

Plan de Gestión de Calidad Docente



Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia

Aprobado en Comisión de Docencia en 9 de noviembre de 2010

Revisión en septiembre 2016 (Reunión Comisión de Docencia de 18-10-2016).
Validado por Dirección Gerencia con fecha 19 de octubre de 2016.

Revisión en noviembre 2019 (Reunión Comisión de Docencia 17 -12- 2019)
Validado por Dirección Gerencia con fecha 20 enero 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL	3
1.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL	3
1.3. MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ÁREA VI	3
2. GESTIÓN DE LA CALIDAD	7
3. PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE.....	8
3.1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	8
3.2. METODOLOGÍA.....	9
3.3. IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.....	10
3.4. ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES.....	11
3.4.1. Órganos docentes.....	11
3.4.1.1. Unidades Docentes. Análisis de la Capacidad Docente	11
3.4.1.2. Comisión de Docencia	12
3.4.1.3. Jefe de Estudios de formación especializada.....	13
3.4.1.4. Tutor de residentes	13
3.4.1.5. Comité de Evaluación	14
3.4.1.6. Órgano regional competente en Formación Especializada	15
3.4.2. Recursos de información y medios disponibles en el centro para todas las Unidades Docentes	15
3.5. EL LIBRO DEL RESIDENTE	15
3.6. MAPA DE PROCESOS	15
3.7. PROGRAMA TRANSVESAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE	15
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXO I: CARTERA DE SERVICIOS	17
ANEXO II: COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA	20
ANEXO III: OBJETIVOS E INDICADORES DE CALIDAD. CRONOGRAMA.....	21
ANEXO IV: MODELOS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.....	28
1.- Evaluación anual del Hospital y Unidad Docente por el residente	29
2.- Evaluación de Unidad de Rotación por el residente	30
3.- Evaluación anual del Hospital como centro docente por el tutor o miembro de la Comisión de Docencia.....	31
ANEXO V: RECURSOS DOCENTES DEL CENTRO.....	32
ANEXO VI: MAPA DE PROCESOS FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	36

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL

El Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia (HMM) se construyó en el año 1992 sobre el antiguo Hospital Virgen de la Arrixaca, centro sanitario que permanecía cerrado desde el traslado que tuvo lugar a la localidad de El Palmar en 1975.

El HMM, que recibió en reconocimiento de hospital docente en 1996, es un centro sanitario de titularidad pública, con dependencia patrimonial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y dependencia funcional del Servicio Murciano de Salud. Es el hospital de referencia para el Área de Salud VI (Vega Media del Segura) y tiene una población asignada de 249.185 habitantes que pertenecen a 17 Zonas Básicas de Salud. Su cartera de servicios figura en el Anexo I.

1.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Situado en el centro de la ciudad de Murcia, en la avenida Marqués de los Vélez s/n, es un edificio construido sobre una superficie de 23.700 metros cuadrados (solar), con 63.833 metros cuadrados edificados, distribuidos en 5 edificios denominados Bloque A (2 plantas), Bloque B (7 plantas), Bloque C (8 plantas), Bloque D (5 plantas) y Bloque E (1 planta). Dispone de 416 camas hospitalarias (de las que 18 son de UCI) y 20 camas de observación en Urgencias. Existen 10 quirófanos en el hospital (8 programados y 2 de urgencias) y 72 locales de consulta. En el HMM hay 40 puestos en el hospital de día médico, 8 puestos de Oncohematología, y 32 camas en hospital de día quirúrgico. El hospital cuenta con una red informática interna completa y un sistema de comunicación de transporte neumático. Tiene implantada la Historia Clínica Electrónica con el aplicativo Selene a nivel hospitalario, con acceso a la Historia Clínica compartida regional mediante la aplicación de Ágora Plus.

Su vocación de servicio asistencial, con gestión integrada dentro de la Gerencia del Área VI de Murcia, se concreta en la misión, visión y valores, compartidos y asumidos por todo el personal que trabaja en el Área.

1.3. MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ÁREA VI.

El Plan Estratégico del Hospital Morales Meseguer fue aprobado en 1998, y revisado por última vez en febrero de 2012, acordando las líneas y objetivos comunes prioritarios del Área, que se concretan en los siguientes, actualmente vigentes.

A.- MISIÓN

El Área VI es una organización perteneciente al Servicio Murciano de Salud, cuya finalidad es la provisión de atención sanitaria a los ciudadanos de su área, así como al resto de ciudadanos en los servicios en los que es referencia.

Una atención orientada al paciente que comprende la asistencia sanitaria integral, de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, de calidad, humana, basada en conocimientos científico-técnicos actualizados y en las mejores evidencias disponibles, ejercida de forma efectiva y eficiente y que gestiona de forma racional y sostenible los recursos, teniendo en cuenta el medio ambiente.

Es una organización generadora de conocimiento, que ejerce la docencia pre y postgraduada, investiga e integra los avances tecnológicos atendiendo en todo momento a los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto.

Con todo ello debe lograr satisfacer las expectativas de la población, asegurando la equidad y accesibilidad, lograr el bienestar y satisfacción de sus profesionales, y contribuir a elevar el nivel de salud del Área.

B.- VISIÓN

El Área VI del Servicio Murciano de Salud pretende ser una organización sanitaria integrada en el entorno y en la sociedad, que aspira a alcanzar la excelencia:

- Prestando una atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos y en la evidencia científica, personalizada y segura, efectiva y eficiente, respetando los valores éticos y la autonomía del paciente.
- Disponiendo de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables.
- Contando con personas formadas, cualificadas, competentes, reconocidos, motivados, comprometidos con la organización e individualmente satisfechos, en un clima laboral cordial y cooperante.
- Siendo un referente en la utilización de nuevas tecnologías sanitarias y de sistemas de información, innovadora y generadora de conocimiento.
- Asegurando y controlando la calidad de la docencia pre y postgraduada, la formación continuada y la investigación.
- Siendo líderes y referentes en nuestras prestaciones sanitarias, por su nivel de calidad y efectividad.
- Realizando una gestión eficiente de los recursos, comprometida con el medio ambiente, que propicie el desarrollo sostenible de la asistencia sanitaria.
- Logrando el máximo nivel de salud de la población, fomentando la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y su implicación para conseguirlo.

En definitiva, pretende convertirse en el Área donde quisieran ser atendidos los usuarios y donde quisieran trabajar los profesionales del SMS.

C.- VALORES

Estos son los valores que han sido consensuados por los profesionales, priorizados y ordenados en función de su importancia:

- El usuario como eje y centro de la organización
- Competencia profesional
- Responsabilidad en el uso de los recursos públicos
- Humanización de la Organización
- Trabajo en equipo
- Justicia, equidad y accesibilidad
- Compromiso con la calidad
- Compromiso con la organización
- Cuidando a los profesionales
- Sostenibilidad
- Gestión del conocimiento e innovación
- Transparencia y comunicación
- Participación en la toma de decisiones
- Garante de la confidencialidad de la información
- Compromiso con el medio ambiente

D.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ÁREA VI DE LA REGIÓN DE MURCIA

Objetivo general:

Contribuir a elevar el nivel de salud del Área

Líneas estratégicas para cumplir la misión:

1.- Fomentar la atención de tipo preventivo y de promoción de la salud.

