

# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA



Murcia 14 de Abril de 2011

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. FORMACIÓN MÉDICA MEDIANTE EL SISTEMA DE RESIDENCIA.....	2
1.2 EL RETO ACTUAL DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA.....	2
<b>2. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA</b>	
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS... ..	3
2.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL .....	4
2.2.1 Tipo de organización.....	4
2.2.2 Área de influencia, recursos estructurales y humanos.....	5
2.2.3 Población atendida y actividad asistencial.....	8
<b>3. GESTIÓN DE LA CALIDAD</b> .....	8
2.1 MARCO NORMATIVO.....	9
<b>4. EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE</b>	
4.1 ALCANCE DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE.....	10
4.2 MISIÓN, VISIÓN, Y VALORES DOCENTES.....	10
4.3 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE DEL HUVA.....	11
<b>5. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN</b> .....	14
<b>6. RECURSOS DOCENTES</b>	
6.1 ÓRGANOS Y ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA DOCENTE.....	14
6.1.1 Unidades Docentes.....	15
6.1.2 Comisión de Docencia .....	16
6.1.3 Jefe de Estudios de formación especializada .....	18
6.1.4 Tutor de residentes .....	18
6.1.5 Comité de Evaluación .....	20
6.1.6 Otras Figuras Docentes .....	20
6.1.6.1 Jefe de Residentes .....	20
6.1.6.2 Técnico Docente.....	22
6.2 RECURSOS DOCENTES GENERALES DEL HUVA.....	23
6.2.1 Recursos Humanos y estructurales.....	23
6.2.2. Recursos de información para todas las Unidades Docentes .....	23
6.3 EL LIBRO DEL RESIDENTE.....	24
6.4 PROGRAMA TRANSVESAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE.....	24
<b>7. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA</b> .....	25
<b>8. PROCESOS Y MAPA DE PROCESOS</b> .....	27
<b>9. ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PGCD</b> .....	29
<b>10. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b> .....	30
<b>11. MEJORA CONTÍNUA</b> .....	30
<b>12. IMPLANTACIÓN DEL PGCD</b> .....	32
12.1 DIAGNÓSTICO INICIAL.....	32
12.1.1 VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DOCENTE.....	32
12.1.1.1 Unidades docentes acreditadas y ratio especialistas/residentes.....	32
12.1.1.2 Cambios en indicadores de la actividad y complejidad asistencial.....	34
Aspectos cuantitativos .....	34
Aspectos en relación con la complejidad de la actividad.....	37
12.1.2 ACCIONES Y DATOS PRELIMINARES AL PGCD.....	38
12.1.2.1 La Voz del residente.....	39
12.1.2.2 Las percepciones del tutor.....	42
12.1.2.3 La disponibilidad de la estructura docente en lo referente a las aulas.....	43
<b>13. CONCLUSIONES Y CRONOGRAMA DE TRABAJO</b> .....	44
<b>14. Referencias</b> .....	47
<b>15. ANEXOS</b>	

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. FORMACIÓN MÉDICA MEDIANTE EL SISTEMA DE RESIDENCIA.

La concepción actual de la enseñanza de posgrado no ha variado sustancialmente del enfoque de William Osler a finales del siglo XIX: formación en la práctica, centrada en el paciente, en una atmosfera de “colegialidad” entre discípulos y alumnos, y un ambiente de ayuda que favorezca la relación de amistad entre los residentes y los médicos de plantilla<sup>1</sup>. Así, el modelo del aprendizaje de posgrado se establecía en el contexto práctico, mientras el término “residente” reflejaba la gran parte de su tiempo que el médico en formación pasa en el Hospital. En la actualidad este modelo de formación especializada se ha consolidado en los todos los países desarrollados.

En España, la formación de Médicos Internos Residentes (MIR), inspirada en el modelo de EEUU, se inició en los años 70 del siglo pasado, un proceso determinado por la aparición de numerosas “Residencias” o “Ciudades Sanitarias”, creadas por el Instituto Nacional de Previsión, la incorporación a estos centros de un gran número de médicos, algunos formados en el modelo MIR en otros países, y lo que algunos definen como el estancamiento de la formación de postgrado en la Universidad Española de aquellos años<sup>2,3</sup>. El inicio de la formación MIR en España se inició en la creación del Hospital General de Asturias y bajo la colaboración del presidente de la Diputación Provincial López-Muñiz con el Dr. Carlos Soler Durall que incorporó al nuevo centro su experiencia en Yale (EEUU)<sup>4</sup>. Esta iniciativa despertó el interés de otros centros, como Puerta de Hierro en Madrid, y de algunos responsables docentes, entre los que cabe destacar a los Dres. Segovia de Arana y Rojo (2) dando impulso a un proceso de formación MIR con una rápida difusión a casi todo el territorio nacional. De este modo, prácticamente todas capitales de provincia contaron con hospitales pertenecientes al Instituto Nacional de Previsión que en un tiempo relativamente corto, se acreditaron para la Formación Especializada en Medicina con el resultado de un sistema formativo fuertemente consolidado. Posteriormente, los programas de algunas especialidades incluyeron graduados en otras titulaciones, además de la de Medicina. La duración del periodo formativo en la actualidad oscila entre 2 y 5 años, la adjudicación del residente al centro acreditado se realiza mediante convocatoria única anual bajo las directrices del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social. En Murcia la formación MIR se inició iniciada la década de 1970 en el hospital Virgen de la Arrixaca, situado entonces en la capital<sup>5,6</sup> habiéndose acreditado para la docencia, a lo largo de los años, otros centros de la Región.

## 1.2 EL RETO ACTUAL DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

La expansión del conocimiento y la tecnología ha tenido un gran impacto en la educación de posgrado, especialmente en las ciencias de la salud. Entre otros aspectos, los residentes necesitan adquirir habilidades para afrontar y aplicar el conocimiento y la tecnología con criterios de eficacia y eficiencia. Además, la formación ha adquirido una visión holística de modo que los programas incluyen las habilidades de comunicación, investigación, resolución de conflictos, valores éticos, y la formación continuada a lo largo de la vida como valores profesionales. Por otro lado, las organizaciones con más tradición en la formación especializada enfatizan la adquisición progresiva de responsabilidad y la supervisión decreciente del residente <sup>7</sup>, aspecto que se ha hecho explícito en los recientes cambios normativos introducidos en España <sup>8</sup>. La actual normativa establece que la supervisión del residente en determinadas áreas debe ser documentada, limita la autonomía del residente de primer año, mientras que la evaluación se hace más sistemática con la distinción formativa y sumativa. Esta mayor exigencia formal coincide con el incremento del número de residentes, una población relativamente reducida en los inicios del sistema MIR.

La complejidad actual de los aspectos formales, se refleja también la nueva normativa en la que se redefinen las funciones del Jefe de Estudios, de la Comisión de Docencia y especialmente, del Tutor al que se señala como “primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente”. Al Tutor, se le asignan, entre otras funciones, planificar y colaborar activamente en el aprendizaje del Residente, proponer la guía o itinerario formativo tipo, mantener entrevistas estructuradas, elaborar un informe anual como elemento primordial de su evaluación, y ayudar a cumplimentar el libro de residente <sup>8</sup>.

Por último, las nuevas disposiciones contemplan la obligación de que los Centros acreditados para la formación especializada elaboren un Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) que aborde de forma integral la definición y control de los diferentes procesos involucrados en la misma.

En conjunto, la exigencia de la normativa actual plantea un reto organizativo y una carga adicional derivada de los aspectos formales que recaen en los responsables docentes. Este reto es aún mayor si consideramos que las dificultades para adaptar las estructuras docentes va a sumarse al la incorporación de la Troncalidad.

## 2. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

### 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El actual Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) es tributario de su primera ubicación en el centro de la capital de Murcia en el que la prestación asistencial se inició el 15 de junio de 1967<sup>9</sup>. El sistema MIR en dicho centro se inició a principios de la década de 1970, bajo circunstancias similares a las del resto de España. En este caso, entre los profesionales que lideraron el proceso cabe señalar a los Dres. López Alanís y Ricardo Candel, este último formado en EEUU y con ejercicio previo en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid. Inicialmente, esta iniciativa encontró algunas reticencias vencidas por las bondades del sistema y el compromiso de profesionales locales de prestigio como el Dr. Clavel Noya<sup>5,6</sup>. Muchos de los profesionales recién venidos a ocupar la demanda asistencial, de la que hoy aún muchos denominan la “Arrixaca vieja”, provenían de las primeras promociones MIR de La Clínica de la Concepción, un centro considerado de excelencia y pionero en la incorporación de residentes. El crecimiento de la demanda asistencial y las limitaciones del edificio aconsejaron la construcción y posterior traslado al nuevo hospital en la pedanía de El Palmar en la primavera de 1975. La formación MIR siguió en el nuevo emplazamiento para tomar un nuevo impulso en 1985, en no poca medida, por el convenio entre la Facultad de Medicina y el Hospital que bajo su denominación actual, HUVA, posibilitó la vinculación asistencial-docente y la mejor conexión de los estudiantes con el hospital. Aunque estas incorporaciones no estuvieron exentas de suspicacias y dificultades, vistas en perspectiva, contribuyeron a la concepción actual de nuestro Hospital Universitario. De este modo, a finales de los años 80 el HUVA se contaba entre los hospitales de prestigio para formarse como especialista mientras que en la actualidad formativa de nuestro Centro acumula una experiencia formativa de casi cuatro décadas.

### 2.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

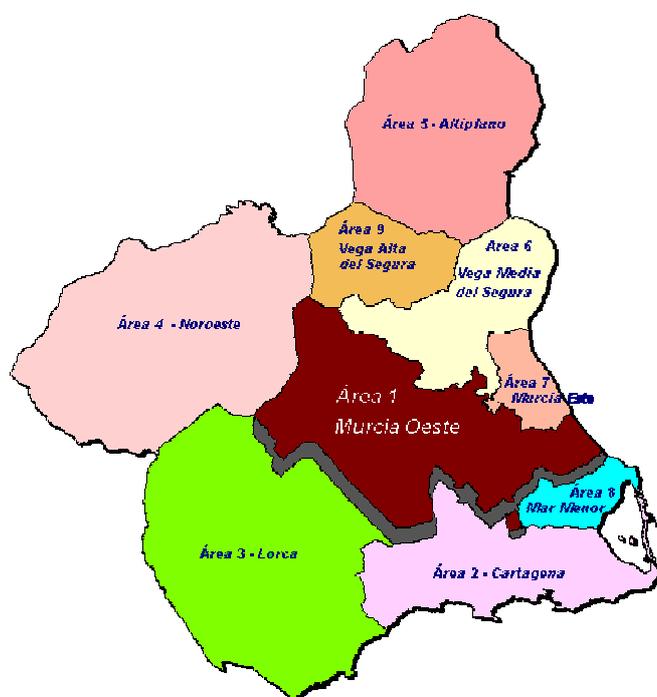
2.2.1 **Tipo de organización.** El HUVA se define e como un hospital público universitario, **docente** e investigador perteneciente al Servicio Murciano de Salud integrado en el Área I de Murcia, cuya misión es prestar servicios sanitarios especializados, accesibles, resolutivos y de máxima **calidad** a los ciudadanos, manteniendo su carácter de referencia para diversas prestaciones y servicios de alta complejidad. Desde su concepción docente, el proceso formativo debe enfocarse a lograr la mejor formación en los aspectos científico-técnicos así como en aquellos

relacionados con la adquisición de competencias y valores profesionales de sus residentes y para asegurarse de ello debe gestionar y controlar la calidad del mismo.

### 2.2.2. Área de influencia, recursos estructurales y humanos.

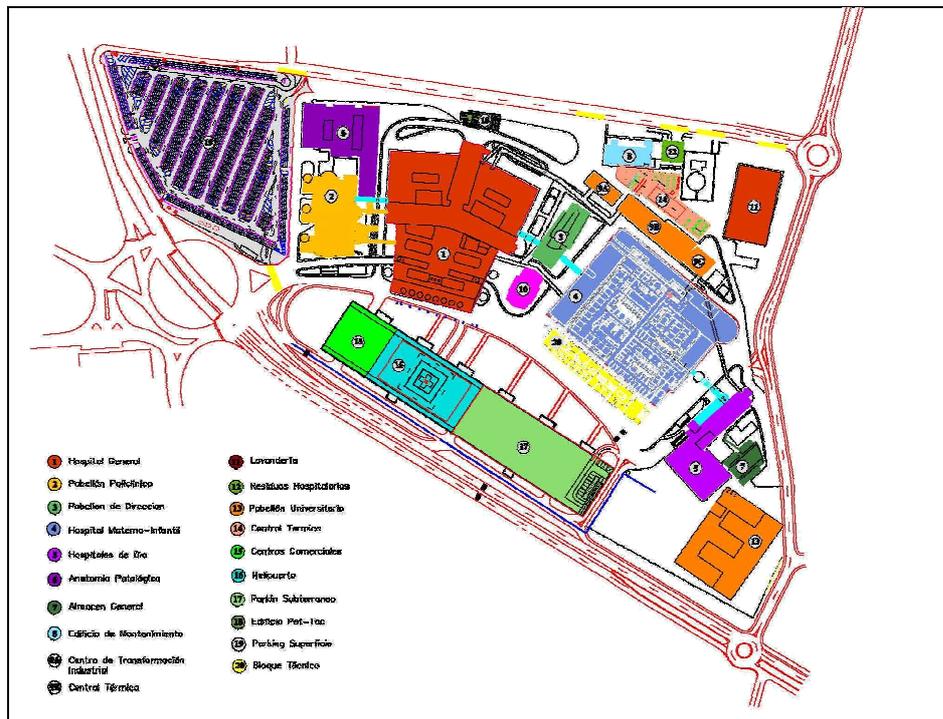
El HUVA da cobertura asistencial al Área I de Salud de la Región de Murcia, figura1, y por tanto responsable directo de la atención especializada de 14 zonas de salud y de 252.861 habitantes <sup>10</sup>, figura 1.

