas	Propietario	Diagrama Gantt												Estado
		2012												
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Difundir el Plan de Gestión de la Calidad Docente a todos los residentes	Comisión de Docencia					X								
Adaptar los programas formativos de las especialidades a las Unidades Docentes e individualizarlos para cada residente	Comisión de Docencia					X								
Supervisar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes, asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos	Comisión de Docencia		X		X		X		X		X		X	
Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro	Jefe de Estudios												X	
Garantizar la formación en competencias transversales nucleares, según el Plan Transversal y Complementario del residente (PTCR)	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluar la satisfacción de los residentes de forma sistemática	Comisión de Docencia					X								
Garantizar el proceso de evaluación de los residentes	Jefe de Estudios			X			X		X				X	
Profesionalizar la función de los tutores de residentes	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Promover la realización de auditorías internas	Comisión de Docencia				X								X	
Mejorar el nivel de atracción de hospital como centro docente.	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

**Estado:**

Rojo: El despliegue no avanza según lo acordado.

Ámbar: Aun no está previsto que haya comenzado / En marcha y el despliegue avanza según lo acordado.

Verde: Concluido.

## ANEXO IV

### ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

EVALUACIÓN ANUAL DEL HOSPITAL	EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES / ROTACIONES
1. Valore la acogida en el hospital y en general la actitud de sus profesionales hacia los residentes recién llegados.	1. Estímulos recibidos para adquirir nuevos conocimientos
2. Valore las condiciones generales del hospital para el desarrollo de la docencia.	2. Planificación existente sobre este periodo de rotación
3. Valore la capacidad de su servicio para cumplir con las actividades de carácter teórico de su programa de formación	3. Dedicación y supervisión recibida durante su estancia en la rotación por el/los facultativos encargados
4. Valore la capacidad de su servicio con las actividades de carácter práctico de su programa de formación.	4. Manejo clínico del paciente en este rotatorio
5. Valore la adecuación de su responsabilización progresiva en la práctica asistencial.	5. Técnicas instrumentales especiales adquiridas (diagnósticas y/o terapéuticas)
6. Valore la proporción entre el tiempo dedicado a la asistencia y a la docencia (sesiones, tutorizaciones, etc.).	6. Métodos diagnósticos complementarios adquiridos
7. Valore la proporción entre el tiempo dedicado a la asistencia y a la investigación (comunicaciones, publicaciones, etc.).	7. Formación e investigación, comunicaciones, publicaciones
8. Valore la accesibilidad y dotación de la biblioteca (física y por Intra-Internet).	8. Formación ética y legal recibida
9. Valore la accesibilidad y dotación del Servicio de Documentación clínica y del Archivo de historias clínicas.	9. Relaciones interpersonales establecidas con médicos y resto del personal
10. Valore las sesiones generales del hospital (interservicios, anatomoclínica, conferencias-seminarios de investigación).	10. Sesiones clínicas, bibliográficas, temáticas, morbimortalidad, etc.
11. Valore de forma global su experiencia como residente de este hospital	11. Valore de forma global de interés que para Vd. ha tenido este periodo

Valoración: 0-1,9=Muy deficiente, 2-4,9=Insuficiente; 5-6,9= Bueno; 7-8,9= Muy bueno, 9-10=Excelente.

## ANEXO V

### **ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES DEL CENTRO**

#### **RECURSOS DE INFORMACIÓN Y MEDIOS DISPONIBLES EN EL CENTRO PARA TODAS LAS UNIDADES DOCENTES**

##### **1. Biblioteca del Hospital**

Se encuentra situada en el edificio 1, planta 1ª del Hospital y presta sus servicios en horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

Recursos físicos: dispone de un total de 36 puestos de lectura y consulta, así como 3 boxes de teledocumentación, teniendo en cuenta que en el Hospital todos los ordenadores están conectados a Intranet e Internet.

Recursos bibliográficos: cuenta con un total de 2.056 libros y monografías sobre las diversas especialidades que ofrece el centro y hay suscripciones a 133 revistas médicas.

Recursos materiales: dispone de servicio de reprografía propio, escáner, impresoras láser, fax y ordenadores

Los servicios que ofrece la Biblioteca a los usuarios son los siguientes:

- Servicio de referencia y atención al usuario.
- Servicio de lectura y consulta en sala.
- Servicio de búsquedas bibliográficas y revisiones sistemáticas.
- Servicio de obtención del documento.
- Servicio de teledocumentación.
- Servicio de préstamo.
- Servicio de formación al usuario.
- Servicio de Difusión Selectiva de la Información.
- Servicio de fotodocumentación.
- Consulta al Catálogo General de Publicaciones Periódicas.
- Acceso al Portal Sanitario de la Región de Murcia “ MurciaSalud”.