- a) Garantizar la atención en aspectos como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impulsando la vigilancia de la salud.
- b) Fomentar la implicación responsable de los ciudadanos con su salud.
- c) Realizar el análisis de las necesidades de salud del área para distribuir los recursos
- d) Establecer programas de colaboración con otros recursos sociales (ayuntamientos, asociaciones de vecinos, de consumidores, escuelas,...) que puedan contribuir a mejorar el nivel de salud y conseguir nuestros objetivos, bien mediante la educación para la salud, con servicios de apoyo u otros.

2.- Atención de calidad basada en conocimientos científico-técnicos actualizados.

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos científico-técnicos y garantizar una práctica clínica basada en la evidencia y la eficiencia.
- b) Adecuar la incorporación y uso de nuevas tecnologías.
- c) Desarrollar los sistemas de información y comunicación.
- d) Adoptar la garantía de calidad como eje de mejora continua
- e) Consolidar una Jornada anual del área para dar a conocer los resultados de investigación y docencia.

3.- Gestión racional y sostenible los recursos.

- a) Conseguir un Área de Salud eficiente orientado a los resultados. Alcanzar la excelencia en la gestión de los procesos asistenciales
- b) Utilizar de forma efectiva y eficiente los recursos materiales disponibles, así como optimizar los recursos humanos, adaptándolos a la organización y a las necesidades del paciente.
- c) Disponer de una contabilidad analítica que permita, si fuera preciso, entre otras cosas, emitir facturas informativas del coste de la asistencia prestada.
- d) Optimización, en base a la evidencia disponible, de los procesos clínico-burocráticos vinculados a la gestión de las ITs
- e) Optimización de los procesos de facturación a terceros y cobros.
- f) Promover convenios con instituciones docentes para que destinen recursos para la formación pre y post grado.
- g) Promover el uso de los sistemas de información para optimizar recursos orientados a la historia clínica única.

4.- Atención al medio ambiente.

- a) Compromiso de actuación sobre los condicionantes del entorno con mayor impacto sobre la salud (aire, agua, residuos y contaminantes químicos).
- b) Integración de la cultura ambiental y la mejora continua mediante la reducción del consumo, reutilización y reciclaje de la forma más genérica posible
- c) Uso racional de la energía y los recursos naturales.
- d) Reducir la contaminación producida.
- e) Mejora continua de la segregación y reciclado de residuos.

5.- Atención a la docencia pre y postgraduada e investigación

- a) Intentar normalizar perfiles profesionales mediante formación continuada dirigida hacia la competencia más adecuada, al puesto que ocupa.
- b) Promover la investigación clínica dirigida a la mejora de la salud de nuestros ciudadanos.
- c) Mejorar la calidad de la investigación.
- d) Fomentar la formación de los profesionales para asegurar la generación de conocimiento y la actividad docente e investigadora.
- e) Acreditación de unidades docentes y mejora de calidad de formación sanitaria especializada.
- f) Incentivación de la Formación Continuada con Bolsas de congresos. Rotaciones por otras unidades. Formación en jornada laboral como una parte más de los derechos y obligaciones profesionales.

6.- Atención en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto.

- a) Proveer a los ciudadanos de su área de una atención sanitaria integral y humanizada.
- b) Fomentar el buen trato entre todo el personal, evaluación continuada sobre la calidad y trato a los pacientes y familiares
- c) Revisar desde criterios bioéticos la docencia con pacientes reales. Valorar confidencialidad, consentimiento e información, previos a ser atendidos por estudiantes y profesionales en formación.
- d) Fomentar las buenas prácticas que eviten los conflictos de intereses.

7.- Satisfacción de las expectativas de la población.

- a) Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
- b) Mejora de la integración y coordinación entre la atención primaria y la atención especializada.
- c) Fomentar la participación ciudadana a través de los canales establecidos.
- d) Información al usuario de la misión, visión, valores líneas estratégicas, objetivos y recursos y limitaciones del área VI.
- e) Accesibilidad por parte de los usuarios a los datos/indicadores del área.
- f) Presencia en los medios de comunicación, Internet, foros ciudadanos...
- g) Intentar satisfacer las expectativas ciudadanas con la disponibilidad de recursos real.
- h) Impulsar la participación ciudadana a través del Consejo de Salud del Área.
- i) Revisión, mejora y actualización continua de los circuitos y dispositivos de información al ciudadano.

8.- Asegurar la equidad y accesibilidad.

- a) Eliminar barreras de cualquier naturaleza que dificulten la accesibilidad tanto para usuarios/as y profesionales.
- b) Promover la equidad.
- c) Controlar el uso inadecuado de recursos

9.- Satisfacción de sus profesionales.

- a) Nuestra organización debe estar basada en los profesionales como su principal activo, preocupada por su satisfacción y desarrollo personal y profesional.
- b) Desarrollar programas de incentivación y motivación a los profesionales
- c) Participación de todos los profesionales en la toma de decisiones que afectan a su

unidad o servicio.

- d) Distribución equitativa de cargas de trabajo
- e) Fomentar el reconocimiento del trabajo en equipo en la atención del paciente.

Líneas estratégicas de la Visión:

1.- Atención continuada, integral e integrada, basada en la gestión de procesos.

- a) Propiciar grupos de trabajo, bien establecidos bien puntuales como estrategia de comunicación y de relación entre Hospital y Primaria
- b) Buscar puntos de encuentro desde la gestión transversal del conocimiento.
- c) Desarrollo de la Gestión Clínica. Creo que se trata de la herramienta necesaria para poder lograr de forma más eficaz cristalizar la visión en el contexto de la misión y los valores propuestos.
- d) Desarrollar la estructura de Área sanitaria
- e) Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas mediante el desarrollo de vías clínicas integradas entre niveles asistenciales.
- f) Unificación de historia clínica en todo el área VI
- g) Eliminar la complejidad de los trámites administrativos.
- h) Establecer un calendario de reuniones periódicas entre equipo gestor y coordinadores de primaria y especializada, donde informar resultados de la atención, estado de los procesos, comunicación de incidencias y resolución de las mismas.
- i) Calendario de reuniones periódicas entre representantes de equipos de atención primaria y especializada en las que valorar el funcionamiento de las vías clínicas, resolución de problemas e incidencias.
- j) Unificación de protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica en toda el Área VI
- k) Garantizar la continuidad asistencial a través de mecanismos como la gestión de casos.

2.- Disponer de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables.

- a) Integrar todos aquellos avances tecnológicos adecuados
- b) Dotar a los equipos de los recursos necesarios personal, material, etc
- c) Sistemas de información que reconozcan todas las actividades y compatibles entre sí y con cada una de las unidades del sistema (historia clínica única que incluya los datos de las pruebas complementarias)

3.- Atención segura del paciente.

- a) Potenciar un sistema de gestión de riesgos eficaz que se extienda a toda la organización.
- b) Mejorar las políticas de protección del paciente en el entorno sanitario, impulsando medidas encaminadas a mejorar la seguridad clínica.
- c) Reducir la variabilidad, mejorar la seguridad clínica y la continuidad asistencial.

2.- GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Servicio Murciano de Salud ha optado, para afrontar el reto de la calidad, porque todos sus centros trabajen con metodología EFQM. El Hospital Morales Meseguer viene desde hace años trabajando sobre este modelo de Calidad Total. En el año 2003 se diseñó el primer mapa 0 de procesos del Hospital, realizando la primera autoevaluación EFQM en 2006. Fue en el año 2008 cuando se concedió el sello de Compromiso con la Excelencia Europea 200+, estando actualmente en proceso de obtención del siguiente nivel.