Figura 1



Además, el HUVA es el hospital de referencia para el resto de las áreas de salud de la región de Murcia, lo que supone dedicar a esta población más del 15% de sus recursos. El hospital consta de varios edificios agrupados en el área del Palmar y un edificio periférico de especialidades “Dr. Quesada Sanz”, localizado en el centro de la capital murciana. En El Palmar se sitúan: consultas externas, edificio de hospitalización de adultos, el de docencia y dirección, los hospitales materno-infantil y de día, así como los edificios anexos de lavandería, talleres, anatomía patológica, etc. (Figura 2)

Figura 2



En su conjunto el hospital dispone de 27 quirófanos instalados, 123 locales de consultas externas, 40 puestos de hospital de día, 863 camas hospitalarias, así como de diverso equipamiento tecnológico de referencia para la Región de Murcia.

A la estructura física anteriormente citada hay que añadir la dotación tecnológica de la que está dotado el Hospital: 26 ecógrafos, 8 ecocardiógrafos, dos de ellos intracoronarios, 2 mamógrafos, 2 ortopantomógrafos, 8 salas convencionales de radiodiagnóstico, 5 telemando de Rx, 3 equipos radioquirúrgicos, 1 arco multifuncional de Rx, 3 TAC, 1 RMN, 1 PEC-TAC, 2 angiógrafos digitales, 2 salas de hemodinámica, 3 aceleradores lineales, 2 equipos de braquiterapia, 1 planificador, 1 simulador, 3 arcos vasculares y 2 gammacámaras.

Además, el Sistema Murciano de Salud ha concertado dispositivos “ajenos” para determinadas labores de los facultativos del HUVA en los Hospitales Mesa del Castillo y San Carlos de Murcia, Clínica San José de Alcantarilla, y Hospital la Consolación en Molina de Segura.

En el año 2009 la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia modificó la estructura de sus áreas de salud para implantar el modelo de gestión unificado de los servicios hospitalarios y de atención primaria. Por ello, desde el año

2010 el HUVA incorpora la gestión de la atención primaria del Área I, facilitándose la gestión y continuidad de procesos asistenciales. Presta cobertura de asistencia especializada a la población adscrita a su área y es referencia regional para las especialidades de: Cirugía Cardiovascular y Torácica, Cirugía Cardíaca Infantil, Cirugía Máxilofacial, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía y Pediatría y Neonatológica, Neurocirugía, Oncología Médica y Oncología Radioterápica, Hemodinámica, Medicina Nuclear y Coordinación y Actividad de Trasplantes.

A efectos del presente PGCD del HUVA nos limitaremos a referir la plantilla asignada al hospital a 31 de diciembre de 2010, (tabla 1).

Tabla 1

Distribución de los Recursos Humano en el HUVA	
Personal Directivo	19
Personal Facultativo <small>(incluye todo tipo de contrato)</small>	941
M.I.R	295
Personal Enfermería	2.672
Personal no Sanitario	1.118
<b>Total</b>	<b>5.045</b>

El HUVA presta atención mediante 46 Unidades Asistenciales como especialidad o funcionales (tabla 2)

Tabla 2

Servicios Médicos	Servicios Quirúrgicos	Servicios Centrales
Alergia	Anestesiología y Reanimación	Análisis Clínicos
Cardiología	Cirugía Cardiovascular	Anatomía Patológica
Digestivo	Cirugía General y Digestiva	C. Bioquímica y Genética Clínica
Endocrinología y Nutrición	Cirugía Maxilofacial	Farmacia
Geriatría	Cirugía Pediátrica	Inmunología
Medicina Intensiva	Cirugía Plástica y Quemados	Medicina Nuclear
Medicina Interna	Cirugía Torácica	Neurofisiología
M.I. – Infecciosas	Dermatología	Oncología Radioterápica
Nefrología	Ginecología y Obstetricia	Radiodiagnóstico
Neumología	Neurocirugía	Radiofarmacia
Neurología	Oftalmología	Radiofísica
Oncología	Otorrinolaringología	Rehabilitación y Med.Física
Pediatría	Traumatología	Microbiología
Psiquiatría	Unidad de Mama	
Reumatología	Urología	
Unidad de Demencias		
Unidad Cuidados Intensivos		
Hematología		

### 2.2.3. Población atendida y actividad asistencial

A 31 de diciembre de 2010, la población que tiene asignada la Gerencia de Área 1 Murcia-Oeste es de 252.861<sup>10</sup> habitantes. Esta Gerencia es de referencia para las áreas VI y VII en las especialidades de Ginecología y Pediatría dando cobertura a una población de 557.330 habitantes<sup>10</sup>. Así mismo, es referencia regional para otras especialidades, con lo que la población atendida alcanza a 1.463.016 personas<sup>2</sup>.

La actividad asistencial durante 2010 fue la que se refiere en los siguientes apartados:

1º. Área de Urgencias.- Se han atendido un total de 193.698 urgencias en el periodo enero-diciembre de 2010, (una media de 533 urgencias/día), de las cuales 25.211 acabaron en ingreso hospitalario.

2º. Área de Hospitalización.- Según los datos aportados por la Unidad de Codificación, las altas habidas en el periodo enero-diciembre han sido 37.076. Además se han producido 237 hospitalizaciones domiciliarias.

3º. Área Quirúrgica.- Se han efectuado un total de 18.455 intervenciones, 7.562 de ellas programadas, 3.253 intervenciones de cirugía mayor, mientras que el número de intervenciones de facultativos propios en medios ajenos ha sido de 9.619

4º. Área de Consultas Externas.- Se han atendido un total de 670.362 consultas, de las cuales 213.735 fueron primeras consultas.

## 3. GESTIÓN DE LA CALIDAD

Para controlar con criterios de calidad el proceso formativo en ciencias de la salud dentro del HUVA es crucial determinar los objetivos propuestos y como medirlos, para ello ha que establecer un Plan de Gestión de la calidad Docente (PGCD) que reflexione sobre los procesos involucrados, la medición de indicadores, y los mecanismos correctores para impulsar una mejora continua de la formación.

Aún concientes de que el Servicio Murciano de Salud ha optado, para afrontar el reto de la calidad, por el sistema EFQM (European Foundation for Quality Management), de modo que 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, para la elaboración del presente PGCD nos

---

propusimos adherirnos, con fines a una posible certificación, a la normativa UNE ISO 9001:2008. Por ello, el PGCD se inspiró en los puntos de la norma: 1) orientación al cliente; 2) liderazgo; 3) participación del personal; 4) la gestión por procesos; 5) enfoque en sistema para la gestión; 6) mejora continua; 7) enfoque en hechos para la toma de decisión; y 8) Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor. Independientemente del enfoque a las normas ISO, el compromiso del PGCD debe alinearse con la concepción de “calidad total” del conjunto de la Organización del Sistema Murciano de Salud.

Además de estos principios, el PGCD se atiene, como es preceptivo, al marco normativo, donde se desarrolla la actividad asistencial, docente, e investigadora del HUVA, atendiendo a las regulaciones del Ministerio de sanidad, Igualdad y Política Social, y a las propias de nuestra Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Es obligado mencionar aquí la gran ayuda que ha supuesto para el equipo encargado de redactar el PGCD del HUVA la iniciativa previa en este sentido del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia <sup>11</sup> y, especialmente por su orientación hacia las normas ISO y su detallada descripción de los procesos, el reciente PGCD de Castilla León<sup>12</sup>.

## 2.1 MARCO NORMATIVO

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su Capítulo VI, relativo a la calidad, establece el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario ha de presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias, concretando los elementos que configuran lo que denomina la infraestructura para la mejora de la calidad. Asimismo, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias contempla en su artículo 26 aspectos relativos a la calidad del sistema de formación a través del control de la calidad de la estructura docente.

El Real Decreto 183/2008, de 8 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, regula en su artículo 29 la evaluación y control de calidad de la estructura docente y contempla, en su apartado 3, como elemento fundamental de la misma, los planes de gestión de calidad docente. Por su parte, la 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 los órganos docentes, además de atribuir a las comisiones de docencia la aprobación y supervisión del plan de gestión de calidad docente del centro o unidad docente encomienda, al jefe de estudios de formación sanitaria especializada, el ejercicio de esta función de supervisión.

Por todo ello en la presente elaboración del plan de gestión de la calidad docente observarán las siguientes disposiciones:

a) La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

b) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

c) El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

d) El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

e) El Real Decreto 183/2008, de 8 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

## **4. EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE**

### **4.1 ALCANCE DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE.**

El presente PGCD pretende constituir la herramienta básica para la evaluación y control de la calidad y la mejora continua de la Formación Especializada en Ciencias de la Salud en función de las características y las peculiaridades del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y su ámbito como centro integrado en el Área I Oeste de Murcia.

### **4.2 MISIÓN, VISIÓN, Y VALORES DOCENTES**

Aunque delimitando el ámbito formativo y a su mapa de procesos al que resulta de aplicación, pretendemos mantener la adecuada coherencia con la misión, visión y valores definidos por el HUVA que se refieren en el ANEXO I.

**Misión docente:** Orientamos la formación de los residentes en el seguimiento de sus respectivos programas oficiales, de acuerdo a las peculiaridades del HUVA, para garantizar la adquisición de competencias y valores mediante la planificación, gestión, supervisión y evaluación del proceso formativo que permitan la asunción progresiva de

responsabilidades, la ulterior práctica no supervisada de su especialidad y establecer los fundamentos para un continuo crecimiento profesional.

**Visión docente:** Aspiramos que ser un centro de excelencia para la formación especializada. Nos pronunciamos por la mejora de la metodología docente, la alineación con los programas formativos de grado y la colaboración con otras unidades docentes de nuestra Región. Nos proponemos impulsar aspectos docentes en línea con los planes estratégicos regionales<sup>13</sup> y aquellas iniciativas que mejoren el desarrollo de los sistemas de salud de los países menos favorecidos.

**Valores docentes:** Nuestro objetivo es que el proceso formativo consolide valores de los profesionales de la salud: concepción de modelo respecto a los pacientes y profesionales, coherencia en juicios y decisiones, eficiencia en la utilización de recursos, resolución de conflictos de interés, altruismo, sentido del deber, capacidad de reflexión y autoevaluación, asunción del aprendizaje como un proceso a lo largo de la vida, capacidad de transmitir el conocimiento, trabajar en equipo y aceptar la crítica constructiva.

#### 4.3 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE DEL HUVA

Al igual que en otras áreas de actividad, en la gestión de calidad de la formación sanitaria especializada, la gestión de la calidad ha de establecer una profunda reflexión para identificar lo que estamos haciendo y como lo podemos mejorar. Para ello existen diferentes metodologías aunque todas tienen en común el aproximarse con la mayor precisión a lo que hacemos como premisa para determinar los posibles indicadores de funcionamiento y consiguiente mejora. Como se ha anticipado, nos hemos guiado por los principios de la Norma UNE-ISO 9001:2008 y tratado de establecer una correspondencia coherente con los diferentes aspectos de la formación sanitaria especializada. Principios y aspectos del proceso formativo que referimos a continuación.

1) La **orientación principal hacia el especialista en formación**. El Residente constituye el elemento de “entrada” del proceso formativo que le afecta a lo largo del mismo, por ello es determinante el conocer sus expectativas y necesidades. Junto al residente, identificamos a los profesionales implicados en su formación, especialmente al Tutor por su papel como “primer responsable del proceso-aprendizaje”, y al conjunto

de la organización responsable global del adecuado marco formativo. Por otro lado, tanto la Organización donde el residente desarrolla su formación como la sociedad hacia la que se orienta su ejercicio profesional son, de acuerdo a la norma, “clientes” por lo que debemos asegurarnos de que calidad del especialista y sus valores satisfacen las expectativas del resto de profesionales del HUVA así como de los de la sociedad.

2) **El liderazgo y constancia en los objetivos:** El órgano de Dirección debe liderar la estrategia de gestión de calidad en docencia con la necesaria coordinación de todas las actividades involucradas procurando su despliegue por toda la organización. La Dirección debe crear y mantener un ambiente interno capaz de involucrar a todo el personal en el logro de los objetivos docentes del Centro. Igualmente, la Dirección debe procurar la adecuada alineación de los programas de grado y de formación especializada mediante la comunicación de esta necesidad en las comisiones entre el Centro, Sistema Murciano de Salud y Universidad.

3. **Participación del personal** es entendida como un aspecto esencial de la organización que posibilita que todos sus miembros puedan sentirse comprometidos y sus habilidades y competencias refuercen la capacidad y calidad docente del HUVA.

4. **La gestión por procesos como metodología** para reflexionar sobre los diferentes elementos que influyen en el proceso formativo, la relación entre los mismos y su adecuada coherencia que identifiquen los indicadores para valorar los logros alcanzados y así facilitar la adaptación de las actividades a las necesidades de los especialistas en formación, profesionales implicados, pacientes y la propia organización.

5. **Enfoque en sistema para la gestión.** Identificar y entender los procesos interrelacionados es una forma específica del enfoque de la gestión como mejor medio para lograr la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de objetivos.

6. **La mejora continua, aprendizaje e innovación.** Todas las actividades de la organización pueden ser objeto de mejora para lograr la mayor adecuación a las necesidades y criterios de calidad establecidos.

7. **Enfoque en hechos para toma de decisiones.** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos e información lo más objetivos posibles, valorando su fiabilidad a lo largo del proceso.

8. **Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor,** considerando como tales a otros sectores implicados en la formación, especialmente por su conexión en el grado, a las estrategias con la planificación sanitaria de la región, y a las posibles necesidades actuales y futuras.

