

# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE

## HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ LORCA

*Realizado por la Comisión de Docencia, en colaboración con la Unidad de Calidad y la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Rafael Méndez*

**Fecha actualización: Abril de 2014**

## INDICE

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. REFERENCIAS NORMATIVAS**

### **3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ**

- 3.1. Características sociodemográficas de la población atendida
- 3.2. Dispositivo asistencial
- 3.3. Ámbito de actuación y recursos
- 3.4. Gerencia Única del Área III – Lorca

### **4. GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **5. PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE**

- 5.1. Compromiso de la Dirección Gerencia
- 5.2. Objetivos docentes de calidad
- 5.3. Mapa de procesos
- 5.4. Estructura y recursos docentes
  - 5.4.1. Unidades docentes
  - 5.4.2. Comisión de docencia
  - 5.4.3. Jefe de estudios de formación especializada
  - 5.4.4. Tutor de residentes
  - 5.4.5. Comité de evaluación
  - 5.4.6. Recursos de información y medios disponibles en el centro para la docencia
- 5.5. Soporte documental de la Secretaría de la Comisión de Docencia
  - 5.5.1. Expedientes de residentes
  - 5.5.2. Expedientes de tutores y Jefe de Estudios
  - 5.5.3. Guía o Itinerario formativo tipo de las Unidades Docentes
  - 5.5.4. Programa Transversal y Complementario del Residente
  - 5.5.5. Actas de la Comisión de Docencia
  - 5.5.6. Actas de los Comités de Evaluación
  - 5.5.7. Documentos derivados de la evaluación de residentes
  - 5.5.8. Libro del residente
  - 5.5.9. Otros documentos
- 5.6. Medición, análisis y mejora de los procesos docentes
  - 5.6.1. Indicadores de los procesos docentes
  - 5.6.2. Control de las No conformidades
  - 5.6.3. Acciones o planes de mejora

### **6. ANEXO I.- ACUERDO DE GESTIÓN 2013-2015 / ÁREA III DE SALUD - LORCA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Tal como señala el 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, las comisiones de docencia de los centros deben elaborar un plan de gestión de la calidad docente (PGCD). El objetivo principal de este Real Decreto es garantizar un alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada.

El PGCD permite que los centros docentes se adapten a las nuevas necesidades y retos que se identifican en la formación especializada así como que se incorporen a una política de mejora continua de la calidad docente. Este es el objetivo principal de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rafael Méndez al realizar y aprobar este Plan de Gestión de la Calidad Docente.

## 2. REFERENCIAS NORMATIVAS

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad de Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- 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.
- 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.

### 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ

#### 3.1 Características sociodemográficas de la población atendida

El Área de Salud III (Lorca), al que pertenece el Hospital Universitario Rafael Méndez, se localiza en el sur/suroeste de la Región de Murcia (RM), prestando sus servicios a los habitantes de los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana, esto supone la vasta extensión de 2.413,1 km<sup>2</sup> (más del 20% de toda la Región de Murcia). La población cubierta a 31 de marzo de 2014 según los datos de Tarjeta Sanitaria es de 167.376.

Las características de nuestra población son similares a las del resto de la Región como ponen de manifiesto los datos del Centro Regional de Estadística de Murcia. Cabe mencionar la importancia que tuvo en nuestros municipios el fenómeno inmigratorio, sobre todo procedente de Sudamérica y del norte de África, y con un gran impacto en los últimos años. Desde el punto de vista sanitario continúa existiendo un importante volumen poblacional, contando aún con la presencia o introducción de nuevas enfermedades ya erradicadas en nuestro medio o desconocidas incluso para los profesionales, lo que ha supuesto un gran esfuerzo de mejora continua para enfrentarse a esta nueva situación

#### 3.2 Dispositivo asistencial

El hospital en la actualidad cuenta con 285 camas de hospitalización que corresponden a:

- 88 hospitalización médica.
- 116 hospitalización quirúrgica.
- 9 Unidad de Cuidados Intensivos.
- 34 Obstetricia.
- 20 Pediatría y 10 cunas en Neonatología.
- 8 hospital de día.