Actualmente, en los contratos de gestión que se firman anualmente con los responsables de las diferentes gerencias, se incluye una estructura de objetivos que reproducen el esquema del modelo EFQM. Con esta estructura se facilita la incorporación de los objetivos institucionales a los esquemas de gestión de las gerencias.

El contrato de gestión incluye objetivos enmarcados en las siguientes líneas de actuación: liderazgo, profesionales, política y estrategia, alianzas y recursos, procesos, y resultados en profesionales, pacientes y en la sociedad, además de los resultados clave.

Para desarrollar las actividades conducentes al logro de los objetivos de calidad fijados por el hospital y Área, incluidos muchos de ellos en el contrato de gestión, se cuenta con la Comisión Central de Garantía de Calidad, órgano colegiado que asesora de forma permanente a la Dirección en temas de calidad, y con los siguientes órganos unipersonales: Coordinador de Calidad y Supervisor de Área de Calidad, integrados en la Unidad de Calidad.

Aunque no forman parte de la Unidad de Calidad, el hospital cuenta con otros órganos unipersonales que trabajan estrechamente con ella: Coordinador de Formación e Investigación, el Jefe de Estudios, y el Responsable de Formación, Docencia e Investigación del área de Enfermería.

La Unidad de Calidad da apoyo a todos los Servicios y Unidades del centro para conseguir una mejora continua de la calidad del servicio que prestan, lograr la satisfacción de todos los que intervienen en el proceso asistencial y alcanzar altas cotas de efectividad y eficacia que nos lleven a la excelencia.

Si bien el contrato de gestión 2009 incluye objetivos de calidad en el área de Formación dentro de los objetivos de profesionales y resultados en profesionales, la Comisión de Docencia del hospital acordó que era conveniente contar con un Plan de Gestión de la Calidad Docente, donde se recogieran de forma detallada todos los procesos implicados en la formación sanitaria especializada, se fijaran los indicadores de calidad a alcanzar, así como los estándares para medir su cumplimiento. Además, su necesidad está contemplada en el artículo 29.3 del RD 183/2008, del 28 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

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

3. PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE

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

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

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

3.1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE DOCENCIA.

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

A su vez, este objetivo general ha sido desglosado en doce objetivos específicos que giran sobre puntos clave en el área de docencia. En ellos se expresan los logros que el hospital quiere

alcanzar, en unos plazos determinados, para llegar a la excelencia y de este modo poder garantizar que los residentes que se formen en el centro adquieren las competencias profesionales propias de la especialidad que estén cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada, destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

Los objetivos específicos aprobados son:

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

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

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

3.2. METODOLOGÍA.

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

Los estándares de cumplimiento se aplican a indicadores de calidad que se han obtenido de las acciones vinculadas al PGCD que tienen asignadas los órganos docentes y la Dirección del hospital, siendo al final del documento donde se desarrollan: indicador, cálculo, fuente de información, frecuencia de la evaluación, estándares de cumplimiento y responsable de la evaluación, así como el cronograma de actuaciones (Anexo III).

Se analizarán, con la cadencia establecida en el mismo PGCD, los indicadores de calidad que éste recoge, y de no alcanzar los resultados esperados, se tomarán las medidas correctoras oportunas y se documentarán. En cuanto a la información derivada de las encuestas de satisfacción

de los residentes, así como de sus sugerencias y reclamaciones, una vez analizadas por los órganos docentes competentes, se emitirán los informes preceptivos y las recomendaciones de mejora oportunas, informando de ello el Jefe de Estudios de formación especializada a la Dirección del hospital.

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

3.3. IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.

La Dirección del HMM y Área VI de Murcia incluye entre sus objetivos de gestión, en relación con la formación sanitaria especializada:

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

Todo ello teniendo en cuenta el sistema de gestión económico-financiero del centro, así como las políticas de salud laboral y de seguridad del paciente. La Dirección aboga por que se compartan y enseñen los conocimientos y habilidades que tienen sus profesionales a otros compañeros en formación, para que alcancen un nivel adecuado en sus actuaciones profesionales. La enseñanza y supervisión de los especialistas en formación es el núcleo de la antigua relación maestro-discípulo y contribuir a la formación de estos nuevos especialistas ha de verse como una responsabilidad y un honor.

El compromiso de la Dirección se manifiesta en:

- El apoyo expreso que presta a los órganos docentes, tanto colegiados como unipersonales.
- Asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios para la docencia.
- Aprobar el PGCD favoreciendo su difusión entre los Servicios y Unidades que participan en la docencia y realizar el seguimiento de los objetivos marcados.
- Mantener reuniones periódicas, mínimo bimensuales, con el Jefe de Estudios para coordinar la formación y analizar y evaluar la marcha del PGCD (de estas reuniones se levantará acta).
- Análisis de la capacidad docente de cada Unidad junto con el Jefe de Estudios.
- Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro.
- La Dirección Gerencia realiza el nombramiento del Jefe de Estudios y de los tutores, éstos a propuesta de la Comisión Docencia, previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente.
- Promover la realización de auditorías internas, autoevaluación, en relación con la formación sanitaria especializada por parte de la Comisión de Docencia, con la colaboración de la Unidad de Calidad.
- Revisar los resultados de las auditorías docentes que se realicen, tanto internas como externas de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Aprobar la Guía de Acogida al Residente.
- Garantizar la asignación de un tutor a cada uno de los residentes

3.4. ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES.

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

3.4.1.

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

3.4.1.1. Unidades Docentes. Análisis de la Capacidad Docente.

Corresponde a la Comisión de Docencia realizar el análisis periódico de la capacidad docente del centro y sus respectivas unidades docentes.

Para determinar la capacidad docente de las distintas unidades del hospital se sigue el procedimiento basado en las siguientes actuaciones:

- Reunión del Jefe de Estudios con los Jefes, Tutores y otros profesionales implicados en la docencia, de cada una de las Unidades.
- Análisis de las Guías o Itinerarios Formativos de cada Unidad.
- Análisis de los recursos humanos disponibles para la docencia.
- Consulta con los dispositivos asociados, en los casos de estancias formativas en otros centros.
- Concordancia de todos los factores analizados.
- Propuesta a la Comisión de Docencia y aprobación por parte de esta.
- Comunicación de la capacidad docente, determinada para el próximo periodo formativo, a la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud como órgano regional competente, y a la Dirección Gerencia y Médica del Hospital.

En el HMM, a propuesta de su Comisión de Docencia, se realiza anualmente el análisis de capacidad docente de las Unidades Docentes acreditadas y de otros servicios asistenciales que se consideran susceptibles de solicitar acreditación para formación especializada.