En resumen, estas reflexiones sitúan como protagonista al residente que procedente de una formación de grado, “entra” en un proceso de aprendizaje tutelado en la práctica con asunción progresiva de competencias que hay que evaluar de forma continuada para que el producto resultante sea un especialista capaz de trabajar de forma autónoma y con los valores profesionales inherentes a su profesión.

Para los logros propuestos hemos de reflexionar sobre los procesos y medir lo que estamos haciendo siempre con la intención de mejorar. Por ello hemos tratado de identificar, entender y gestionar los principales procesos que pueden diseccionarse del proceso global, su interrelación, y definir que indicadores pueden reflejar los objetivos. Estos objetivos deben ser medibles, asequibles, coherentes, y realistas. De este modo obtendremos criterios para determinar en que medida se cumplen los objetivos o requisitos que nos hemos fijado y nos permitan las correcciones oportunas en un proceso de mejora continua.

Otros aspectos generales del presente PGCD

- La Fecha de Edición será la de aprobación por la Comisión de Docencia siempre y cuando se haya producido la aprobación por parte de la Dirección. Ambas aprobaciones constarán documentalmente y se custodiarán en la Secretaria de Docencia.

- El Equipo Redactor, designado por la Dirección está compuesto por el Jefe de Estudios, por sus conocimientos del proceso de formación especializada y en materia de calidad acreditada por su formación específica mediante el curso *Experto Europeo en gestión de la calidad en el Sector Sanitario*, la Técnico Docente Dra. Carmen Botella Martínez y la Secretaria de Docencia D<sup>a</sup> Juana María González Giménez.

- Los Criterios seguidos para ordenar el texto y los diferentes apartados han seguido el orden habitual de la norma ISO 9001:2008 y la del PGCD de Castilla León.

- El PGCD está sujeto a revisiones periódicas a fin de asegurar su continua adecuación al marco normativo y actividad docente del centro. Como mínimo se revisará una vez al año. Los criterios para su revisión son: 1) evaluación de los indicadores propuestos, incluidas la voz de los residentes y tutores u otros responsables docentes, y la Dirección, y/o 2) nueva normativa Nacional o de la CA. Las ediciones, previa y tras su modificación del PGCD, darán lugar a un registro en el que se señalarán los cambios producidos y su motivación. Toda la documentación que de acuerdo con la norma que se deriven de su implantación, desarrollo, evaluación, y revisión será custodiada en la Secretaría de la Comisión de Docencia de acuerdo a los procedimientos que se relacionan. Una copia del Plan será emitida a la Dirección General de

Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo.

- El PGCD estará disponible en la Secretaria de Docencia y en la intranet del HUVA “Arrinet”. El PGCD podrá facilitarse a cualquier organización que lo solicite previa autorización de la Dirección del Centro.

## **5. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN DEL HUVA**

La Dirección del HUVA incluye entre sus objetivos de gestión su compromiso explícito con las acciones dirigidas a implantar y mantener las acciones relativas a la calidad en la formación especializada en los aspectos de liderazgo, estímulo y desarrollo del PGCD, incluida su puesta en marcha, seguimiento, y dotación de recursos.

La Dirección establece su compromiso con las siguientes obligaciones:

- 1.- Cumplir los requisitos legales aplicables al PGCD.
- 2.- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la docencia.
- 3.- Comunicar el PGCD a todos los profesionales involucrados.
- 4.- Facilitar el acceso a en todos aquellos aspectos en relación con la calidad, y especialmente a la calidad de en metodología docente, a los profesionales implicados.
- 5.- Efectuar el seguimiento del PGCD.
- 6.- Colaborar en la planificación de la capacidad docente del centro mediante su valoración anual.
- 7.- Verificar el seguimiento de los indicadores de calidad de la formación.
- 8.- Establecer el control y análisis de las acciones correctivas y preventivas.
- 9.- Analizar la información sobre la “voz del residente” obtenida mediante las encuestas e opinión, reclamaciones, o indicaciones de otros actores involucrados.
- 10.- Evaluar el resultado de las auditorías realizadas por la agencia Nacional del Sistema Nacional y asumir sus recomendaciones para la mejora.
- 11.- Facilitar la formación en aspectos de Calidad de los responsables docentes

## **6. RECURSOS DOCENTES**

### **6.1 ÓRGANOS Y ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA DOCENTE**

Los órganos colegiados y unipersonales que participan en la formación sanitaria especializada y sus competencias en el PGCD son los siguientes:

### 6.1.1. Unidades Docentes

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades (9)

El HUVA cuenta con las siguientes Unidades acreditadas para la formación sanitaria especializada en la convocatoria de plazas 2010 (tabla 3).

Tabla 3

UNIDADES DOCENTES	Nº DE PLAZAS / AÑO	Médic	Farm	Biólog	Qimi	Radif
ALERGOLOGÍA	2	2				
ANÁLISIS CLÍNICOS	3		2		1	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	1				
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	8	8				
APARATO DIGESTIVO	1	1				
CARDIOLOGÍA	3	3				
BIOQUÍMICA CLÍNICA	1	1		1		
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	1	1				
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	3	3				
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	1	1				
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	2	2				
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	1	1				
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	1	1				
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	1	1				
FARMACIA HOSPITALARIA'	2		2			
HEMATOLOGÍA HEMOTERAPIA	1			1		
INMUNOLOGÍA	1	1				
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1	1				
MEDICINA INTENSIVA	3	3				
MEDICINA INTERNA	3	3				
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1	1				
MEDICINA NUCLEAR	2	2				
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	1	1	1			
NEFROLOGÍA	1	1				
NEUMOLOGÍA	1	1				
NEUROCIRUGÍA	1	1				
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	1	1				
NEUROLOGÍA	2	2				
OFTALMOLOGÍA	3	3				
ONCOLOGÍA MÉDICA	2	2				
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	2	2				
OTRRINOLARINGOLOGÍA	1	1				
RADIODIAGNÓSTICO	1	1				
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	7	7				
RADIODIAGNÓSTICO	4	4				
RADIOFARMACIA	1		1			
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	1	1				1
REUMATOLOGÍA	1	1				
UROLOGÍA	1	1				
Total	76					

En total son 39 las Unidades acreditadas y, salvo renunciaciones o prórrogas, 76 los especialistas que inician su formación.

Las acciones que se consideran competencia de las diferentes Unidades Docentes en relación con el presente PGCD son las siguientes:

1.- Elaborar las normas de organización y funcionamiento de la Unidad. En dichas normas, además de recoger aspectos relacionados con las funciones del personal que la integran y referencias a su función asistencial e investigadora, deberá hacer una mención específica a la docencia y en concreto a la formación sanitaria especializada por el sistema de residencia.

2.- Planificar la docencia: elaborar el plan de formación de la Unidad que comprende el itinerario formativo tipo y el plan individualizado de formación.

3.- Participar en la elaboración de la “Guía de incorporación de residentes en formación” y en su actualización.

4.- 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.

5.- 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.

6.- 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.)

7.- Documentar el currículum profesional, docente e investigador de sus componentes, así como de la actividad asistencial con fines a trasladar a la Comisión de docencia su “capacidad” formativa. Esta comunicación se hará anualmente.

### **6.1.2 Comisión de Docencia**

La comisión de docencia es el órgano colegiado al que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de

los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud <sup>9</sup>.

Las funciones de la Comisión de Docencia que consideramos estrechamente vinculadas al PGCD, en forma resumida, son las siguientes:

1. Aprobar a propuesta de los correspondientes tutores, una guía o itinerario formativo tipo de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito.

2. Garantizar que cada uno de los residentes de las especialidades que se formen en su centro o unidad, cuenten con el correspondiente plan individual de formación,

3. Aprobar el plan de gestión de calidad docente del centro o unidad docente,

4. Elaborar el protocolo de supervisión de los residentes

5. Facilitar la adecuada coordinación docente entre niveles asistenciales.

6. Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorías docentes.

7. Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas, relacionados con el programa

8. Facilitar la formación continuada de los tutores en metodologías docentes y otros.

9. Participar en la acreditación y reacreditación de tutores

10. Informar, al menos anualmente, a los correspondientes órganos de dirección sobre la capacidad docente del centro o unidad.

11. Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su presidente, las evaluaciones finales y anuales

12. Comunicar por escrito a los residentes el lugar donde se ubicará el tablón/es oficial/es de anuncios de la Comisión en el que se insertarán los avisos y resoluciones de la misma.

13. Procurar que en los dispositivos del centro o unidad se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes

14. Procurar que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el centro o unidad docente, exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y posgrado y la formación especializada

15. Proponer a los correspondientes órganos de dirección que adopten las medidas necesarias para que se dote a las comisiones de docencia y a los tutores de los medios materiales y personales que sean necesarios para la adecuada realización de sus funciones.

16. Cuantas funciones les asignen las comunidades autónomas, o les atribuyan las disposiciones reguladoras de la formación sanitaria especializada.

### **6.1.3. 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 <sup>8</sup>.

De acuerdo a las disposiciones del Capítulo III. Criterios comunes relativos a las funciones del jefe de estudios las competencias del Jefe de Estudios las siguientes acciones vinculadas al PGCD son las siguientes:

- 1.- Proponer a la Dirección la aprobación del PGCD, así como sus modificaciones.
- 2.- Supervisar y difundir el PGCD entre los residentes, tutores y unidades docentes.
- 3.- Informar a la Dirección de las reclamaciones y sugerencias de los residentes, de los pacientes y sus allegados y de la Administración.
- 4.- Informar a la Dirección de los indicadores de seguimiento de los procesos formativos.
- 5.- 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.
- 6.- Tramitar las quejas que se reciban respecto a la docencia.
- 7.- Tramitar y resolver, en su caso, las reclamaciones en relación con las calificaciones de las evaluaciones anual y final por parte de los residentes.
- 8.- 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.
- 9.- Elaborar todos los años, la memoria docente del centro.

### **6.1.4. 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:

1.- Planificar y colaborar, de forma activa, en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente.

2.- Proponer el itinerario formativo tipo de la especialidad.

3.- 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.

4.- Elaborar el plan individual de formación de los residentes que tenga asignados en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores.

5.- Mantener entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente.

6.- Realizar las evaluaciones formativas de los residentes y los informes correspondientes, mediante la celebración de entrevistas periódicas (mínimo 4 por periodo anual formativo), utilizando el modelo de entrevista estructurada aprobado por la Comisión de Docencia. La evaluación quedará registrada en el libro del residente.

7.- Supervisar el libro del residente, que es el soporte operativo de su evaluación formativa.

8.- 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.

9.- 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.

### **6.1.5. 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:

- 1.- 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.
- 2.- Dejar constancia, en actas, de las evaluaciones anuales y finales.
- 3.- Trasladar los resultados de las evaluaciones anuales y finales de los residentes a la Comisión de Docencia.

### **6.1.6 Otras Figuras Docentes**

Este aspecto, recogido en el RD 183/2008 <sup>8</sup>, *“las comunidades autónomas, según sus características y criterios organizativos propios, podrán crear otras figuras docentes con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada, objetivos de investigación, desarrollo de módulos genéricos o específicos de los programas o cualesquiera otras actividades docentes de interés”*, está pendiente de regular por las respectivas CCAA en un plazo que expiró en Febrero de 2009. Aún con esta reflexión inicial, la complejidad y dimensión de la Formación Especializada en el HUVA requiere la adecuación de la estructura docente, una labor de la que los responsables docentes no podíamos hacer dejación. Por ello, estas “figuras docentes” se han incorporado en los últimos años con la aprobación de la Comisión de Docencia y el respaldo de la Dirección del HUVA. El papel de estas figuras fue objeto del *Taller De Actualización de la Normativa Sobre Figuras Docentes En La Formación Sanitaria Especializada* desarrollado en nuestro Centro los días 8, 15 y 22 de Febrero de 2010, y cuyo documento de consenso ha sido publicado <sup>14</sup>. Resumimos ambas figuras en los apartados siguientes

#### **6.1.6.1 Jefe de Residentes**

La figura del Jefe de Residentes (JR), de la traducción literal del término “Chief of Residents”, fue desarrollada a principios de la formación especializada y sigue vigente en EEUU y Canadá, donde el JR aún capacidad de

liderazgo y un buen curriculum, incluida la investigación, es designado por el responsable de la Unidad y lleva implícitas responsabilidades organizativas de los residentes y otros médicos en formación en su área concreta <sup>15-17</sup>. La conveniencia de esta figura ha sido recientemente reivindicada en el Reino Unido <sup>18</sup>. En España, el Hospital Ramón y Cajal fue el primer centro en incorporar al JR en su estructura docente en la década de 1990 <sup>19</sup> aunque, a diferencia de EEUU, su función se define mejor como un apoyo a la estructura docente general y de enlace entre esta y los residentes. La incorporación y ventajas del JR en los Hospitales de ciertas dimensiones, reclamada por otros <sup>20</sup>, cristalizó en el HUVA en 2001 por iniciativa del entonces Jefe de Estudios Prof. JA Gómez Rubí. El plazo para presentar las candidaturas, se establece entre 1 y 2 meses antes de acabar el periodo formativo final y se tienen en cuenta aspectos curriculares, dedicación docente a lo largo de la residencia, un proyecto de su actuación durante el año de ejercicio, y razones estratégicas para tratar de representar las diferentes especialidades en formación. El cargo de JR no es renovable para mantener el deseado equilibrio entre una visión desde el punto de vista del residente, propia de su reciente formación, y la dependencia jerárquica de la Jefatura de Estudios. Tal como está definida en nuestra estructura el Jefe de Residentes debe cumplir los siguientes requisitos:

Haber concluido la formación especializada como residente en el año de la convocatoria en el HUVA y presentarse a la elección del cargo en los plazos previstos.

Conocer la legislación y normativa que afecta a la formación especializada.