## 2. Área de Docencia e Investigación del Hospital

Esta área que se encuentra ubicada en el edificio 1, planta 0 del Hospital, se completa a su vez con la existencia de un salón de actos y otras salas de uso común tal como se especifican a continuación:

Ubicación	Local	Capacidad	Equipamiento
Planta 0 - Docencia	Aula informática	16	16 ordenadores para alumnos; 1 ordenador para profesor; Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; Pizarra.
	Aula Nº 1	56	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; Pizarra; Equipo informático.
	Aula Nº 2	24	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra.
	Aula Nº 3	24	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra.
	Aula Nº 4	35	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; Pizarra; Equipo informático.
Planta -1	Salón de Actos	239	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra; Megafonía.
Planta 2	Sala Gerencia	15	Conexión a red.
Planta 4	Sala de Residentes	15	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; Pizarra. 2 Equipos informáticos
Planta 5	Sala J. de Estudios / Secretaría Docencia	11	3 Equipos informáticos.

El Hospital dispone también de un equipamiento informático portátil (proyector-cañón, ordenador; pantalla de proyección, etc.), para su utilización en cualquier aula de formación y docencia que se requiera.

## 3. Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud”

El Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, es el encargado del diseño, gestión y coordinación del Sistema de Información Sanitaria en Internet e Intranet, a través del Portal Sanitario de la Región de Murcia.

Este Portal está destinado a “la formación clínica, a la investigación sanitaria y a ofrecer información a los distintos profesionales sanitarios en el ámbito asistencial, incluyendo la valoración crítica de las evidencias científicas; así como la recopilación y divulgación, a través de las nuevas tecnologías, de información sanitaria y datos de interés general para los ciudadanos y usuarios, tales como servicios sanitarios, salud

pública, atención al ciudadano, en coordinación con las unidades correspondientes de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Murciano de Salud (SMS).

El Portal Sanitario de la Región de Murcia (MurciaSalud) incorpora entre sus diversas áreas, el acceso a una Biblioteca Virtual que va dirigida a todos los profesionales de la Consejería de Sanidad y Consumo y del SMS, y se presenta como un sistema integral de almacenamiento, producción y transferencia del conocimiento científico.

Esta Biblioteca Virtual está estructurada entorno a cinco grandes áreas, dependiendo del tipo de información a buscar, consultar y recuperar:

- a) Revistas.
- b) Bases de datos.
- c) Libros electrónicos.
- d) Práctica clínica basada en la evidencia.
- e) Legislación sanitaria.

a).- Área de revistas

Desde esta área de revistas se puede acceder a un catálogo de revistas a texto completo suscritas y libres en Internet, realizar una búsqueda de artículos sobre un tema de interés, conocer las revistas médicas a texto completo según listado temático, saber el factor de impacto de una revista y solicitar artículos de revista desde un formulario de petición.

b).- Área de bases de datos

Desde esta área se puede consultar la base de datos de tesis doctorales (TESEO), la plataforma ISI web of Knowledge formada por bases de datos bibliográficas citas y referencias de publicaciones científicas desde 1945, y toda la información terapéutica del Servicio Murciano de Salud.

c).- Área de libros electrónicos

Desde esta área se puede consultar los siguientes libros electrónicos: Red Book, Harrison On-line en español, Clinical Epidemiology, Evidence Based Endocrinology, The Massachusetts General Hospital Handbook of Neurology, Principles & Practice of Palliative Care & Supportive Oncology, Cómo escribir y publicar trabajos científicos, Libros Science Direct, y las Publicaciones elaboradas por la Consejería de Sanidad y Consumo.

d).- Práctica clínica basada en la evidencia

Desde esta área se puede acceder a los siguientes recursos de información:

- Metabuscador en diferentes recursos de medicina basada en la evidencia como el Tripdatabase.
- Sumarios de evidencia, que está compuesto por un servicio de preguntas clínicas basadas en la evidencia (Preevid), el acceso a las bases de datos Clinical Evidence, Uptodate y al Catálogo de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud.
- Catálogo de revistas secundarias accesibles a texto completo basadas en la evidencia.

- Revisiones sistemáticas desde la Biblioteca Cochrane Plus, Evidence Matters y el Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs.
- Bases de datos de estudios como PubMed/Medline, CINAHL, Embase, IME y Lilacs.

e).- Área de legislación sanitaria

Desde esta área se pueda acceder a la legislación sanitaria publicada en el BORM, BOE y en los Boletines de otras Comunidades Autónomas. También permite realizar la búsqueda de legislación a través de una clasificación de leyes por voces y de un directorio dinámico por temática.