En el área quirúrgica existen 6 quirófanos, 5 para intervenciones programadas y 1 para intervenciones urgentes.

En urgencias aparte de los 12 box de exploración, hay una sala de cuidados medios y una sala de observación con 13 camas.

En el área obstétrica hay dos salas de dilatación, dos paritorios y una para recuperación postparto.

### **3.3 *Ámbito de actuación y recursos***

Estructura asistencial del Área de Salud III – Lorca:

1. Hospital Universitario Rafael Méndez.
2. Centro de Especialidades Santa Rosa de Lima
3. 9 Centros de Salud: Águilas Sur, Águilas Norte, Lorca Centro, Lorca San Diego, Lorca San José, Lorca La Paca, Puerto Lumbreras, Totana Sur y Totana Norte.
4. 28 consultorios periféricos.
5. Recursos extrahospitalarios de Salud Mental: Centro de Salud Mental de Águilas y Centro de Salud Mental de Lorca.

Estructura organizativa del Área de Salud III –Lorca:

1. Personal Directivo: 7
2. Personal en servicios centrales Gerencia de Área: 66
  - 2.1. Personal Facultativo: 2
  - 2.2. Personal de Gestión y Servicios: 59
  - 2.3. Personal de E.S.A.D.: 5
3. Atención Especializada: 1.023
  - 3.1. Personal Facultativo: 181
  - 3.2. Personal Sanitario No Facultativo: 563
  - 3.3. Personal de Gestión y Servicios: 279
4. Atención Primaria: 347
  - 3.1. Personal Facultativo: 144
  - 3.2. Personal Sanitario No Facultativo: 139
  - 3.3. Personal de Gestión y Servicios: 64

**5. TOTAL PLANTILLA GERENCIA ÁREA III – LORCA: 1.443**

### Especialidades de Atención Hospitalaria del Área III

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Alergología                         | 16. Nefrología                    |
| 2. Análisis clínicos                   | 17. Neumología                    |
| 3. Anatomía patológica                 | 18. Neurología                    |
| 4. Anestesiología y Reanimación        | 19. Obstetricia y Ginecología     |
| 5. Aparato digestivo                   | 20. Oftalmología                  |
| 6. Cardiología                         | 21. Otorrinolaringología          |
| 7. Cirugía general y aparato digestivo | 22. Pediatría                     |
| 8. Dermatología                        | 23. Psiquiatría                   |
| 9. Endocrinología                      | 24. Psicología clínica            |
| 10. Farmacia hospitalaria              | 25. Radiodiagnóstico              |
| 11. Hematología                        | 26. Rehabilitación                |
| 12. Medicina intensiva                 | 27. Reumatología                  |
| 13. Medicina interna                   | 28. Traumatología y C. Ortopédica |
| 14. Medicina del trabajo               | 29. Urgencia hospitalaria         |
| 15. Microbiología y parasitología      | 30. Urología                      |

### **3.4. Gerencia Única del Área III de Salud - Lorca**

En Marzo del 2007 el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud aprueba la creación de la Gerencia única del Área III de Salud (Lorca), publicado en el BORM el 26 Mayo 2007.

Una vez constituida como Gerencia Única de Área III de Salud – Lorca - , y tras el paso de los años, la adaptación de los medios de trabajo Atención Primaria/Atención Hospitalaria ha quedado totalmente integrada.

La Unidad de Docencia ha propiciado que la formación especializada desarrollada en ésta Área se considere como una Comunidad Docente, donde conviven residentes médicos y de enfermería tanto de Atención primaria como hospitalaria, lo que supone una de las fortalezas más destacables de esta Gerencia.