Durante el año de ejercicio como JR, mantiene su carácter de facultativo especialista que deberá ser compatible con las funciones docentes de su cargo. Las posibles limitaciones derivadas de su función como JR deberán ser conocidas por sus Responsables Asistenciales quienes firmarán un compromiso por escrito para permitir una dedicación mínima a la docencia del 50% de su tiempo. El JR se compromete a:

a) Disponer de un horario para la consultoría de los residentes de 2 horas semanales, fijado con anterioridad, y ser conocido mediante su exposición en el tablón de docencia. Consultoría que se llevará a cabo en uno de los despachos destinado a este fin en el área de docencia.

b) La actividad docente del JR contempla dos aspectos:

- Responsabilidad directa en la organización: Sesiones generales del Hospital, y actividades que le competan dentro del Plan Transversal y Complementario del

Residente (PTCR) o de otras actividades formativas que promovidas desde la jefatura de estudios contemple su participación.

- Asistencia a las actividades docentes generales del Hospital
- Asistencia a reuniones y foros de formación de formadores Regionales o Nacionales de acuerdo a la disponibilidad de los recursos humanos de la Unidad docente.
- Asistir y participar en las Comisiones de Docencia y Sesiones de Tutoría
- Participar en la resolución de conflictos entre los servicios y residentes.
- Facilitar la opción de rotación externa para una mejor formación de los residentes.
- Conocer las recomendaciones del centro para la adecuación de los diferentes regímenes s de guardias, especialmente en el área de Urgencias.

#### **6.6.1.2 Técnico Docente**

Al igual que el JR, podemos encuadrar al técnico docente (TD) dentro del Artículo 13 “otras figuras docentes” del REAL DECRETO 183/2008 aunque esta figura ha sido regulada, en cierto modo, en las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria en 1996 <sup>21</sup>. De acuerdo con el espíritu que inspira la mejora de la docencia en nuestro Centro, en el año 2009 a instancias de la Jefatura de Estudios y con la aprobación por la Dirección del HUVA se nombró un TD.

Las características idóneas que identificamos en el TD es ser profundo conocedor y/o haber realizado la formación especializada a través del sistema de residencia, tener experiencia en análisis de datos e investigación, y formación en metodología docente. El TD da apoyo al Jefe de Estudios y demás responsables docentes, especialmente los tutores. Las funciones definidas de forma pormenorizada son las siguientes:

1- Soporte Técnico Docente al jefe de Estudios en las siguientes acciones:

- Plan de Acogida del Residente
- Despedida de Residente
- Elaboración de documentos docentes
- Comunicación con órganos de Dirección
- Auditoría docentes: antes, durante y planes de mejora
- PGCD: recogida y análisis de los indicadores de Calidad de los procesos, incluidas Encuesta de tutores, Encuestas de satisfacción de Residentes a lo largo del proceso y final.
- Contrato de Gestión, supervisión del cumplimiento

2- Coordinación de los Jefes de Residentes

3- Actividades de investigación en metodología docente

4- Soporte técnico a los Tutores en:

- Elaboración de las Guías o itinerarios tipo, revisión y aprobación
- Elaboración del Plan Individual del Residente
- Protocolos de supervisión del residente y recomendaciones específicas primer año.
- Facilitación metodología docente

5- Soporte al Residente:

- Guardias Residentes normativa y grado de cumplimiento.
- Asistencia a congresos/ actividades científicas, tipo de participación
- Facilitación Libro de los diferentes formatos en caso necesario.
- Plan Transversal y Complementario del Residente (PTCR). Coordinación

6- Otras acciones:

- Rotaciones por Atención Primaria. Adecuación al programa oficial de Especialidad contacto con UDMFYC.
- Rotaciones Externas, recogida de indicadores y análisis de datos
- Sesiones clínicas generales del Hospital: Planificación y Coordinación.
- Pertenencia como vocal a la Comisión Docencia

## 6.2 RECURSOS DOCENTES GENERALES DEL HUVA

### 6.2.1 Recursos humanos y estructurales

Independientemente de la Biblioteca que es gestionada por esta Unidad docente, y sirve a las demandas del Hospital y la solicitudes bibliográficas de otros centros a través de MurciaSalud, la Unidad Docente los recursos humanos disponibles son:

- 1 Administrativo
- 1 Auxiliar administrativo
- 1 Celadora
- 1 Jefe de Estudios (dedicación completa)
- 2 jefes de residentes (dedicación parcial)
- 1 Técnico docente

En actualidad la Unidad Docente, ubicada en la planta -1 del “pabellón de Docencia y Dirección” dispone de los siguientes espacios:

- Aulas 1 (90 plazas), 2 (40 plazas de disposición móvil), y aula de ordenadores con 18 puestos individuales. Las aulas 1 y 2 están equipadas con proyectores en conexión a ordenador.
- Despacho de la Secretaría
- Despacho del Jefe de Estudios.
- Despacho Técnico Docente y Jefe de Residentes
- Sala de juntas

Estas tres últimas instalaciones (despachos y sala de juntas) son también utilizadas como archivo documental por lo que albergan una gran cantidad de

archivadores, estanterías, o armarios que dificultan su adecuada utilización. Además, se custodian los recursos materiales con fines didácticos propios y los recursos materiales docentes de la Unidad Docente y los cedidos en calidad de nodo de la red “AprenREd”.

6.2.2 Recursos de información y medios del centro disponibles para todas las Unidades Docentes

- Biblioteca del hospital. Situado en la primera planta del Pabellón de Dirección
- Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud.

### 6.3 EL LIBRO DEL RESIDENTE

Por su papel en la evaluación y seguimiento del proceso formativo, incluimos el libro del residente como un apartado específico en el que se defina su papel dentro de los elementos docentes. El Libro del Residente constituye 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:

- 1.- Su obligatoriedad para todos los residentes de centro.
- 2.- 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.
- 3.- Los datos cualitativos y cuantitativos que figuren en el libro serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.
- 4.- Es propiedad del residente y será cumplimentado por éste con ayuda y supervisión de su Tutor.

Ante la ausencia de un modelo formalizado que permitiera la recogida de diferentes aspectos contemplados, entre otros la entrevista estructurada, la Comisión de Docencia (fecha) aprobó 3 modelos de Libro de Residente elaborados en base a la revisión de los programas formativos y los elementos sobre los que se establece la evaluación formativa y sumativa, en formato electrónico. Por sus peculiaridades los modelos se orientaron a recoger las actividades de los residentes en las áreas más representativas: especialidades médicas, quirúrgicas y servicios centrales. La Comisión dejó a criterio de las Unidades acreditadas la utilización de estas o cualquier otro formato facilitado por las Comisiones de las respectivas especialidades.

#### 6.4 PROGRAMA TRANSVESAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE

Con la finalidad de asegurar unos criterios estándares en la formación transversal de los residentes en los diferentes centros docentes acreditados, la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, identificó diferentes responsables de la formación especializada de nuestra Comunidad Autónoma, entre ellos varios profesionales del HUVA, para elaborar el Programa Transversal y Complementario del Residente. Dicho Plan comprende actividades formativas transversales, especialmente en metodología investigación, actitudes, habilidades y valores. El plan contempla la posibilidad de convalidación de aquellas acciones susceptibles de dicha consideración.

#### 7. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.

De acuerdo con la metodología de la gestión de calidad descrita, el objetivo final del PGCD del HUVA considera los objetivos docentes así como las directrices y normas para la gestión. Para su mejor comprensión, el los objetivos se han enfocado a aspectos específicos de modo que constituyan elementos fácilmente identificables por el personal involucrado en las labores docentes y, al menos, un indicador para cada uno de ellos que permita la evaluación de hasta que punto se ha conseguido el objetivo.

Los objetivos específicos aprobados y alguno de los indicadores propuestos son los referidos en la tabla 4:

**Tabla 4. Objetivos e indicadores del PGCD**

Objetivos	Indicadores
<b>RESPECTO AL PGCD</b>	
1. Garantizar el compromiso de la dirección con el PGCD mediante su apoyo explícito y e inclusión de indicadores en los contratos programa y planes estratégicos.	Indicadores docentes en el contrato programa y plan estratégico
2. Asegurar una adecuada difusión del PGCD a todos los especialistas en formación, Unidades Docentes, especialmente a los responsables docentes, y resto de dispositivos asistenciales que participan en la docencia, y a los órganos gestores.	El PGCD está disponible en la intranet "Arrinet" En las Unidades existe una copia del PGCD actualizada en formato PDF
3. Revisar periódicamente el PGCD para su evaluación, actualización y verificación de que cumple sus objetivos.	Documento de Revisión anual
<b>RESPECTO A LAS UNIDADES DOCENTES</b>	
4. Disponer de normas de organización y funcionamiento por parte de las Unidades Docentes.	Evidencia documental. Se pide en Contrato Programa
5. Evaluar periódicamente la capacidad docente de acuerdo a las	Evidencia documental anual

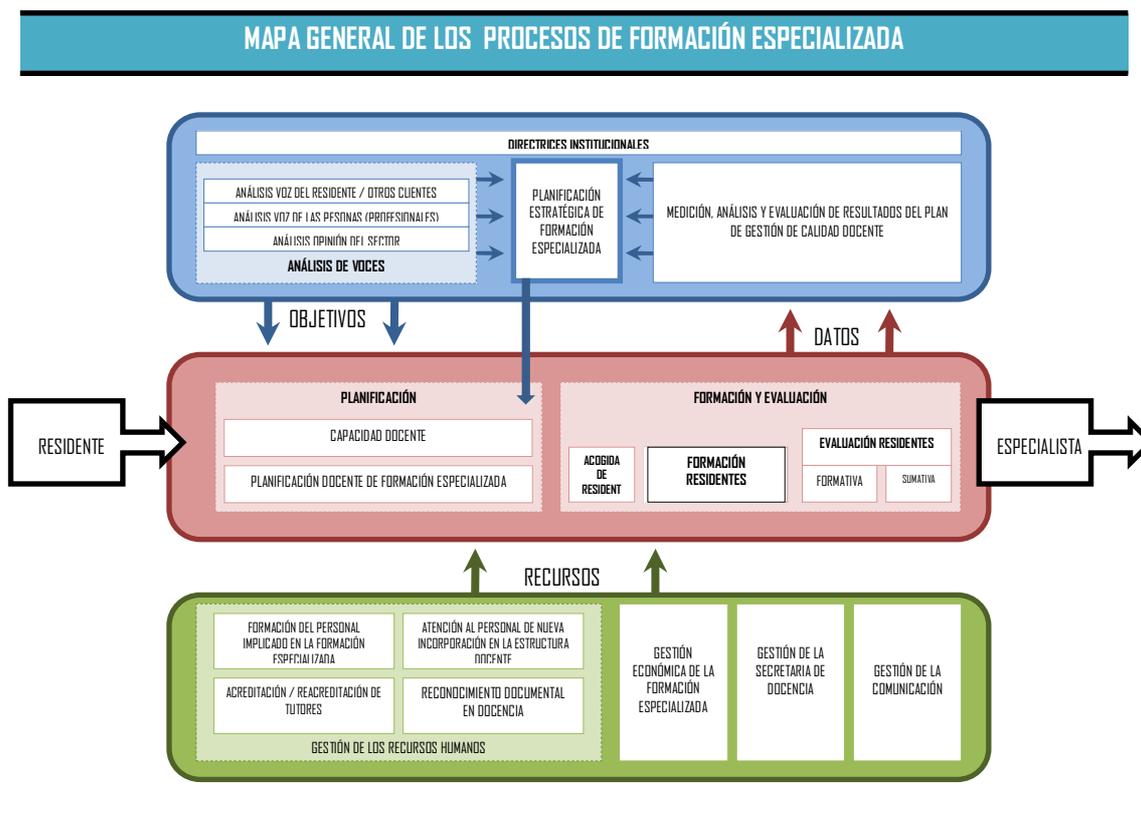
recomendaciones oficiales y a la actividad asistencial, docente, e investigadora.	Se pide en el Contrato programa
6. Aplicación de los programas oficiales de las diferentes especialidades adaptados a las características de las respectivas Unidades docentes, siempre con la debida justificación, mediante la “guía itinerario tipo”.	Evidencia documental. Se pide en el Contrato Programa
7. Promover el reconocimiento del tutor y su papel como primer responsable del proceso formativo del residente.	- Compromiso de dedicación por escrito de la Unidad firmada por su responsable. - Existencia de normativa de la CA
8. Servir de apoyo en los aspectos formales para el establecimiento de acuerdos docentes con dispositivos asistenciales que se utilicen por su disponibilidad dentro de la red asistencial, así como la formalización de convenios de colaboración docente con Unidades de otros centros.	-Acuerdos docentes firmados entre Centros aprobados por las respectivas CCDD y las Gerencias -Recogidos en la Unidad de Docencia
9. Identificar la necesidad de auditorías internas o externas.	-Solicitudes tramitadas -Auditorías previstas o en curso
<b>RESPECTO AL RESIDENTE</b>	
10. Organizar y asegurar que la incorporación del residente al centro se facilite mediante un proceso de acogida e identificación precoz de las posibles dificultades que pudiera encontrar.	Programa de acogida Cursos de incorporación Evaluación psico-física Encuesta de incorporación
11. La aplicación del programa oficial de la especialidad debe ser, individualizado para cada residente con la finalidad de obtener los mejores resultados derivados de sus fortalezas potenciales y para subsanar sus posibles debilidades.	Evidencia documental de la “guía itinerario tipo” y del “plan individualizado”. Figura en el Contrato Programa
12. Facilitar el compromiso activo de los residentes en el proceso formativo mediante un impulso decidido por su inclusión en las diferentes comisiones del centro, especialmente en la Comisión de Docencia.	Nº de residentes y año en la CD y otras comisiones
13. Favorecer la formación transversal mediante acciones generales del centro: “sesiones generales” y el desarrollo de los programas específicos como es el caso del plan complementario transversal del residente (PCTR).	Sesiones generales Acciones del PCTR Figura en la memoria docente anual Encuestas de evaluación del PCTR
14. Facilitar las actividades que complementen la actividad formativa de los residentes, asistencia a congresos seminarios de su especialidad así como el soporte metodológico a la investigación y la capacidad de comunicación en lengua inglesa como forma vehicular actual de transmisión del conocimiento.	Evidencia de actividades en cada servicio Asistencia a congresos u otras actividades formativas. Tipo de participación. Se documenta en el libro del residente en la evaluación anual
15. Medir el grado de satisfacción de los residentes, especialmente sus posibles insatisfacciones y/o incumplimientos del programa formativo y de los aspectos recogidos en el PGCD.	Encuesta anual. Formato revisado bianualmente. Estudio de las quejas o reclamaciones
16. Garantizar el proceso de evaluación formativa y sumativa anual y final dentro de la normativa que lo rige.	Evaluación anual y final, actas y recogida de la Evidencia de Libro de Residente, Guía itinerario tipo, plan individualizado,