Las Unidades Docentes del HMM acreditadas, y su capacidad docente, tras la última valoración de junio de 2019, son las siguientes:

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN (1 residente/año)
APARATO DIGESTIVO (1 residente/año)
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO (2 residente/año) CIRUGÍA
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (2 residentes/año)
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN (1 residente/año) FARMACIA
HOSPITALARIA (2 residentes/año) HEMATOLOGÍA y
HEMOTERAPIA (3 residentes/año) MEDICINA FÍSICA y
REHABILITACIÓN (2 residente/año) MEDICINA INTENSIVA (2
residentes/año)
MEDICINA INTERNA (3 residentes/año acreditados)
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA (2 residentes/año)
NEUMOLOGÍA (1 residente/año)
OFTALMOLOGÍA (1 residente/año) ONCOLOGÍA MÉDICA (1
residente/año)
OTORRINOLARINGOLOGÍA (1 residente/año, conjunta con el Hospital Reina Sofía)

RADIODIAGNÓSTICO (3 residentes/año)
UROLOGÍA (1 residente/año)

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

- Planificar la docencia con la elaboración del plan de formación de la Unidad, que incluye la Guía/Itinerario Formativo Tipo (GIFT) y los Planes de Formación del Residente (PIFR) de todos sus residentes.
- Elaborar las normas de organización y funcionamiento de la Unidad. En ellas, además de recoger aspectos relacionados con las funciones del personal que la integran, así como referencias a su función asistencial e investigadora, se deberá hacer una mención específica a la docencia y en concreto a la formación sanitaria especializada por el sistema de residencia. Estas normas se incluyen en la GIFT de la Unidad.
- Participar en la elaboración de la "Guía de Acogida al Residente" y en su actualización.
- Los jefes asistenciales de las Unidades Docentes mantendrán reuniones con el tutor o tutores para coordinar la formación especializada, facilitar el cumplimiento de los planes individuales de formación de cada residente y la integración supervisada de éstos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- Implantar las acciones de mejora que se acuerden, vistos los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los residentes anualmente, en relación con el funcionamiento, adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la Unidad para el correcto desarrollo del programa formativo.
- Elaborar la memoria anual de la Unidad que como mínimo recogerá: recursos humanos y materiales, listado de libros y revistas de la especialidad que hay en la Biblioteca del hospital y en la Unidad, calendario de sesiones clínicas y bibliográficas, protocolos diagnósticos y terapéuticos con los que cuentan, y actividades científicas y de investigación (asistencia a congresos, publicaciones, participación en trabajos y proyectos de investigación, etc.).

3.4.1.2. Comisión de Docencia

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

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

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

- Aprobar el PGCD y supervisar su cumplimiento.
- Aprobar la metodología con la que se medirá la satisfacción de los residentes respecto al Hospital, a la Unidad Docente donde se están formando, así como a las distintas unidades y dispositivos asistenciales por los que roten. (Anexo IV: modelos de encuesta implantados en el centro).
- Aprobar los itinerarios formativos tipo de las distintas especialidades, a propuesta de los tutores.
- Garantizar que todos los residentes cuentan con el correspondiente plan individual de formación.
- Elaborar el mapa de procesos de la formación especializada en ciencias de la salud

del hospital.

- Elaborar protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias.
- Publicar los resultados de las evaluaciones anuales de los residentes.
- Facilitar la formación continuada de los tutores en metodología docente, de investigación y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorías docentes.

3.4.1.3. Jefe de Estudios de formación especializada

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

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

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

3.4.1.4. Tutor de residentes

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

Cada Tutor tendrá asignado un máximo de 5 residentes.

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

- Planificar y colaborar, de forma activa, en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente.
- Proponer el itinerario formativo tipo de la especialidad.
- Proponer a la Comisión de Docencia las rotaciones externas de los residentes, de acuerdo con la normativa vigente, con especificación de los objetivos que se pretenden. Las rotaciones se realizarán preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.
- Elaborar el plan individual de formación de los residentes que tenga asignados en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores.

- Mantener entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente.
- Realizar las evaluaciones formativas de los residentes y los informes correspondientes, mediante la celebración de entrevistas periódicas (mínimo 4 por año formativo), utilizando el modelo de entrevista estructurada aprobado por la Comisión de Docencia. La evaluación quedará registrada en el libro del residente.
- Supervisar el libro del residente, que es el soporte operativo de su evaluación formativa.
- Elaborar los informes anuales donde se valore el progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Estos informes deben contener la valoración de:
 - Los informes de evaluación formativa (incluyendo los informes de las rotaciones).
 - Informes de evaluación de rotaciones externas.
 - Otros informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.

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

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

3.4.1.5. Comité de Evaluación

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

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

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

3.4.1.6. Órgano directivo regional competente en Formación Sanitaria Especializada.

El órgano directivo competente, a nivel regional, en materia de formación sanitaria especializada, es actualmente de facto **la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud**, de la Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia..

Las siguientes acciones son de su competencia:

- Ejercer, en el ámbito de la Región de Murcia, el conjunto de las competencias y funciones de intermediación e interlocución con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, emisión de informes, ordenación, supervisión y control del sistema de formación sanitaria especializada, que la legislación estatal atribuye a las Comunidades Autónomas.

- Le corresponde, además, el ejercicio de las funciones y tareas específicas previstas en el “Decreto de ordenación del sistema de formación especializada en ciencias de la salud en la Región de Murcia”, (actualmente en trámite de prepublicación), concernientes, entre otras, a la acreditación docente de centros y unidades, composición y funcionamiento de las Comisiones de Docencia, nombramiento de los jefes de estudios, y acreditación de tutores y de otras figuras docentes.
- Asimismo, deberá ejercer una labor de coordinación, mediación y arbitraje respecto de las situaciones de conflicto que surjan en el ámbito de la formación sanitaria especializada entre los diferentes órganos y figuras docentes que participan en el sistema, así como entre el ámbito docente y el asistencial.

3.4.2. Recursos de información y medios disponibles en el centro para todas las Unidades Docentes.

Estos recursos se detallan en el Anexo V y son, principalmente, la biblioteca del hospital, las unidades y áreas del centro destinadas a la docencia, investigación y calidad, y las áreas de Formación Sanitaria Especializada y la Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud.

3.5. EL LIBRO DEL RESIDENTE.

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

En relación con el PGCD, sobre el Libro del Residente, se tendrá en cuenta:

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

3.6. MAPA DE PROCESOS

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

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

3.7. PROGRAMA TRANSVERSAL Y COMPLEMENTARIO DEL RESIDENTE (PTCR)

Desde la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (órgano regional competente inicialmente en Formación Sanitaria Especializada), se crearon grupos de trabajo,

integrados por diferentes responsables de la formación especializada de nuestra Comunidad Autónoma, entre ellos varios profesionales del Hospital General Universitario Morales Meseguer, para elaborar el Programa Transversal y Complementario del Residente, cuya implantación y desarrollo se inició en 2009 y se ha llevado a cabo en los últimos años

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

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

Desde el año 2018 está en fase de remodelación

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
2. Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias.
3. Real Decreto 1146/2006, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.
4. Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
5. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del Jefe de Estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
6. Guía de acogida al residente. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia, 2009.
7. Manual de Acogida al Residente del Hospital Morales Meseguer. Murcia, 2014.
8. Plan de gestión de la calidad docente de los centros acreditados para la formación sanitaria especializada. Subdirección General de Ordenación Profesional. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Ministerio de Sanidad y Política Social. Noviembre 2008.
9. Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia (BORM de 07/05/2009).
10. Manual de Calidad Asistencial. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Año 2009.
11. Sistema de formación sanitaria especializada. Criterios de auditorías. Centros docentes hospitalarios acreditados. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Julio 2009.
12. EZQUERRA, M. et al. Nuevos retos en la formación especializada: I. Perfil y evaluación del Jefe de Estudios. II. Plan de calidad de la docencia en los centros sanitarios. III. Evaluación del residente. Propuesta de evaluación de las rotaciones. Educ. méd. [online]. 2008, vol.11, n.4, pp. 187-201. ISSN 1575-1813.