## 4. GESTIÓN DE LA CALIDAD

Desde la creación de la Gerencia única de Área III de Salud en el año 2007, la gestión de la calidad que en su día comenzó siendo muy compleja, pues debían confluir bajo una misma gerencia Atención primaria-atención hospitalaria, ha ido evolucionando favorablemente y hoy podemos hablar del desarrollo personal de nuestros profesionales y que éstos se mantienen actualizados con la formación pre y postgraduada, la innovación y el fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo también a las diferencias entre mujeres y hombres.

La Misión del Área III es proporcionar atención sanitaria de calidad a la población de referencia, de manera eficiente y accesible, en el mejor ámbito y asegurando la continuidad y satisfacción. También forma parte de nuestra misión el mantener actualizados a nuestros profesionales así como la formación pre y postgraduada, la innovación y la investigación. Somos una organización integrada en una comunidad con la que colabora y ayuda en su desarrollo, así como en la protección del medio ambiente.

La Visión del Área III es conseguir una organización accesible, resolutive y eficiente al servicio de los ciudadanos, que busca la máxima calidad y seguridad en sus servicios, persiguiendo la excelencia en la atención y el cuidado de personas y colectivos, promoviendo la autonomía y el autocuidado; comprometida con el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores, convirtiéndose en un referente para usuarios y profesionales con altas cuotas de satisfacción.

Los Valores que establece nuestra organización son la orientación de servicio a la comunidad, respetando los valores esenciales de la persona, la atención centrada en el paciente y el compromiso con su seguridad, el trabajo en equipo, la transparencia y la responsabilidad, la eficiencia, la innovación y la mejora continua, la utilización del mejor conocimiento para la toma de decisiones y compromiso con el desarrollo sostenible de la comunidad y el medio ambiente.

El Servicio Murciano de Salud continúa optando porque todos los centros que se integran en las Áreas de Salud de la Región de Murcia desarrollen los sistemas de gestión de la organización en línea con el **Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)** para afrontar el reto de la calidad.

Así el Acuerdo de Gestión 2013-2015 suscrito por el Gerente del SMS y la Gerente de esta Área refleja el compromiso de gestión para los próximos tres años, que actualizará y evaluará anualmente sus objetivos y sus metas.

Este Acuerdo de Gestión incluye objetivos enmarcados en las siguientes líneas de actuación: desarrollar actividades de mejora enfocadas a lograr la excelencia en la satisfacción de pacientes y profesionales, el impacto en la sociedad y en los resultados en salud bajo un marco conceptual de calidad total y de desarrollo sostenible. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales para garantizar su competencia, adaptándola al creciente desarrollo tecnológico, científico y organizativo del sistema sanitario, mejorar la calidad de los servicios y satisfacer las necesidades formativas del área, surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación acreditado que contribuya a la actualización y reciclaje continuo de los profesionales. **ANEXO I ADJUNTO.**

## 5. PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE

Los Centros Docentes acreditados requieren de un PGCD para la prestación de los servicios de formación especializada en Ciencias de la Salud, con un enfoque basado en procesos y orientado a la mejora continua y a la satisfacción de los residentes, de los pacientes y sus familiares y de la Administración. Este plan identifica los procesos involucrados en la formación postgrado de especialistas en Ciencias de la Salud, así como sus interrelaciones.

Para la definición del PGCD, este hospital universitario tienen en cuenta la necesidad de:

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



### **5.1 Compromiso de la Dirección Gerencia**

La Dirección Gerencia del Área III de Salud –Lorca- incluye entre sus objetivos de gestión, emanados de la definición de su misión, visión y valores así como del Acuerdo de Gestión, en relación con la formación sanitaria especializada:

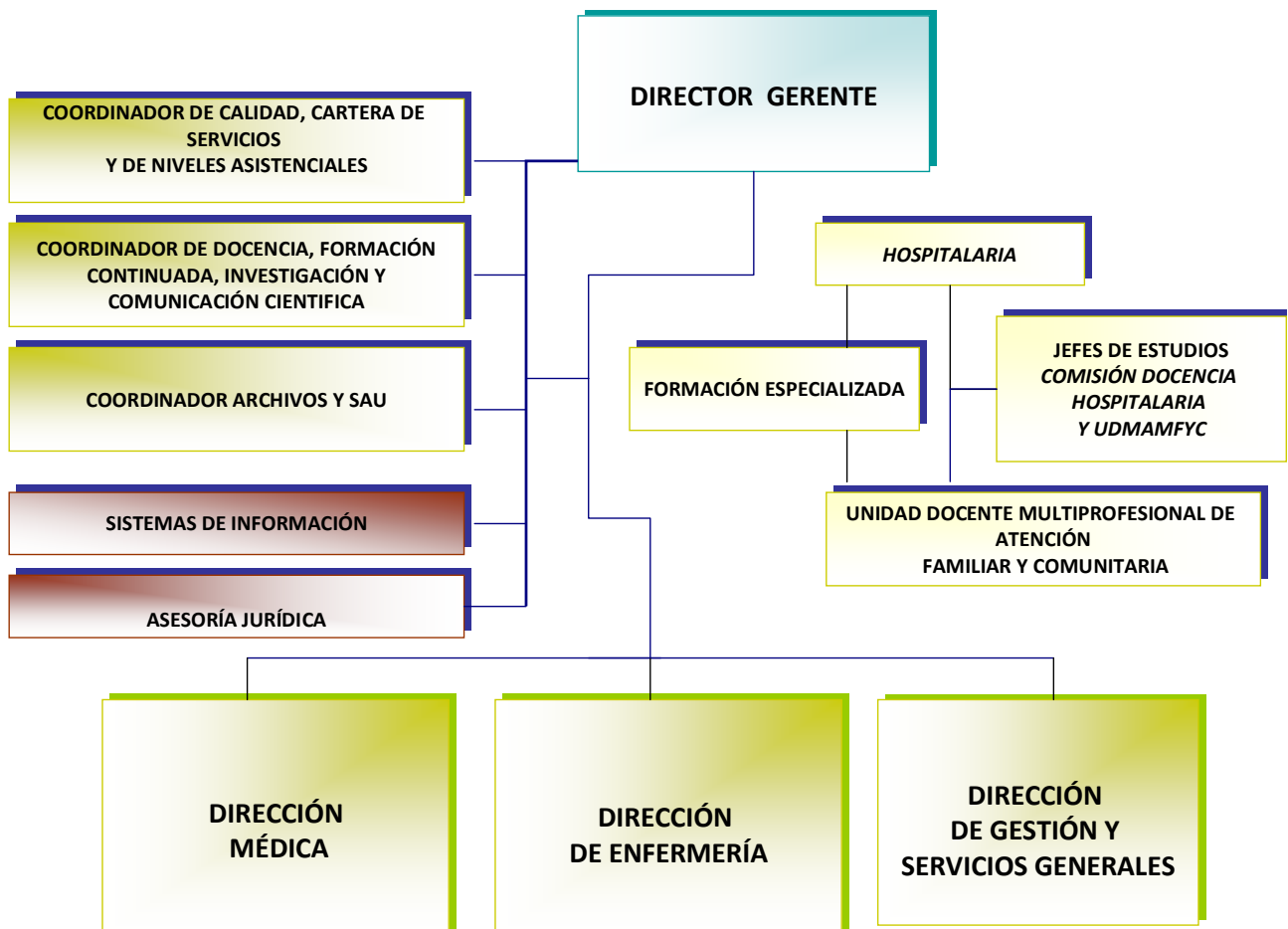
- Cumplir los requisitos legales aplicables.
- Lograr la satisfacción de pacientes, familiares, residentes, tutores y resto de profesionales que participan en proceso formativo.
- Adecuar los objetivos del PGCD a los objetivos institucionales.
- Gestionar, de forma eficiente, las actividades docentes.