	fichas de rotación, entrevistas estructuradas (n°)
<b>RESPECTO AL CONJUNTO DEL HOSPITAL</b>	
17. Mantener la coherencia con los planes estratégicos del HUVA reforzando aquellos aspectos docentes que puedan ser de interés.	
18. El PGCD debe contar con el apoyo decidido y el compromiso de la Dirección del hospital de modo que sus indicadores deben estar contemplados en la evaluación de los compromisos adquiridos por la Comisión de Docencia en los Contratos de gestión.	Vistos en los puntos anteriores
19. El PGCD debe promover la equidad de las expectativas formativas de los residentes de nuestro Centro facilitando que aquellas Unidades Docentes con adolezcan de algún recurso contemplado en su programa oficial puedan subsanar estas deficiencias y en tanto y cuanto se mantengan las limitaciones permitir que se complete la formación de sus residentes mediante rotaciones por aquellas Unidades de este u otros centros que puedan dar soporte docente contemplado en el programa oficial de la especialidad.	Evaluación del soporte de la Unidad de Docencia: Facilitación de aulas y medios Plan de rotaciones Reclamaciones de Unidades Reclamaciones de residentes
20. El PGCD debe favorecer las rotaciones de los residentes por otros centros de excelencia nacionales o internacionales siempre con objetivos justificados y contando con la aprobación de los órganos pertinentes.	Tramitación rotaciones externas (n°) Centros internacionales/nacionales Encuesta del residente
<b>RESPECTO A LA SOCIEDAD</b>	
21. El objetivo último del PGCD es garantizar una adecuada respuesta a la sociedad, especialmente a la expectativa de contar con especialistas con las competencias adecuadas para el ejercicio no supervisado y valores de la profesionalidad.	Encuesta de opinión de los tutores, otros responsables docentes, encuesta al personal de enfermería.
22. Por el carácter de Centro de referencia y cantidad de Unidades asistenciales acreditadas el HUVA debe atraer a los mejores residentes. El PGCD debe contemplar la colaboración docente con otros Hospitales de nuestra Región que lo requieran para reforzar la formación de sus residentes.	Convenios de colaboración docente N° de residentes y duración estancia en el HUVA.
23 Por su excelencia el HUVA debe atraer a los mejores residentes	Posición Examen MIR Universidad de procedencia
23. La colaboración con proyectos de ayuda a países no desarrollados que lleve a cabo el HUVA deben considerar la participación voluntaria de los residentes como un valor formativo añadido siempre que se cumplan los criterios de seguridad en el ejercicio de la actividad formativo-asistencial y el centro de destino reúna los requisitos para una actividad tutelada.	Actividades: Servicio o Entidad auspiciadora Centro de destino y duración Participación de los residentes (n°, especialidades)

## 7. PROCESOS Y MAPA DE PROCESOS

El presente mapa de procesos identifica el proceso global, los procesos estratégicos, los procesos operativos, y los procesos de soporte de la formación especializada en ciencias de la salud, figura 3. La Comisión de Docencia entiende que el abordaje del Plan de Gestión de la Calidad Docente debe contemplar las limitaciones actuales hasta que la aplicación de la normativa garantice los procesos de soporte, entre el que considera primordial el reconocimiento de los tutores, cuyo plazo, según el decreto 183/2008, expiró hace 2 años. Los procesos deben permitir objetivos que de acuerdo a la norma que los inspira, deben ser medibles, asequibles, coherentes, y realistas. Por ello, inicialmente hemos centrado el interés en el enfoque y desglose de los **procesos clave** y dejar en un segundo plano el desarrollo de los aspectos que nos parecen susceptibles de desplegar en una fase ulterior.

Figura 3. Mapa de procesos



Los procesos clave identificados (señalados en “negrita”) son:

**Estratégicos:** Percepciones del Residente. Percepciones Tutor. Estudio de la capacidad docente. Medición y análisis

**Operativos:** Acogida del Residente, Proceso formativo, Evaluación.

**Soporte:** Formación de Tutores, Gestión de Secretaria de Docencia

Cada uno de estos procesos se recoge en el ANEXO PROCESOS. En cada proceso se identifica aquellos indicadores que sirvan para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes estratégicos establecidos en la misión, visión y valores docentes.

## 8. ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

De acuerdo la norma los Requisitos de la documentación deben incluir las “Declaraciones documentadas de política de calidad y objetivos del PGCD”, como se recogen en los apartados previos de este manual, y además los criterios para la elaboración de la documentación relativa al PGCD entre los que se encuentran los Procedimientos documentados, estos a su vez engloban tanto los procedimientos como los documentos que los sustentan.

Como principios generales los documentos constituyen la forma de transmitir a la organización la información de forma clara y pueden estar en cualquier tipo de soporte.

Los documentos son elaborados, revisados y aprobados, pudiendo modificarse mientras que el registro, reflejo de una actividad o resultado de un proceso, es por definición inmodificable.

### Documento ≠ Registro

Documento	Registro
Información necesaria	Resultado de una actividad concreta
Actualizado	No puede ser actualizado ni modificado
Revisado y/o modificado en caso necesario	

En ocasiones una actualización de un documento → Registro

Para su mejor comprensión y familiarización del personal que los utilice, se mantendrán criterios unificados para la elaboración, revisión, aprobación y modificación de la documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD) que comprenden tanto este Manual del PGCD del HUVA en cuanto a sus contenidos de

acuerdo a la norma UNE: ISO 9001:2008; como a la redacción de los Procedimientos Generales; Fichas de Proceso; Auditoría Interna; Acciones Correctivas; Acciones Preventivas; y Formatos Documentales utilizados en el Centro.

En cuanto a los aspectos referentes a este apartado del presente PGCD recogidos en el ANEXO III DOCUMENTACIÓN DEL PGCD con este epígrafe son los siguientes:

- 1.- ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN Y LOS REGISTROS
2. AUDITORÍAS INTERNAS
- 3.- GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES
- 4.- ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS
- 5.- GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA
- 6.- GESTIÓN DEL TÉCNICO DOCENTE

## **9. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

Para demostrar la conformidad con los requisitos del producto final y asegurar la conformidad con el SGCD y mejorar continuamente la eficacia del SGCD, se procederá a la medición y análisis de los indicadores identificados en el proceso de formación especializada. Estos indicadores están definidos en los procesos clave y se recogerán para su análisis, al menos, con periodicidad anual.

Además, serán objeto de seguimiento medición y análisis los siguientes:

- Encuestas de satisfacción a los residentes a lo largo de la formación
- Encuesta a la salida del proceso formativo
- Estudio de reclamaciones o quejas de o hacia los residentes de otros profesionales o de los pacientes.
- Encuesta a los responsables docentes
- Sugerencias de los residentes u otros profesionales
- Directrices Institucionales
- Las recomendaciones de las auditorías externas
- Las evidencias de auditorías internas
- Las acciones correctivas: aquellas llevadas a cabo ante la evidencia de una “no conformidad” o incumplimiento de un requisito.

- Las acciones preventivas: aquellas derivadas de acciones tomadas para prevenir una “no conformidad” potencial, cuyas posibles causas hayan sido detectadas por la revisión de los procesos o por la sugerencia de personas interesadas en el proceso.

El análisis de los datos mencionados se recogerá de forma apropiada en una base de datos exportable para su fácil procesamiento y análisis estadístico.

## **10. MEJORA CONTÍNUA**

El objetivo último del PGCD es la “mejora continua” del proceso formativo de los residentes y por lo tanto un requisito obligatorio de un Sistema de gestión de la calidad. La oportunidad de mejora debe ser detectada siempre por el seguimiento, medición, y análisis del apartado anterior. Además, cualquier disponibilidad de recursos, especialmente los espacios físicos con fines docentes, la incorporación de tecnología, o el relevo en los responsables asistenciales debe hacer considerar la posibilidad de establecer acciones para la mejora de la docencia.

El proceso de mejora continua es, por su naturaleza e impacto, una responsabilidad que debe ejercer la Dirección, estableciendo el liderazgo de la misma en coordinación con la Comisión de Docencia y cualquier otro órgano de gestión.

La alineación de la formación especializada con los programas de grado para que la formación previa y la especializada sea un continuo es una oportunidad de mejora que debemos desaprovechar por lo que la Dirección y la Comisión de Docencia deben tener un alto grado de compromiso en las Comisiones Paritarias del Sistema Murciano de Salud y la Universidad de Murcia.

## 12. IMPLANTACIÓN DEL PGCD

### 12.1. DIAGNÓSTICO INICIAL

De acuerdo con los procesos definidos, el primer planteamiento en la elaboración del presente PGCD del HUVA es analizar algunos aspectos en relación con la docencia y especialmente aquellos datos preliminares que permitan fijar un punto de partida.

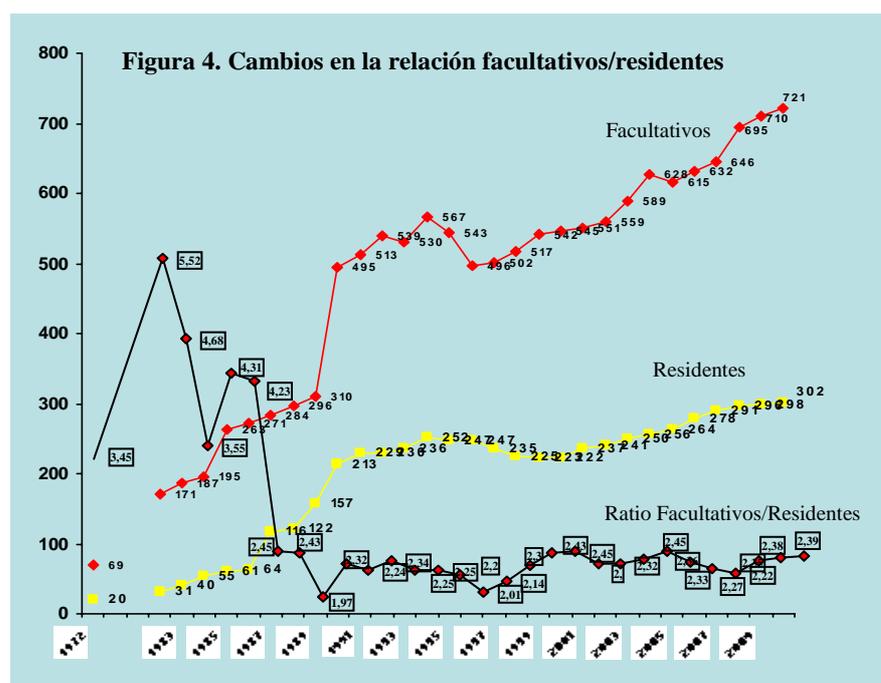
#### 12.1.1 VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DOCENTE.

##### 12.1.1.1 Unidades docentes acreditadas y ratio especialistas/residentes.

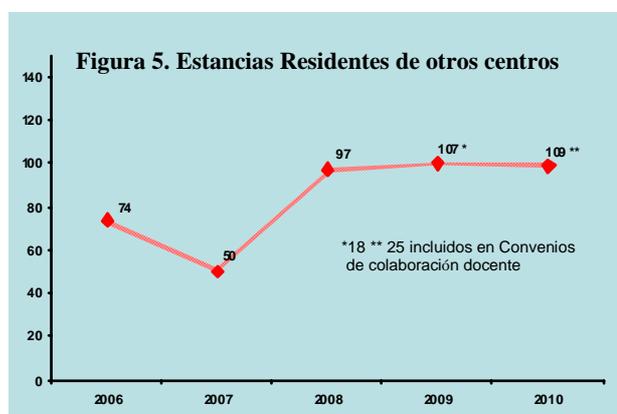
A pesar de que la “capacidad docente” ha de definirse en cada Unidad acreditada y así se define este proceso en el presente PGCD. Nos pareció oportuno evaluar los posibles cambios en algunas actividades como una aproximación diagnóstica a la adecuada capacidad docente global del HUVA.

Las Unidades Docentes acreditadas han pasado de 32 en 1993 a 39 en 2010 con 76 residentes incorporados a su primer año formativo mientras el número total de residentes era de 305 a fecha 31 de Diciembre de 2010.

De acuerdo con las reflexiones de la introducción, el proceso formativo ha sufrido cambios a lo largo de los años, de modo que la relación facultativos/residentes era de 3,45 en 1972<sup>5</sup>, de 2,83 en 1985, y ha experimentado una tendencia a estabilizarse en valores inferiores a 2,5 en los últimos años (figura 4).



Sin embargo, en la práctica la disminución de esta ratio es más marcada si incluimos a los residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que se incorporan en sus rotaciones por nuestro centro, en un número variable entre 10 a 15 anuales, y a aquellos otros que dado el carácter de referencia del HUVA, completan su programa formativo en nuestro Centro, mediante la fórmula de rotación externa o bajo convenios de colaboración docente (figura 5). Así, si solo nos limitamos sumar 100 residentes más a los 305 de nuestro centro, la ratio especialista/residente estaría por debajo de 2.