Murcia a 11 de noviembre 2019

Matilde Barrio Valencia
Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia

ANEXO I

**CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER
DE MURCIA**

SERVICIOS	Hospitalización	Urgencias	Cirugía	Consulta Hospital	Centrales CEP	Pruebas Especiales y consultas Servicio	Servicios Centrales Hospital	Consulta Molina
ALERGIA				Blue		Red		
ANATOMIA PATOLOGICA							Brown	
ANESTESIA Y REANIMACIÓN		Yellow	Orange	Blue		Red		
CARDIOLOGÍA	Light Green		Orange	Blue	Cyan	Red		Dark Green
CIRUGÍA GRAL. Y DIGEST.	Light Green	Yellow	Orange	Blue		Red		Dark Green
DERMATOLOGÍA	Light Green		Orange	Blue	Cyan	Red		
DIGESTIVO	Light Green	Endosc o	Orange	Blue	Cyan	Red		Dark Green
ENDOCRINOLOGÍA	Light Green	Yellow		Blue	Cyan	Red		
NUTRICIÓN		Yellow		Blue			Brown	
FARMACIA							Brown	
HEMATOLOGÍA	(HTM O	Yellow	Orange	Blue		Red		
LABORATORIO		Yellow					Brown	
* Bioquímica		Yellow					Brown	
* Farmacología		Yellow					Brown	
* Hematología		Yellow					Brown	
* Inmunología		Yellow					Brown	
* Microbiología		Yellow					Brown	
MEDICINA INTERNA	Light Green	Yellow		Blue				
NEUMOLOGÍA	Light Green			Blue		Red		
NEUROLOGÍA	Light Green			Blue				
NEUROFISIOLOGIA CLIN							Brown	
OFTALMOLOGÍA	Light Green	Yellow	Orange	Blue	Cyan	Red		Dark Green
ONCOLOGÍA MÉDICA	Light Green	Yellow		Blue				
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Light Green	Yellow	Orange	Blue	Cyan	Red		
PSIQUIATRIA	Light Green	Yellow		Blue	Cyan			
RADIODIAGNOSTICO				Blue	Cyan			
* Radiología General		Yellow			Cyan		Brown	
* Ecografía		Yellow					Brown	
* Mamografía							Brown	
* Radiología intervencionista							Brown	
* TAC		Yellow					Brown	
* RNM		Yellow					Brown	

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA									
REUMATOLOGÍA									
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPEDICA									
UROLOGÍA									
UNIDAD MEDICINA INTENSIVA									
UNIDAD DE INFECCIOSOS									
URGENCIAS									
DOCENCIA									
* Medicina Pregrado									
* Enfermería Pregrado									
* Residentes									
SERVICIOS	Hospitalización	Urgencias	Cirugía	Consulta Hospital	Consulta y Servicios Centrales CEP	Pruebas Especiales	Hospital	Servicios Centrales	Consulta Molina

ANEXO II

COMISIÓN DE DOCENCIA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER (diciembre 2019)

PRESIDENTE: Matilde Barrio Valencia (Jefe de Estudios)

SECRETARIA: Encarnación López López

VOCALES:

En representación de los tutores de formación

Maravillas Alcázar Espín	Tutora Medicina Intensiva y Vicepresidenta
Enrique Pellicer Franco	Tutor Cirugía General y del ap Digestivo
Inmaculada Heras Fernando	Tutora Hematología y Hemoterapia
Pilar Esteban Delgado	Tutora Aparato Digestivo
M ^a Dolores Nájera Pérez	Tutora Farmacia
Carmen Guerrero Gómez	Tutora Microbiología
Milagros Gil Ortega	Tutora Medicina Interna

En representación de los especialistas en formación

Diego Flores Funes	R5 Cirugía General
Sergio Alemán Belando	R5 Medicina Interna
Marta Moreno Hernández	R4 Medicina Interna
Miguel Ángel Moya Hernández	R2 de Oncología Médica
Marina Lozano Ros	R3 de Radiodiagnóstico
Antonio Llor Muelas	R2 de Medicina Familiar y Comunitaria

En representación de la Dirección Médica

Susana Raigal Jurado Subdirectora Médica

En representación de la Dirección General de Recursos Humanos

Ana Teresa Pérez Varona .Jefa de Servicio de Formación Continuada, Docencia e Investigación

En representación de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria

Manuel Sánchez Pinilla .Jefe de Estudios

Coordinadora de prácticas de Medicina : Carmen Marín Silvente

Coordinador de Investigación: Víctor Soria Aledo

Coordinador Formación Continuada, Manuel J. Párraga Ramírez

Coordinador Calidad Julián Alcaraz Martínez

ASISTENTES PERMANENTES (con voz y sin voto)

Concepción García López Jefa de Estudios de Salud Laboral

Fernando Navarro Mateu Jefe de Estudios de Salud Mental

José Antonio Serrano Martínez Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer

ANEXO III

INDICADORES DE CALIDAD Y CRONOGRAMA

1. Objetivo: Difundir el Plan de gestión de la calidad docente (PGCD) a todos los residentes

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

2. Objetivo: Adaptar los programas formativos de las especialidades a las unidades docentes e individualizarlos para cada residente

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
-----------	---------	-----------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------------------

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

3. Objetivo: Garantizar la formación en competencias transversales nucleares según el plan transversal y complementario del residente (PTCR)

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Programación anual de las acciones formativas incluidas en el PTCR por la Comisión de Docencia	Nº de las acciones formativas planificadas en el año/ Nº de acciones formativas incluidas en el PTCR*100	Memoria de la Comisión de Docencia	Anual	100% de las acciones son programadas: : -Excelente <100% y ≥90%: -Óptimo <90% y ≥75%: -Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia

Asistencia de los residentes a las acciones formativas programadas del PTCR	Nº de residentes que realizan las acciones formativas/ Nº de residentes para los que se programan las acciones formativas *100	Registros de asistencia a las acciones formativas (secretaría Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes paralos que se programa la acción formativa la realizan: : -Excelente <100% y ≥90%: -Óptimo <90% y ≥75%: -Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Satisfacción de los residentes con las acciones formativas realizadas del PTCR	Nº de residentes que evalúan la acción formativa con 4 ó más puntos /Total de residentes discentes *100 (1)	Cuestionarios de evaluación	Anual	100% de los residentes evalúan la acción formativa con 4 ó más puntos: -Excelente <100% y ≥80%: -Óptimo <80% y ≥50%: -Mejorable <50%: No cumple	Jefe de Estudios

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

4. Objetivo: Supervisar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Seguimiento de los objetivos marcados en el PGCD	Nº de reuniones del Jefe de Estudios con la Dirección al año	Actas reunión Dirección- Jefe de Estudios, y otros documentos acreditativos	Anual	≥6 reuniones: -Excelente 5 reuniones: -Óptimo 4 reuniones: -Mejorable <4 reuniones: No cumple	Jefe de Estudios

5. Objetivo: Evaluar la satisfacción de los residentes de forma sistemática					
INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Grado de satisfacción del residente con el Hospital	Nº de residentes que puntúan con 2 ó más su satisfacción con el hospital /Total de residentes que contestan la encuesta *100 (2)	Encuesta de satisfacción del residente con el Hospital y Unidad Docente	Anual	100% de los residentes puntúa con 2 ó más su satisfacción con el hospital: -Excelente <100% y ≥90%: -Óptimo <90% y ≥75%: -Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Grado de satisfacción del residente con la Unidad Docente	Nº de residentes que puntúan con 2 ó más su satisfacción con su Unidad Docente/Total de residentes que contestan la encuesta *100 (2)	Encuesta de satisfacción del residente con el Hospital y Unidad Docente	Anual	100% de los residentes puntúa con 2 ó más su satisfacción con su Unidad Docente: -Excelente <100% y ≥95% -Óptimo <95% y ≥80% -Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
Grado de satisfacción del residente con las unidades o dispositivos asistenciales por los que rota	Nº de residentes que puntúan con 2 ó más su satisfacción con las unidades o dispositivos asistenciales por los que rota/Total de residentes que contestan la encuesta *100 (2)	Encuesta de satisfacción del residente con las unidades de rotación	Anual	100% de los residentes puntúa con 2 ó más su satisfacción con las unidades o dispositivos por donde rota: -Excelente <100% y ≥80% -Óptimo <80% y ≥60% -Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia

<p>Grado de satisfacción del residente con la tutorización</p>	<p>Nº de residentes que puntúan con 2 ó más su satisfacción con la tutorización/ Total de residentes que contestan la encuesta *100 (2)</p>	<p>Encuesta de satisfacción del residente con el Hospital y Unidad Docente</p>	<p>Anual</p>	<p>100% de los residentes puntúa con 2 ó más su satisfacción con las unidades o dispositivos por donde rota -Excelente <100% y ≥80% -Óptimo <80% y ≥60% -Mejorable <60%: No cumple</p>	<p>Comisión de Docencia</p>
<p>Acciones de mejora implementadas tras los resultados de las encuestas</p>	<p>Nº de acciones de mejora implementadas/ Nº de acciones de mejora identificadas*100</p>	<p>Actas de la Comisión de Docencia</p>	<p>Anual</p>	<p>100% de las acciones de mejora identificadas se han implementado: - Excelente <100% y ≥80% - Óptimo <80% y ≥50% - Mejorable <50%: No cumple</p>	<p>Comisión de Docencia</p>

(2) Escala de valoración de 0 a 3 puntos (Ver Anexo IV)

6. Objetivo: Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Participación de los residentes en las Comisiones Clínicas	Nº de Comisiones clínicas con residentes/ Nº total de comisiones clínicas*100	Actas de las Comisiones clínicas	Anual	100% de las Comisiones tienen entre sus miembros residentes: -Excelente <100% y ≥90%: -Óptimo <90% y ≥75%: -Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia y Coordinador de Calidad
	Nº de residentes que han participado en 1 o más Comisiones Clínicas durante su periodo formativo/ Nº total de residentes que han finalizado la residencia*100	Actas de las Comisiones clínicas	Anual	100% de los residentes participan en Comisiones Clínicas: : -Excelente <100% y ≥70%: -Óptimo <70% y ≥40%: -Mejorable <40%: No cumple	Comisión de Docencia y Coordinador de Calidad

7. Objetivo: Garantizar el proceso de evaluación de los residentes indicador cálculo

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Evaluación de los informes /entrevistas de evaluación formativa	Nº de residentes con informe / entrevista de evaluación formativa	Informe de los tutores	Trimestral	100% de los residentes tienen documentada evaluación	Jefe de Estudios

	trimestral documentada / N° total de residentes*100			trimestral : -Excelente <100% y ≥95%: -Óptimo <95% y ≥90%: -Mejorable <90%: No cumple	
Evaluación anual del residente y constancia documental	N° de residentes con evaluación anual documentada / N° total de residentes*100	Ficha de evaluación anual (Expediente del residente)	Anual	-100% de los residentes tienen documentada evaluación anual:Excelente -<100%: No cumple	Comisión de Docencia

8. Objetivo: Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con su Especialidad

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Presentación de comunicaciones, por parte de los residentes, a congresos relacionados con su especialidad	N° de residentes con 2 ó más comunicaciones en el año / N° total de residentes*100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes tienen más de 2 comunicaciones en el año: -Excelente <100% y ≥80%: -Óptimo <80% y ≥60%: -Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia

Participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Nº de residentes que han asistido a 3 ó más cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas en el año / Nº total de residentes*100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes asisten a 3 ó más congresos, seminarios o reuniones científicas al año: - Excelente <100% y ≥90%: - Óptimo <90% y ≥80%: - Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia
Participación del residente en proyectos de investigación	Nº de residentes que han participado en 1 ó más proyectos de investigación al final de su periodo formativo/ Nº total de residentes que han finalizado la residencia *100	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de los residentes que terminan su periodo formativo han participado en 1 ó mas proyectos de investigación: - Excelente <100% y ≥80% - Óptimo <80% y ≥60%: - Mejorable <60%: No cumple	Comisión de Docencia

9. Objetivo: Profesionalizar la función del tutor de residentes

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Reconocimiento de la figura del tutor y de la necesidad de formación en metodología docente y de	Nº de tutores con nombramiento del Director Gerente/ Nº total de tutores*100	Nombramientos tutores	Anual	-100% de los tutores tienen nombramiento del Director Gerente: Excelente -100%: No cumple	Comisión de Docencia

investigación.	Nº de tutores que han recibido formación en metodología docente en últimos cuatro años / Nº total de tutores *100	Registro de Secretaría de Docencia (hojas de firma asistencia a cursos)	Anual	100% de los tutores que han recibido formación en metodología docente: -Excelente <100% y ≥90% -Óptimo <90% y ≥75%: -Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
	Nº de tutores que han recibido formación en metodología de investigación en últimos cuatro años/ Nº total de tutores *100	Registro de Secretaría de Docencia (hojas de firma asistencia a cursos)	Anual	100% de los tutores que han recibido formación en metodología de investigación: -Excelente <100% y ≥90% -Óptimo <90% y ≥75%: -Mejorable <75%: No cumple	Comisión de Docencia
Asignación máxima de cinco residentes por tutor	Nº de tutores con 5 ó menos residentes /Nº total de tutores*100	Registro de Secretaría de Docencia	Anual	-100% de los tutores tienen 5 ó menos residentes: Excelente -<100%: No cumple	Jefe de Estudios

10. Objetivo: Disponer de normas de organización y funcionamiento por parte de las unidades docentes

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Elaboración de las normas de organización y funcionamiento de las Unidades Docentes y aprobación por la Dirección (Reflejadas en GIFT)	Nº de Unidades Docentes con normas de organización y funcionamiento aprobadas por la Dirección/ Nº de Unidades Docentes*100	Actas de la Comisión de Dirección y GIFT de Unidades Docentes	Anual	100% de las Unidades Docentes tienen normas y están aprobadas: -Excelente <100% y ≥90%: -Óptimo <90% y ≥80%: -Mejorable <80%: No cumple	Comisión de Docencia y Unidad de Calidad

11. Objetivo: Promover la realización de auditorias internas

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Autoevaluaciones anuales por miembros de la Comisión de Docencia, elaboración del Plan de mejoras e implementación de las acciones de mejora previstas en el Plan	Nº de miembros de la Comisión de Docencia que participan en la autoevaluación/ Nº total de miembros de la C.de Docencia*100	Informe de Autoevaluación Actas de la Comisión de Docencia	Anual	100% de los miembros de la C. de Docencia participan en la autoevaluación: : -Excelente <100% y ≥75%: -Óptimo <75% y ≥50%: -Mejorable <50%: No cumple	Comisión de Docencia

	<p>Constatar la Existencia de Autoevaluación, Plan de mejoras e implementación de las acciones de mejora previstas</p>	<p>Informe de Autoevaluación</p> <p>Actas de la Comisión de Docencia</p>	<p>Anual</p>	<p>Autoevaluación+ Plan de mejoras +Acciones de mejora implementadas:</p> <p>-Excelente Autoevaluación + Plan de mejoras y sin acciones de mejora implementadaAS</p> <p>-Óptimo Autoevaluación sin Plan de mejoras</p> <p>-Mejorable</p> <p>No Autoevaluación: No cumple</p>	<p>Comisión de Docencia</p>
--	--	--	--------------	--	-----------------------------