El compromiso de la Dirección se manifiesta en:

1. El apoyo expreso que presta a los órganos docentes, tanto colegiados como unipersonales, que dependen directamente de la dirección gerencia.
2. Establecer la política de calidad y actuar siguiendo sus directrices.
3. Aprobar los objetivos de calidad y asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios para la docencia.
4. Aprobar la actualización del PGCD e incluyendo propuestas de mejora.
5. Mantener reuniones periódicas con el Jefe de Estudios para coordinar la formación y analizar y evaluar la marcha del PGCD.
6. Análisis de la capacidad docente de cada Unidad y del hospital junto con el Jefe de Estudios.
7. La Dirección Gerencia realiza el nombramiento del Jefe de Estudios y de los tutores, éstos a propuesta de la Comisión de Docencia, previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente.
8. Revisar los resultados de las auditorias docentes que se realicen, tanto internas como externas de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
9. Revisar y analizar los datos obtenidos de las sugerencias o reclamaciones de los residentes, tutores, pacientes y familiares y de la Administración, así como análisis de la satisfacción de los residentes.
10. Analizar el resultado de los indicadores de seguimiento de los procesos formativos, el estado de acciones correctivas o preventivas, los cambios que pudieran afectar al PGCD establecido y por tanto las recomendaciones de mejora.

11. Realizar los trámites administrativos necesarios para fomentar las rotaciones externas de nuestros residentes que así lo soliciten.
12. Cumplimentar todos los documentos administrativos necesarios, tales como permisos y licencias que precisan su autorización y supervisión.

### **Organigrama de la estructura docente del Área III**



## 5.2 *Objetivos docentes de Calidad*

Los objetivos **generales** del Plan de Gestión de la Calidad Docente son:

1. Mejora de la formación de los residentes en las Unidades Docentes y demás dispositivos, gestionando los responsables de la formación, de forma eficiente las actividades docentes.
2. Mejorar la satisfacción de los implicados en la formación como son los residentes, los tutores, los pacientes y familiares, etc.

Los **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DOCENTES** que desarrolla el Plan son:

1. Despliegue del PGCD a todos los residentes, tutores, Unidades Docentes y resto de dispositivos asistenciales que participan en la docencia.
2. Adaptar los programas formativos de las especialidades a las Unidades Docentes mediante las guías o itinerarios formativos tipo (GIFTUD)
3. Individualizar los programas formativos de las distintas especialidades para cada residente, realizando el Plan Individual y Formativo del Residente (PIFR)
4. Evaluar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes, asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos.
5. Garantizar la formación en competencias transversales nucleares, según el Programa Transversal y Complementario del residente (PTCR) de la Región de Murcia, incluyendo aspectos bioéticos y de mejora de la calidad.
6. Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad.
7. Garantizar el proceso de evaluación de los residentes, según la normativa vigente.
8. Evaluar la satisfacción de los residentes de forma sistemática, en todos sus ámbitos, regional y/o Área.
9. Facilitar la función del Tutor de residentes.
10. Disponer de normas de organización y funcionamiento de la Comisión de Docencia y otros dispositivos docentes.