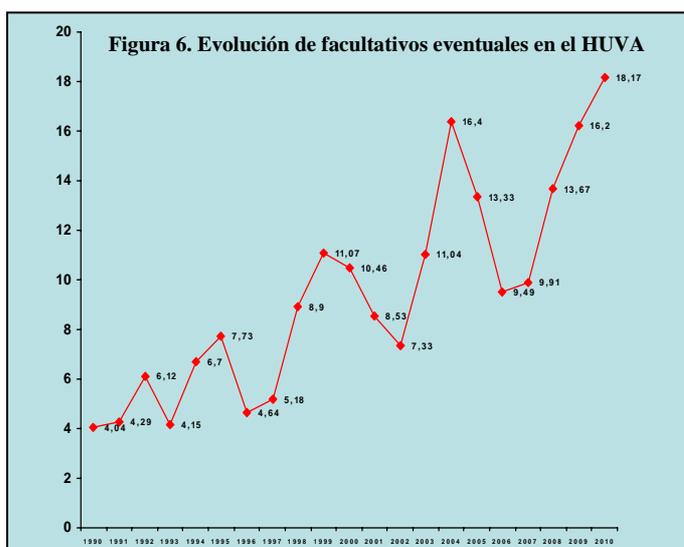


En la actualidad el HUVA mantiene convenios de colaboración docente con los siguientes centros de nuestra Región: Hospital General Universitario “Reina Sofía” (Servicios de Anestesiología y Reanimación, Cirugía General y Aparato Digestivo, Medicina Intensiva, Obstetricia y Ginecología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Otorrinolaringología, Cardiología, Farmacia Hospitalaria, Neurología, Neurofisiología Clínica, Aparato Digestivo); Hospital Universitario “Sta. M<sup>a</sup> del Rosell” (Servicios de Pediatría, Cirugía General y A.D., Aparato Digestivo, Neurología, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación, y Neumología); Hospital Universitario “Morales Meseguer” (Servicios de Neumología, Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición, Urología, Medicina Nuclear, Aparato Digestivo); Hospital Rafael Méndez (Servicios de Medicina Intensiva, Cirugía General y A.D., y Obstetricia y Ginecología).

Además, tenemos convenios de colaboración con hospitales de otras comunidades como el Hospital General Universitario de Elche para las especialidades de Cirugía General y Aparato Digestivo y con el Hospital Vega Baja de Orihuela para Medicina Intensiva

Es muy probable que una mayor ratio especialistas/residentes posibilite un mejor aprendizaje del residente dada su mejor oportunidad de práctica supervisada por una población amplia de especialistas y con una cierta garantía de tutela aunque esta no estuviera reglamentada. Una ratio menor, especialmente baja, puede poner en riesgo la garantía formal y documentada de la adquisición progresiva de responsabilidades y supervisión decreciente.

Además de estas consideraciones, la proporción de facultativos con contratos eventuales en el HUVA ha cambiado pasando de cifras poco significativas en los años iniciales del sistema a valores próximos al 20%, figura 6. Aunque no se puede afirmar que los facultativos con contratos eventuales tengan, necesariamente, un menor grado de compromiso docente, este aspecto debiera ser analizado mediante indicadores como su nombramiento como tutores o su actividad como colaborador docente o investigadora.



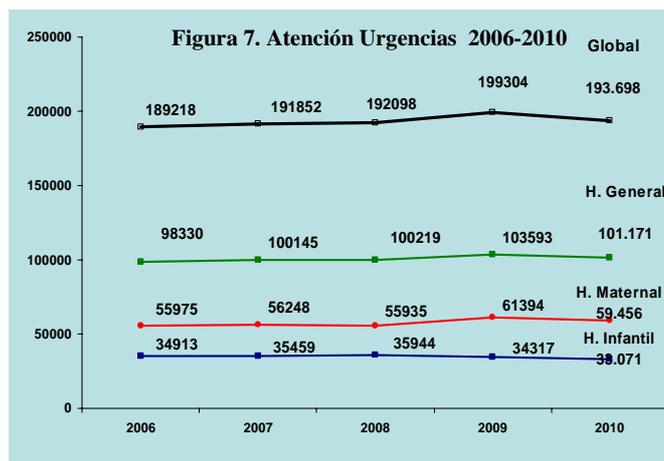
### 12.1.1.2 Cambios en la actividad y complejidad asistencial.

#### 12.1.1.2.1 Aspectos cuantitativos

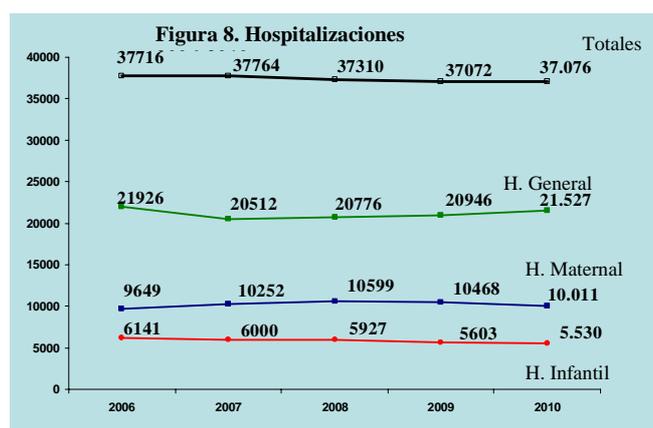
La formación especializada se desarrolla en el contexto del aprendizaje basado en la práctica por lo que la dimensión cuantitativa de la actividad asistencial puede ser un determinante esencial en las oportunidades para adquirir sus competencias. Para tener cierto criterio sobre si el número de residentes mantiene una aparente adecuación

con la asistencia hemos revisado la evolución cuantitativa de diferentes aspectos asistenciales en los últimos 5 años.

1°. **Área de Urgencias.**- La cifra total de urgencias atendidas en 2010, fue 193.698 (una media de 533 urgencias/día). A lo largo de los últimos 5 años no parece existir un cambio significativo en la atención a las Urgencias globales ni en ninguna de las áreas de la atención de estas: Hospitales General, Infantil, y Maternal (figura 7).

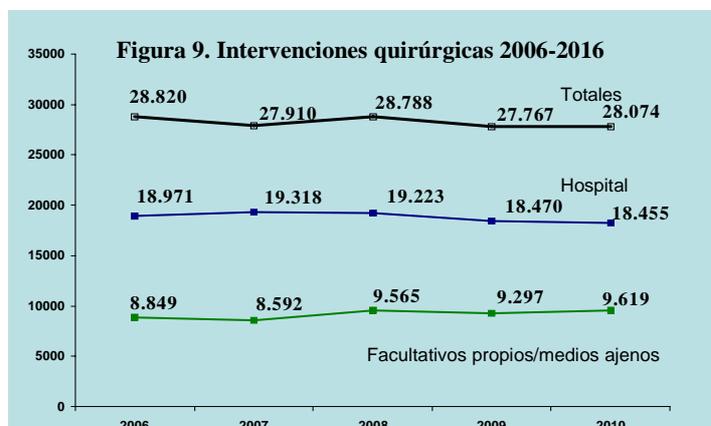


2°. **Área de Hospitalización.**- Las hospitalizaciones en 2010 han sido 37.076, más 237 hospitalizaciones domiciliarias. La evolución en últimos 5 años, global y desglosada, no muestran cambios significativos a lo largo de este periodo (figura 8).

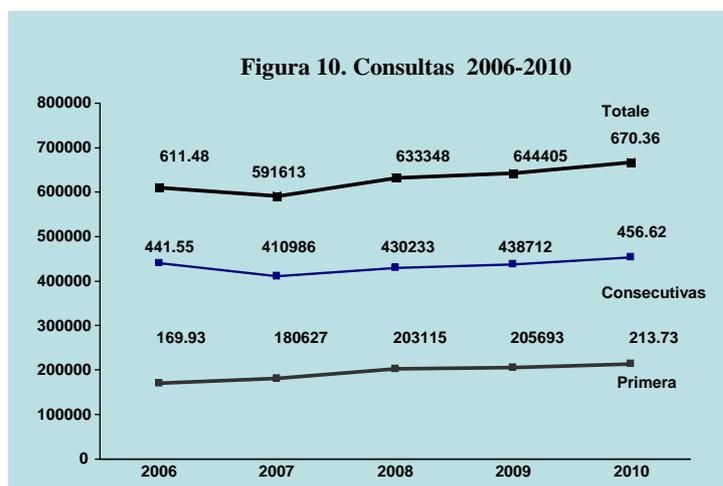


3°. **Área Quirúrgica.**- A 31 de Diciembre, las 28.074 intervenciones quirúrgicas, muestran un discreto descenso a expensas de las llevadas a cabo en el HUVA

compensada, con número creciente de intervenciones de facultativos propios en medios ajeno (figura 9).



4°. **Área de Consultas Externas.**- La actividad de consultas externas muestra una evolución progresiva en cuanto a su número, especialmente en las primeras consultas que han pasado de 169.932 en 2006 a 213.735 en 2010. Figura 10.

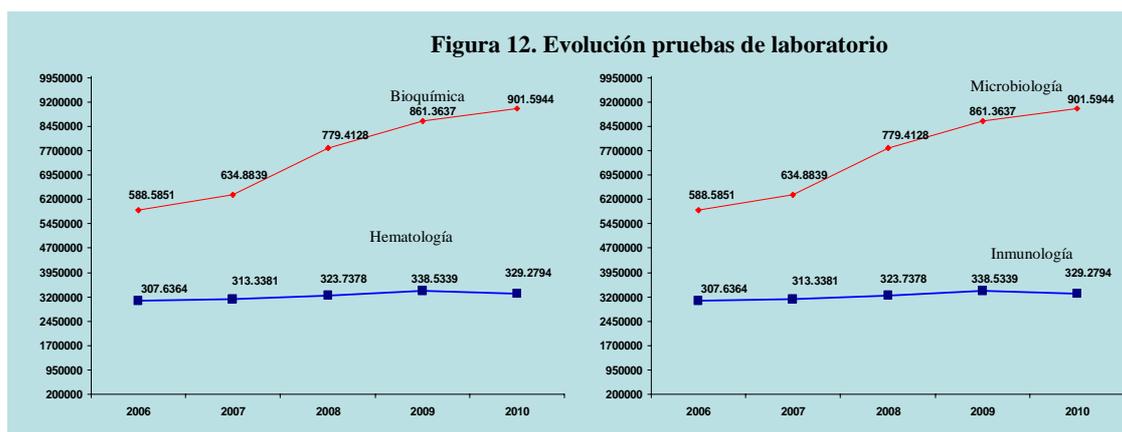
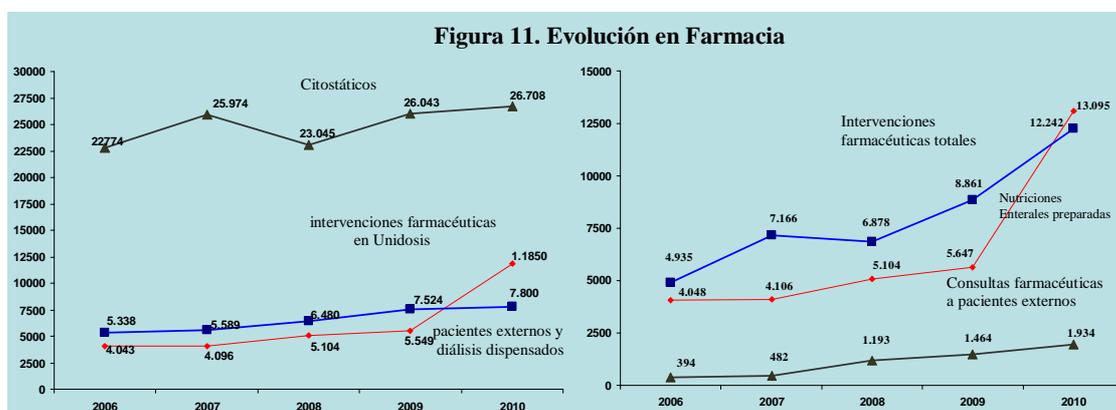


Tomada en su conjunto, la actividad asistencial de estas 4 áreas no muestran variaciones aparentemente significativas en los últimos 5 años, por lo que si tenemos en cuenta que el número de residentes se ha mantenido estable, en torno a 70-76 incorporaciones anuales, la oportunidad de ejercicio práctico de los especialistas en formación no se ha visto modificada, al menos en estos aspectos.

### 12.1.1.2.2 Aspectos en relación con la complejidad de la actividad.

Para una adecuada evaluación de la capacidad docente, en cuanto a la adquisición de habilidades y competencias, no solo debe tener en cuenta el número de pacientes atendidos sino la complejidad de la atención. Para tener una visión de los posibles cambios en estos años hemos analizado los cambios durante los últimos 5 años en algunas de las actividades que puedan reflejar esa complejidad.

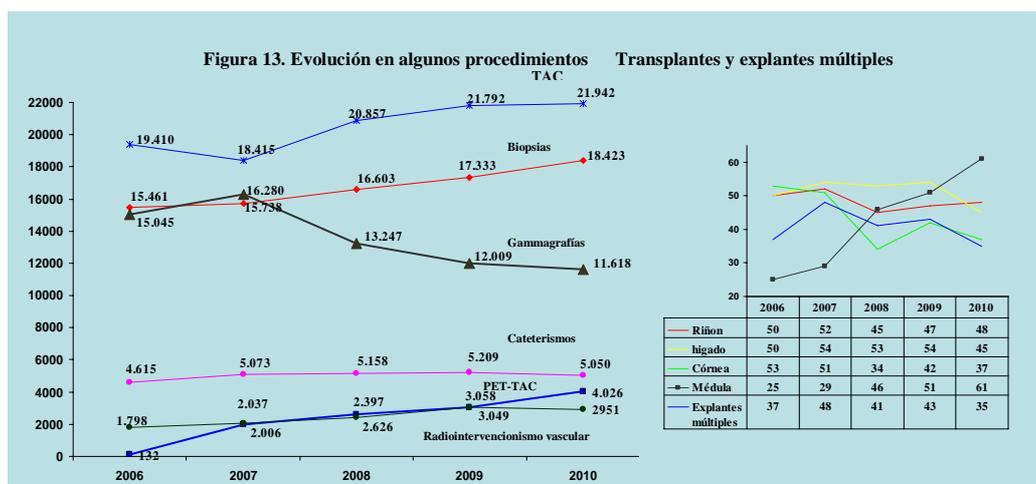
Una actividad que refleja la complejidad del Hospital es la de los servicios centrales y, en este sentido, la Farmacia Hospitalaria y las determinaciones de los Laboratorios Centrales son un claro exponente de los cambios en la evolución de esta (figuras 11 y 12).