12. Objetivo: Mejorar el nivel de atracción del hospital como centro docente

INDICADOR	CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	ESTÁNDERES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Centro de elección para los residentes	Nº de plazas cubiertas/ Nº de plazas ofertadas	Registro de Secretaría de Docencia	Anual	<p>100% de las plazas ofertadas se cubren:</p> <p>-Excelente <100% y ≥90%:</p> <p>-Óptimo <90% y ≥80%:</p> <p>-Mejorable <80%: No cumple</p>	Comisión de Docencia

	Nº de plazas cubiertas por los residentes con mejor puntuación (primer cuartil) / Nº total de plazas cubiertas	Expediente personal del residente (secretaría de la Comisión de Docencia)	Anual	100% de las plazas cubiertas por residentes con mejor puntuación (primer cuartil) : -Excelente <100% y ≥50%: -Óptimo <50% y ≥20%: -Mejorable <20%: No cumple	Comisión de Docencia

CRONOGRAMA																
TAREAS	PROPIETARIO	DIAGRAMA GRANT													ESTADO	
		2018		2019												
		N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N		D
Difundir el Plan de Gestión de la Calidad Docente a todos los Residentes	Comisión de Docencia							X								Mejorable
Adaptar los programas formativos de las especialidades a las Unidades Docentes e individualizarlos para cada residente	Comisión de Docencia								X							Excelente
Supervisar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes, asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos	Comisión de Docencia				X											Excelente
Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro	Coordinador de Calidad					X										Mejorable
Garantizar la formación en competencias transversales nucleares, según el Plan Transversal y Complementario del residente (PTCR)	Comisión de Docencia	X														Excelente
Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Unidades Docentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mejorable
Evaluar la satisfacción de los residentes de forma sistemática	Comisión de Docencia							X								Excelente
Garantizar el proceso de evaluación de los residentes	Jefe de Estudios		X			X			X			X			X	Excelente
Profesionalizar la función de los tutores de residentes	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	Mejorable
Disponer de normas de organización y funcionamiento por parte de las Unidades Docentes	Unidades Docentes		X												X	Mejorable
Promover la realización de auditorías internas	Comisión de Docencia		X												X	Mejorable
Mejorar el nivel de atracción de hospital como centro docente	Comisión de Docencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mejorable



ANEXO IV

MODELOS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER.

EVALUACIÓN ANUAL DEL HOSPITAL Y UNIDAD DOCENTE

POR EL RESIDENTE

RESIDENTE:

ESPECIALIDAD:

AÑO RESIDENCIA:

TITULACIÓN:

Periodo evaluado:

Fecha de informe:

Recuerde que esta encuesta y sus resultados individuales son confidenciales. No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración del Centro Docente y de las Unidades Docentes, por lo que podrán ser de utilidad para la mejora continua de la docencia del residente.

Valore de 0 a 3 los aspectos evaluados. Señale con NA si no es aplicable (sin datos directos para la valoración).

0 = Muy deficiente, 1 = Insuficiente, 2 = Bueno, 3 = Muy bueno, excelente, NA = No aplicable

Aspectos a evaluar	Valor (0 a 3)
1.- Valore la acogida del hospital y la actitud de sus profesionales hacia los nuevos residentes.	
2.- Valore las condiciones generales del hospital para el desarrollo de la docencia.	
3.- Valore si conoce el Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) del hospital.	
4.- Valore la capacidad de su servicio para cumplir con las actividades de su programa de formación.	
5.- Valore el grado de satisfacción con su tutorización	
6.- Valore la adecuación de su progresión en el grado de responsabilidad asistencial.	
7.- Valore la adecuación de la proporción entre el tiempo dedicado a la asistencia y el dedicado a la docencia (sesiones, tutorización, etc.) e investigación (comunicaciones, publicaciones, etc.)	
8.- Valore la accesibilidad y dotación del la Biblioteca (física y virtual por Intranet e Internet)	
9.- Valore las sesiones generales del hospital (interservicios, anatomoclínicas, conferencias, etc.)	
10.- Valore de forma global las guardias realizadas en Urgencias (utilidad para su formación)	
11.- Valore la adecuación de supervisión en guardias de Urgencias (solo Residentes de 1º año)	
12.- Valore de forma global las guardias de Especialidad (utilidad para su formación)	
13.- Valore la adecuación de supervisión en guardias de Especialidad (solo Residentes de 1º año)	
14.- Valore de forma global el Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR)	
* Acciones del PTCR mejor valoradas:	
* Acciones del PTCR peor valoradas:	
* Otras acciones que considera de interés incluir en el PTCR:	
15.- Valore de forma global su experiencia como residente de este hospital.	

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS DE MEJORA:

FIRMA DEL RESIDENTE:

EVALUACIÓN DE UNIDAD DE ROTACIÓN	
POR EL RESIDENTE	
RESIDENTE:	
ESPECIALIDAD:	
ANO RESIDENCIA:	TITULACION:
UNIDAD EVALUADA (U. de Rotación):	
Periodo evaluado:	Fecha::

Se cumplimentará una hoja de evaluación por cada Rotación y una de evaluación anual de la Unidad Docente de la Especialidad.

Recuerde que esta encuesta y sus resultados individuales son confidenciales. No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración de las Unidades Docentes y Unidades de rotaciones, por lo que podrán ser de utilidad para la mejora continua de la docencia del residente.

Valore de 0 a 3 los aspectos evaluados. Señale con NA si no es aplicable (sin datos directos para la valoración).

0 = Muy deficiente, 1 = Insuficiente, 2 = Bueno, 3 = Muy bueno, excelente, NA = No aplicable

Aspectos a evaluar	Valor (0 a 3)
1.- Estímulos recibidos para adquirir nuevos conocimientos.	
2.- Planificación existente sobre este periodo de rotación (Unidad de Rotación)	
3.- Conocimiento de la Guía Itinerario Formativo Tipo (GIFT) de mi especialidad y de mi Plan Individual de Formación del Residente (PIFR) (Unidad Docente de la especialidad)	
4.- Dedicación y supervisión recibida durante el periodo, por el tutor y por el/los facultativos encargados	
5.- Manejo clínico del paciente en este periodo	
6.- Técnicas instrumentales especiales adquiridas (diagnósticas y/o terapéuticas)	
7.- Métodos diagnósticos complementarios adquiridos	
8.- Sesiones clínicas, bibliográficas, temáticas, etc.	
9.- Formación en investigación (comunicaciones, publicaciones, etc.)	
10.- Relaciones interpersonales establecidas con médicos y resto del personal	
11.- Valore de forma global el interés que para Vd. ha tenido este periodo	

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS DE MEJORA:

FIRMA DEL RESIDENTE:

EVALUACIÓN ANUAL DEL HOSPITAL COMO CENTRO DOCENTE POR EL TUTOR O MIEMBRO DE COMISIÓN DE DOCENCIA	
TUTOR o MIEMBRO DE CD:	
SERVICIO / UNIDAD:	
Periodo evaluado:	Fecha:

Recuerde que esta encuesta y sus resultados individuales son confidenciales. No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración del Centro Docente y de las Unidades Docentes, por lo que podrán ser de utilidad para la mejora continua de la docencia del residente.

Valore de 0 a 3 los aspectos evaluados. Señale con NA si no es aplicable (sin datos directos para la valoración).