Respecto a otros indicadores de la actividad o complejidad, el número de partos es adecuado tanto para la formación en Obstetricia como, por su atención al neonato, en Pediatría. Así el número de partos se ha mantenido estable siendo unos de los centros

españoles con mayor volumen anual, con cifras en torno a 8.000, en los últimos 5 años, 8.046, 8.232, 8.457, 8.230, y 7.992 en 2010.

La figura 13, recoge el número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos más habituales, apreciándose un incremento de las biopsias, intervencionismo vascular, cateterismo cardiacos, TAC y el PET-TAC, con un descenso en las gammagrafías. Mientras la cifra de actividad en transplantes muestra una relativa estabilidad excepto en el caso del transplante de médula que ha sufrido un rápido crecimiento en este periodo.



En conjunto hemos asistido a un aumento de diferentes procedimientos que pueden ser tomados como indicadores de la complejidad de la evolución asistencial, por lo que este aspecto parece un elemento positivo a la hora de sostener la capacidad docente. Aunque, como se ha repetido, somos conscientes de que la capacidad docente debe ser recogida por Servicios en base a criterios objetivos de actividad asistencial, docente e investigadora, y que este es uno de los procesos a definir en el PGCD.

### 12.1.2 ACCIONES Y DATOS PRELIMINARES A LA ELABORACIÓN DEL PGCD

Por iniciativa de la Dirección del HUVA y tras el informe de los aspectos desfavorables de la Auditoría de 2003, se decidieron una serie de actuaciones. Entre otras, se nombró a un nuevo Jefe de Estudios, se emprendieron acciones para mejorar los conocimientos en la Gestión Docente de de la formación especializada en ciencias de la Salud. Entre estas, se identificaron foros específicos para incorporar metodología docente y compartir experiencias. Entre otras, el HUVA se incorporó a AREDA

(Asociación de REdes de comisiones Docentes y Asesoras), SEDEM (Sociedad Española de Educación Médica), y a la AMEE (Association for Medical Education in Europe). Además de participar en estos foros, se organizaron encuentros regionales con los tutores (I y II Foro Regional de Tutores). Otra iniciativa fue constituir el Foro de Jefes de Estudio de la Región de Murcia para debatir problemas comunes, foro desde que se auspició una encuesta dirigida a los tutores de la región de Murcia alguno de cuyos resultados se exponen en un apartado específico. Igualmente, se realizaron encuestas de satisfacción para conocer las percepciones de los residentes.

Respecto al funcionamiento de la Comisión de Docencia, se han celebrado las reuniones con la periodicidad exigida. Se procedió a la difusión de la normativa vigente, especialmente de la limitación del número de guardias de los residentes, la adecuada ratio tutor/residentes, de la obligatoriedad de la cumplimentación del libro del residente, y la evaluación con criterios formativos y sumativos.

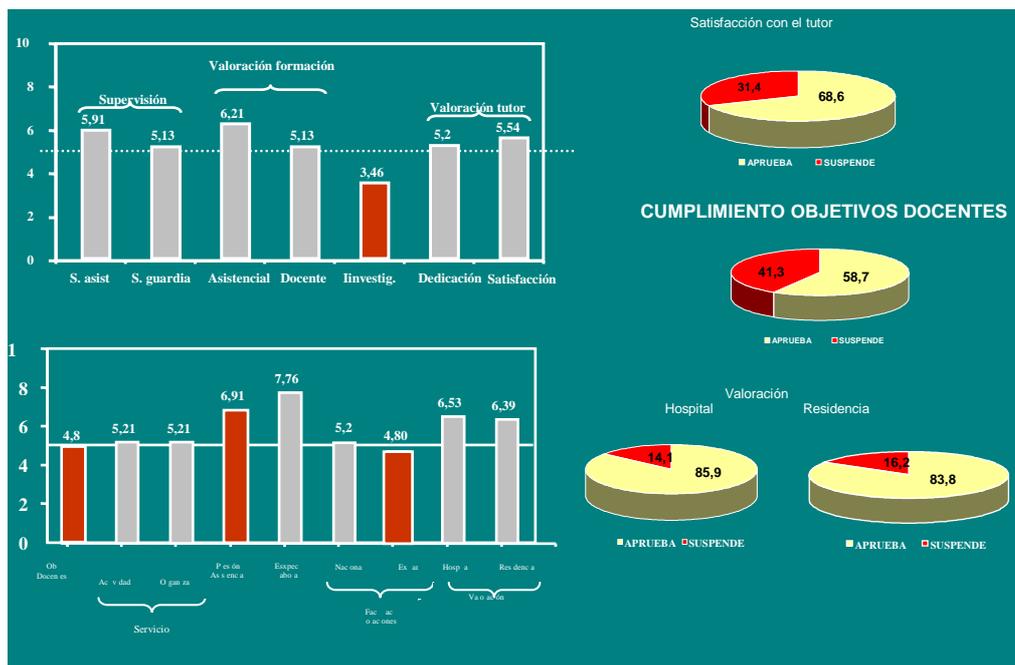
Para un mejor conocimiento de las políticas de calidad y la elaboración del preceptivo PGCD, el Jefe de Estudios siguió el curso de Experto Europeo en Gestión de la Calidad de los Servicios sanitarios de la Agencia Española de la Calidad.

Otra iniciativa, a la espera de contar con un Plan de Gestión de la Calidad Docente y ante la carencia de una metodología definitiva, fue el establecer, de acuerdo con la Dirección-Gerencia del Centro algunos indicadores de calidad en el Contrato Programa de los servicios aunque estos se establecieran de manera preliminar. Entre otros, los Planes Individuales de Formación, o la cumplimentación formal del Libro del Residente, se incluyeron en el “cumplimiento de objetivos” de la Unidad de Docencia para el Plan Estratégico del año 2010. Los indicadores y su grado de cumplimiento se recogen en el ANEXO IV.

#### **12.1.2.1 La Voz Del Residente**

Las percepciones expectativas y principales reivindicaciones de los residentes encuestados en 2006 se resumen en una baja valoración de determinados aspectos formativos, docentes e investigación. Igualmente, el 60% no disponía de un calendario completo de rotaciones y un tercio de los residentes suspendían el grado de tutela, especialmente en la actividad de las guardias. A pesar de ello, casi el 90% de los residentes consideraba su formación asistencial buena (figura 14).

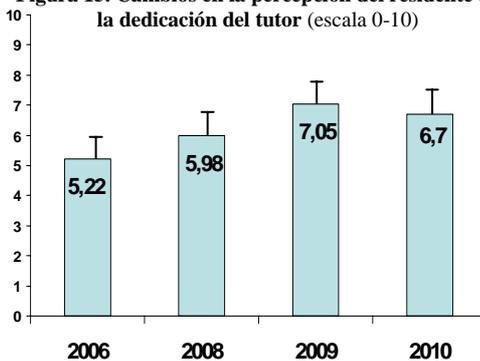
**Figura 14. Percepciones de los residentes encuestados en 2.006**



Nota: la escala de puntuación utilizada 0-10

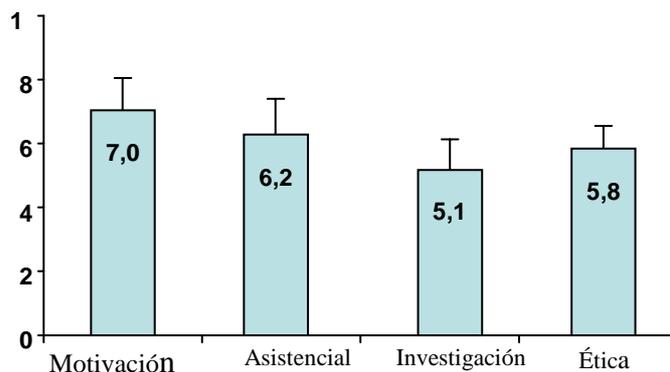
Tras algunas acciones, relevo de tutores e impartición de cursos de metodología docente, se apreció un cambio sustancial en la percepción, por parte del residente, en la mayor dedicación del tutor aunque esta valoración se ha estancado (figura 15).

**Figura 15. Cambios en la percepción del residente de la dedicación del tutor (escala 0-10)**



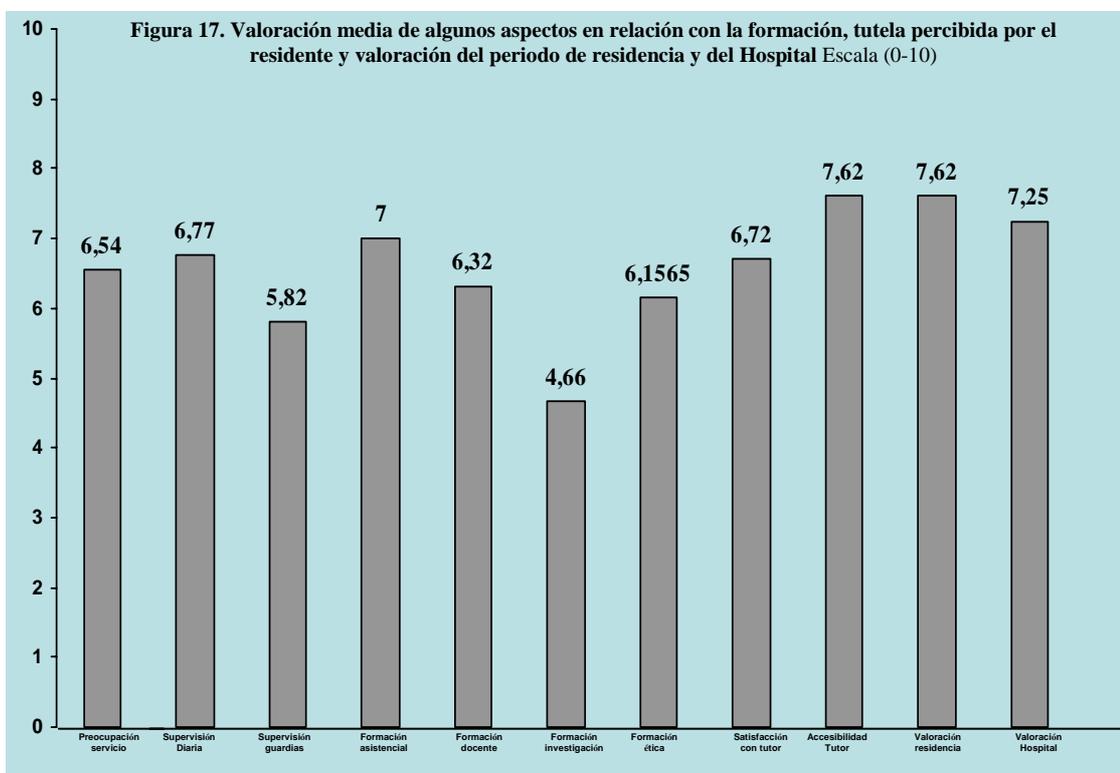
Esta mayor dedicación se correspondía con un similar reconocimiento de la motivación del tutor. Sin embargo el impacto de la labor del tutor en diferentes aspectos no se percibe con esta misma valoración.

**Figura 16. Percepción de los residentes en 2009 sobre la motivación y soporte del tutor en aspectos concretos (Escala 0-10)**



Además el 56% de los residentes percibía como “poco” o “nada” reconocido el papel del tutor y el 79% que el tutor debería estar acreditado como tal. El 76% de los residentes admitía tener una “buena” o “excelente” relación con su tutor mientras solo el 2% tenía la percepción de que esa relación era inexistente.

En la encuesta realizada a finales de 2010 y principios de 2011 los datos más relevantes se recogen a continuación en la figura 15.



Cuando se consideró la percepción del residente sobre el grado de dedicación del tutor y este se calificó como “aprobado” o “suspenso”, es decir menor o mayor de 5 puntos en la escala de 10, el resultado fue muy diferente dependiendo de año de residencia. Así, el 24% de los residentes de primer y segundo suspendieron la dedicación del tutor mientras esta valoración la dieron solo el 8% de los residentes de años posteriores,  $p = 0,001$ .

### 12.1.2.3 Las percepciones del Tutor

Conscientes de que gran parte de la mejora del sistema formativo pivota sobre la responsabilidad del tutor que le otorga la nueva normativa, propusimos al “Foro de Jefes de estudios de la Región de Murcia”, la realización de una encuesta para conocer sus percepciones. La encuesta obtuvo respuesta de un elevado número de tutores, con una notable proporción de los de nuestro Centro, por lo que consideramos que los principales resultados deben ser tomados como representativos de los tutores del HUVA. Entre otros datos obtenidos <sup>22</sup>, las características de los 147 tutores encuestados se resumen en una experiencia profesional dilatada y con más de un tercio de los mismos en posesión de la tesis doctoral. Tablas 5

**Tabla 5. Características de los 147 Tutores**

Varones (%)	69
Edad (años)	45 ± 7
Ejercicio profesional (años)	20 ± 7
Años como tutor	45 ± 7
Residentes a su cargo/año	3,7 ± 3,1
En posesión de Tesis doctoral (%)	37
Asistencia a formación de tutores (%)	54
Publicaciones en revistas indexadas ≥ 10 (%)	33
Favorable a una formación troncal (%)	74

Teniendo en cuenta las características de los tutores encuestados, cualificación y prolongado ejercicio profesional, llama la atención la diferente importancia que conceden a algunas de las funciones que la normativa les atribuye. Las más valoradas fueron la supervisión clínica, completar el programa de la especialidad, y la supervisión del día a día, aunque solo en torno al 60 % de los tutores concedió a estas funciones un valor importante. En sentido opuesto, tan solo en torno al 40% de los tutores consideró

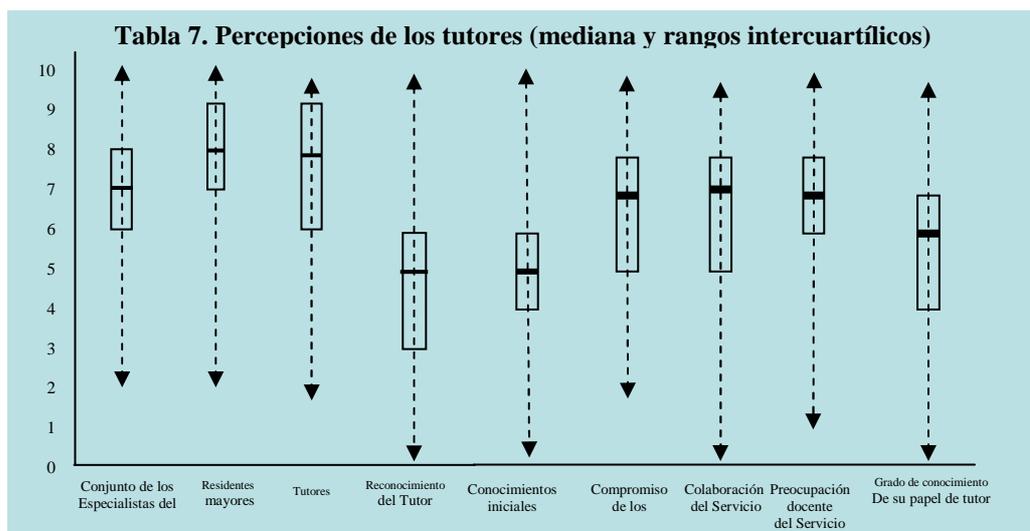
importante la evaluación formal del residente, la planificación de sesiones y la supervisión del libro del residente.

**Tabla. 6 Valor de Tutor hacia sus funciones**

Actividad	Tutores que conceden valor destacado a esta función (%)	
Supervisión clínica	8.0 (7.0-9.0)	64
Completar el programa oficial	7.0 (6.0-8.0)	61
Supervisión diaria	7.0 (5.0-8.0)	59
Planificación rotaciones	7.0 (5.0-8.0)	54
Entrevistas estructuradas	7.0 (6.0-8.0)	50
Evaluación formal del residente	6.0 (5.0-8.0)	43
Planificar sesiones	6.0 (5.0-8.0)	40
Supervisión de libro del residente	6.0 (3.0-7.0)	39

Valores sobre 10, expresados como mediana (rango intercuartílico)

Respecto a la percepción de diferentes aspectos necesarios para el desarrollo de su labor, a pesar de que los tutores perciben un buen ambiente por parte del conjunto de su Servicio en cuanto a la preocupación y colaboración por la docencia, no se sienten adecuadamente reconocidos en su labor como tutor.



Otros aspectos de interés de estos datos pueden resumirse en:

- Los tutores no se reconocen en la actualidad como los “primeros responsables” del proceso de aprendizaje del residente, de modo que se otorgan la misma o menor influencia en el proceso formativo del residente que la de los residentes “mayores”.
- No se consideran conocedores de su papel.
- Entienden que el grado de conocimientos de los residentes cuando inician el proceso formativo no es bueno.

### **12.1.2.3. La disponibilidad de la estructura docente en lo referente a las aulas.**

En la actualidad el área inicial de docencia, ha cedido diferentes espacios para otros fines como la implantación de la historia electrónica (programa “Selene”), la bolsa de trabajo, el departamento informático que recibe y elabora los informes de la actividad asistencial del Centro y su incorporación a la intranet “Arrinet”, etc. Independientemente de que no está en discusión ni la importancia ni la necesidad de estas actividades, lo que es evidente es el que su ubicación actual ha restado un notable espacio físico al área que contemplaba su utilización para el desarrollo de las actividades docentes cuando se diseñó y construyó el edificio de Dirección.

En la actualidad las dos aulas dan cobertura a múltiples actividades además de las propias de la formación especializada. Así, es utilizada para reuniones de los sindicatos o diferentes grupos del personal del centro. También se utilizan para la difusión de los contratos programa y planes estratégicos, para el desarrollo de la formación continuada de todas las divisiones profesionales del Centro. Adicionalmente, por ausencia de espacio físico adecuado en su servicio algunas Unidades Docentes utilizan las aulas para las sesiones clínicas. Además, las aulas acogen a los cursos del Plan Transversal Complementario del Residente, las sesiones generales de hospital, y los cursos programados por los diferentes servicios. Para dar una idea de la actividad de las aulas y la dificultad que supone la disponibilidad y la programación de las actividades para su encaje en las aulas se recoge en el ANEXO V las actividades de 2010.

## **13. CONCLUSIONES Y CRONOGRAMA DE TRABAJO**

De acuerdo con estas reflexiones, el **diagnóstico inicial** como punto de partida a la hora de elaborar un cronograma para el despliegue del presente PGCD tiene en consideración 3 aspectos fundamentales:

1.- La **capacidad docente** del HUVA es, de acuerdo a criterios objetivos, recursos, actividad asistencial, complejidad y variedad de Unidades Asistenciales Docentes o no docentes, adecuada para formar a los residentes para los que está acreditada, ya que este número ha variado muy discretamente en los últimos años mientras la actividad asistencial se mantiene habiéndose incrementado la complejidad y la actividad diagnóstica. No obstante, el alto número residentes que realizan estancias en nuestro Centro para completar su programa formativo, bien bajo la fórmula de

rotaciones externas o del acuerdo docente bajan la ratio facultativos/residentes de tal modo que debe hacer reconsiderar si no existe una saturación en determinadas Unidades.

2.- El reto actual para la debida adhesión a la normativa pasa por situar al **tutor en el papel que se le asigna como “primer responsable** del proceso de aprendizaje del residente”. Aunque esta responsabilidad no debe interpretada como que el tutor es, necesariamente, el docente que mas conocimientos posee y/o transmite, sí le exige la gestión de todos los aspectos formales lo que conlleva unos conocimientos y dedicación específicos que deben ser reconocidos. Esta es una limitación con la que debe contar la planificación y cronograma del PGCD y constituye un punto crítico para abordar la mejora continua.

3.- **Los residentes de los primeros años son los que perciben un menor grado de dedicación del tutor**, lo que debe orientarnos a la necesidad de que el ejercicio formal del papel del tutor es muy importante que se establezca de forma inmediata en el proceso de formación.

**4. Los recursos docentes para cumplir con las exigencias de la normativa son insuficientes.** Aunque es evidente que han mejorado respecto a los años anteriores y ha recibido el apoyo de la dirección del Centro, la Secretaría de la Unidad Docente del HUVA gestiona toda la documentación y consultas de más de 300 residentes propios, las rotaciones de residentes propios en otros centros y de otros centros en el nuestro, y las prácticas de grado mediante el programa PRADO. Además, la Secretaría de Docencia da soporte administrativo a las acciones de Formación Continuada tanto en la elaboración de la documentación como el aspecto económico. Estas funciones llevan consigo la gestión de la programación de las aulas y la de los medios docentes disponibles en ellas. Con esta dimensión cuantitativa y la exigencia de la nueva normativa y la aplicación de un Sistema de Gestión de la Calidad Docente, exige una adecuación de los recursos humanos y una estructura jerarquizada que posibilite su funcionamiento como cualquier Unidad.

En cuanto a los recursos estructurales, los espacios disponibles para la adecuada programación de las actividades docentes son insuficientes y limitan la planificación y desarrollo de las mismas.

Por último, como una acción preliminar al PGCD, la Jefatura de Estudios solicitó a la Dirección del Centro su compromiso para la incorporación de algunos indicadores relativos a la calidad docente en los “Contratos Programa” de los servicios

en 2010. Esta acción pretendía obtener datos preliminares del grado de adhesión a nuestras directrices. Los indicadores propuestos fueron: “Plan individual del Residente” (grado cumplimiento 71%); “Entrevista estructurada” (grado de cumplimiento 68%), acciones realizadas en el HUVA del plan Transversal Común del Residente (56% de las previstas), “Encuesta de satisfacción del Residente” (75%).

De acuerdo con todo lo anterior y teniendo en cuenta las exigencias de los objetivos, medibles, adecuados, realistas, y coherentes, se establece el siguiente **cronograma trabajo** con un enfoque inicial en los siguientes puntos:

- **Elaboración del PGCD.** Remisión para su revisión y aprobación al Responsable de Calidad del HUVA, Comisión de Docencia, y Dirección del HUVA (plazo Marzo-Abril 2011)

- **Difusión** del PGCD mediante sesión presencial, convocada por la Gerencia, a todo responsables docentes y residentes. Igualmente, se realizará una difusión por correo electrónico a Jefes de Unidad, Tutores, y Residentes. (Mayo-Junio 2011).

- **El despliegue del PGCD** en sus aspectos de comunicación se completará con su difusión por los diferentes Unidades a lo largo del año hasta el 31 de Octubre de 2011.

- Propuesta de indicadores docentes para su inclusión en los contratos de gestión de las Unidades Acreditadas para primer trimestre de 2012.

Los indicadores prioritarios hacen referencia a los siguientes procesos:

#### 1.- PROCESOS DE PLANIFICACIÓN

Voz del residente

Voz de los tutores

Planificación estratégica

Medición análisis y evaluación del PGCD

#### 2.- PROCESOS OPERATIVOS:

Planificación Docente: Capacidad Docente de las diferentes Unidades

Acogida del Residente

Formación de Residentes

Evaluación formativa de Residentes

Evaluación formativa y sumativa anual y final del Residente

#### 3.- PROCESOS DE SOPORTE:

Gestión Secretaría docencia

## Referencias bibliográficas

- 1) S Hinohara. El Hospital como Facultad en Sir William Osler. Un estilo de vida y otros discursos con comentarios y anotaciones. El Hospital como Facultad. Unión Editorial. 2007. Madrid.
- 2) <http://blogderozman.wordpress.com/2008/12/23/breve-historia-del-sistema-mir/>
- 3) Segovia de Arana Introducción al Homenaje al Hospital Español. ENE Publicidad. 19991. Madrid Monografía Beecham 50.
- 4) (<http://www.lne.es/sociedad-cultura/2011/02/27/hospital-general-principal-referente-modernizacion-asistencia-sanitaria-espana/1039281.htm>)
- 5) Antonio López Alanís en “Hitos de la medicina Murciana: “la Arrixaca Vieja” Real Academia de Medicina y cirugía de Murcia. Murcia 2009
- 6) Juan Antonio Gómez Rubí “Breve historia del hospital Virgen de la Arrixaca”. Homenaje al Hospital español. ENE Publicidad. 19991. Madrid Monografía Beecham 50.
- 7) <http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp>
- 8) Real Decreto 183/2008. [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-3176](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-3176)
- 9) <http://servicios.laverdad.es/servicios/cuadernossalud/pg271007/suscr/nec2.htm>
- 10) Según datos de la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Regional BD-Civitas (Tarjeta Sanitaria). Ciudadanos BD-Civitas (Tarjeta Sanitaria) CARM-Hospital Diciembre 2010
- 11) PGCD del H reina Sofía de Murcia
- 12) PGCD de Castilla León. <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/>
- 13) Plan Salud 2010-2015 [www.murciasalud.es/plandesalud](http://www.murciasalud.es/plandesalud)
- 14) Saura Llamas J, Galcerá Tomás J, Botella Martínez C, y miembros del Foro de Jefes de estudio de la región de Murcia. Las figuras docentes de la formación de Médicos especialistas ante el Real decreto 183/2008. El Jefe de Residentes y el Técnico Docente. Rev Clín Med Fam 2011;4:49-56
- 15) Young Mark A, Stiens Steven A, Hsu Powen. Chief resident in PM&R. A balance of education and administration. Am J Phys Med Rehabil. 1996;75(4):257-62.
- 16) Grant I, Dorus W, McGlashan T, Perry S, Sherman R. The chief resident in psychiatry. Arc Gen Psychiatry. 1974;30:503-7
- 17) Parrino T, Steel K. The medical chief resident and its relation to academic sections of general medicine. Am J Med. 1983;75:839-42.
- 18) Claire Williams, David K Menon, Basil Matta, Jag Ahluwalia, Arun K Gupta The chief resident role <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20000232>).
- 19) J L Merino, J Cobo, J Innerarity, S Diz, C Quereda .La figura del Jefe de Residentes en la formación de Médicos Internos Residentes: implantación y desarrollo en un hospital español. Rev Clin Esp. 2007;207:79-82.
- 20) Fernández de Misa R, Boixeda MD, Orofino L. El jefe de residentes: una figura olvidada en nuestro país. Rev Clin Esp. 1995;195(5):286-7
- 21) [http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/WEB-UDMFC/UD/residentes/legislacion/REGULACION\\_UNIDADES\\_DOCENTES.pdf](http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/WEB-UDMFC/UD/residentes/legislacion/REGULACION_UNIDADES_DOCENTES.pdf)
- 22) Galcerá-Tomás J, Botella-Martínez C, Saura-Llamas J, Navarro-Mateu F; Chiefs of Study Forum of Murcia Region (CSFMR). New regulations regarding Postgraduate Medical Training in Spain: perception of the tutor's role in the Murcia Region. BMC Med Educ. 2010 Jun 14;10:44-9