0 = Muy deficiente, 1 = Insuficiente, 2 = Bueno, 3 = Muy bueno, excelente, NA = No aplicable

Aspectos a evaluar	Valor (0 a 3)
1.- Valore las condiciones generales del hospital para el desarrollo de la docencia.	
2.- Valore el Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) del hospital.	
3.- Valore la capacidad de su servicio (Unidad Docente) para cumplir con las actividades de su programa de formación.	
4.- Valore la adecuación de la supervisión y progresión en el grado de responsabilidad asistencial de los residentes.	
5.- Valore la adecuación de la proporción entre el tiempo dedicado a la asistencia y el dedicado a la docencia e investigación de los residentes	
6.- Valore la adecuación del tiempo que ha tenido disponible para actividad docente (liberado de actividad asistencial).	
7.- Valore la accesibilidad y dotación del la Biblioteca (física y virtual por Intranet e Internet)	
8.- Valore las sesiones generales del hospital (interservicios, anatomoclínicas, conferencias, etc.)	
9.- Valore de forma global las guardias realizadas por los residentes en su servicio (utilidad para su formación, programación, supervisión adecuada y respeto de la libranza)	
10.- Valore de forma global el Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR)	
* Acciones del PTCR mejor valoradas:	
* Acciones del PTCR peor valoradas:	
* Otras acciones que considera de interés incluir en el PTCR:	
13.- Valore de forma global su experiencia como tutor y/o miembro de la Comisión de Docencia de este hospital.	

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS DE MEJORA:

FIRMA DEL TUTOR O MIEMBRO CD:

ANEXO V **RECURSOS DOCENTES DEL CENTRO**

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y APOYO A UNIDADES DOCENTES

1.- **BIBLIOTECA DEL HOSPITAL.**-

2.- **ÁREA DE DOCENCIA, FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD.**-

Esta área que se encuentra ubicada en el edificio C, **planta 9ª del Hospital**, y se completa a su vez con la existencia de un salón de actos y otras salas de uso común distribuidas en las distintas plantas.

En ella se presta apoyo a actividades de:

- **Secretaría de la Comisión de Docencia**
- Asesoramiento en temas relacionados con actividades docentes e investigadoras, solicitud de ayudas y becas, diseño de proyectos de investigación, programación y organización de actividades docentes y formativas, bioestadística, publicaciones, etc.
- Programa de formación continuada del hospital: cursos organizados de forma semestral por la Unidad de Docencia, Formación, Investigación y Calidad del Hospital (UDICA).
- Generación de diapositivas y escaneado de imágenes
- Equipo informático portátil constituido por 3 ordenadores y dos proyectores-cañón, para su utilización en cualquier aula de formación y docencia que se requiera.

Los espacios físicos del área o Unidad de Docencia, Formación, Investigación y Calidad (UDICA) se muestran en el siguiente cuadro.

Ubicación	Local	Capacidad	Equipamiento
Edificio B. Planta 5.	Aula informática	14	14 ordenadores para alumnos; 1 ordenador para profesor; pantalla de proyección; pizarra; conexión a red; Proyector-cañón
Edificio B. Planta 6	Aula 1	35	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; pizarra; equipo informático.
Edificio B. Planta 7	Aula 2	35	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; pizarra; equipo informático
Edificio C. Planta 9	Aula 3	15	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; pizarra; equipo informático
Edificio A. Planta 0	Salón de Actos	175	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; pizarra; equipo informático; Megafonía.
Edificio B. Planta 1	Sala de Gerencia 1	15	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; pizarra; equipo informático para videoconferencia.
Edificio B. Planta 1	Sala de Gerencia 2	20	Pantalla de proyección; Proyector-cañón; conexión a red; pizarra; equipo informático
Edificio C. Planta 9	Secretaría Docencia	4	5 Equipos informáticos

3.- ÁREA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DEL PORTAL MURCIASALUD.-

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

Este Portal está destinado a la formación clínica, a la investigación sanitaria y a ofrecer información a los distintos profesionales sanitarios en el ámbito asistencial, así como la recopilación y divulgación de información sanitaria para los ciudadanos y usuarios, en coordinación con las unidades correspondientes de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Entre sus diversas áreas, el portal de MurciaSalud incorpora la de **Formación Sanitaria Especializada**, cuyo contenido depende actualmente de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, de la Consejería de Sanidad.

En esta página se encuentra información detallada sobre diversos aspectos concernientes a la Formación Sanitaria Especializada a nivel regional: Centros y Unidades Docentes, oferta de plazas y plazas adjudicadas, Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR), tramitación de rotaciones externas, resultados de encuesta anual de satisfacción de residentes, y red regional de recursos docentes de aprendizaje simulado (AprenRed), entre otros.

Dentro de la página, en el apartado correspondiente al **Centro Docente Hospital Morales Meseguer**, está disponible toda la información sobre la estructura, recursos y herramientas documentales de docencia del hospital.

Esta información también se encuentra en la **Intranet del Área VI**, pestaña de **Docencia**.

4.- BIBLIOTECA VIRTUAL DEL PORTAL MURCIASALUD.-

El Portal Sanitario de la Región de Murcia (MurciaSalud) incorpora también entre sus diversas áreas, el acceso a una **Biblioteca Virtual** que va dirigida a todos los profesionales sanitarios de la Consejería y del Servicio Murciano de Salud. (Se accede desde los centros sanitarios públicos de la región directamente, y desde otros puntos con usuario y clave, una vez registrado como profesional sanitario)

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

a).- Área de revistas.

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

b).- Área de bases de datos.

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

c).- Área de libros electrónicos.

Desde esta área se puede consultar los siguientes libros electrónicos:

- **Harrison On-line** en español
- Clinical Epidemiology,
- Evidence Based Endocrinology
- The Massachusetts General Hospital Handbook of Neurology
- Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology
- Cómo escribir y publicar trabajos científicos,
- Libros Science Direct
- Publicaciones de la Consejería de Sanidad

d).- Práctica clínica basada en le evidencia.

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

- Metabuscadore (Excelencia Clínica, Tripdatabase)
- Sumarios de evidencia:
 - * **Previd:** preguntas basadas en la evidencia
 - * Clinical Evidence
 - * **UpToDate**
 - * Guías de Practica Clínica del SNS
- Revisiones sistemáticas (síntesis de evidencias):
 - * Biblioteca Cochrane Plus
 - * Medical Evidence Matters
 - * Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs.
- Bases de datos de estudios:
 - * **PubMed/Medline**
 - * CINAHL
 - * Embase,
 - * Índice Médico Español (IME)

5.- FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIAS (FFIS).-

La Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS) es una fundación pública sin ánimo de lucro, constituida por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 10 de diciembre de 2004 (BORM de 26 de febrero de 2005) y que tiene como objeto esencial la formación y difusión del conocimiento, así como de la investigación en el ámbito de la salud, desarrollando para ello los siguientes fines fundacionales:

1. Gestión y fomento de actividades de formación de los profesionales relacionados con el mundo de la salud.
2. Realización e impulso de todo tipo de estudios sanitarios relacionados con la salud pública, la asistencia sanitaria, la administración y gestión sanitaria, las tecnologías sanitarias y la biotecnología.
3. Promoción y desarrollo de programas de investigación aplicada a la biomedicina y a las ciencias de la salud.
4. Promoción para la utilización óptima de los recursos puestos al servicio de la investigación, asegurando su eficacia, eficiencia y calidad como elemento característico del sistema sanitario público.

ANEXO V
MAPA DE PROCESOS FORMACIÓN DE RESIDENTES HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