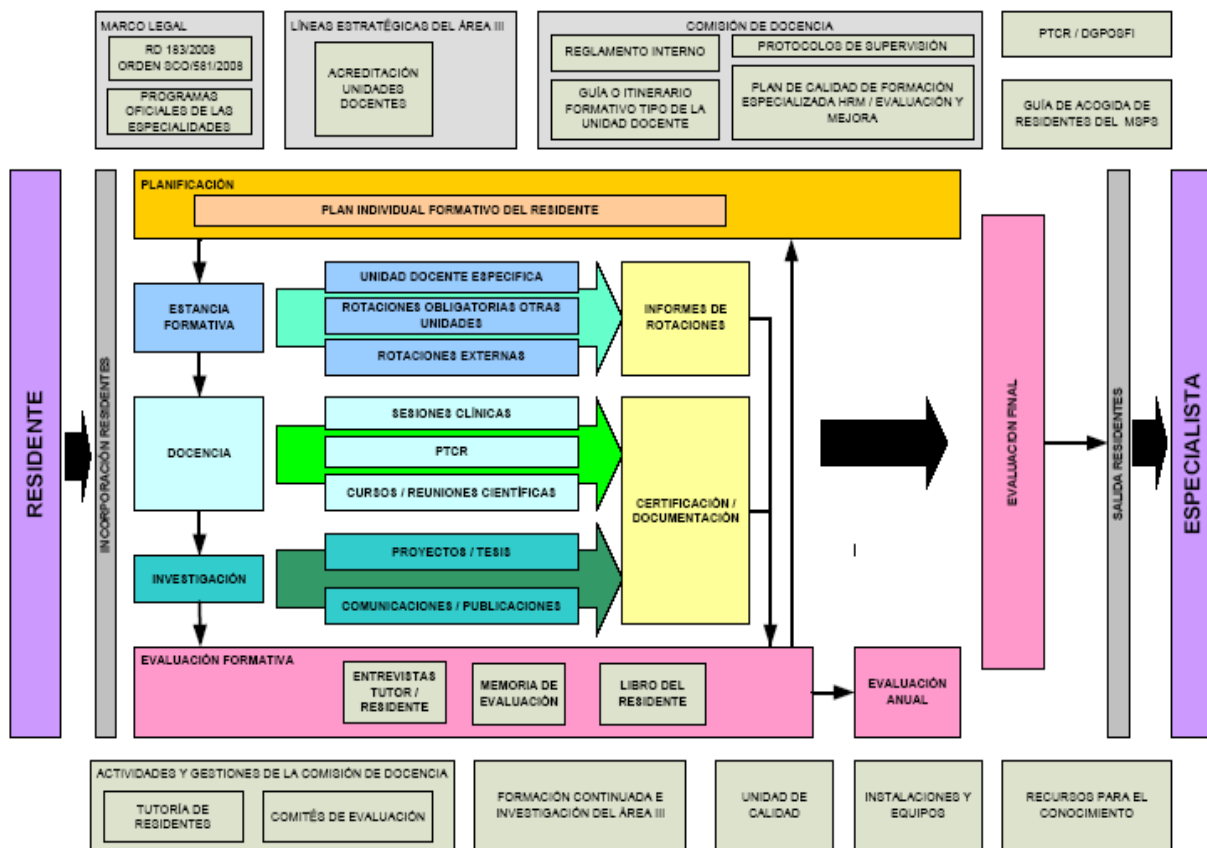
11. Establecer el trabajo en equipo interdisciplinar como una fortaleza básica en un Hospital donde se forman distintos profesionales (especialidades médicas y de enfermería).
12. Supervisar la calidad de las rotaciones externas solicitadas por el residente.
13. Identificación de oportunidades de mejora y llevar a cabo las medidas oportunas.

El primer Plan fue elaborado en Abril de 2010 por la Comisión de Docencia con la colaboración y asesoramiento de la Unidad de Calidad y la Dirección Gerencia del Hospital. Para su diseño se consultaron diversos documentos como: 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; **Criterios de auditoria**. Centros docentes hospitalarios acreditados. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social y Documento de consenso sobre Plan de Gestión de la Calidad Docente elaborado en la Reunión Anual de tutores y Jefes de Estudios. AREDA. Mahón, 2008

En abril de 2014 ha sido actualizado por segunda vez siguiendo los criterios de Auditoria de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

### 5.3 Mapa de Procesos

La Comisión de Docencia ha elaborado el **MAPA DE NIVEL 0 DEL PROCESO DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN CIENCIAS DE LA SALUD DEL HOSPITAL UNIVESITARIO RAFAEL MÉNDEZ**, donde se representan los procesos implicados en la docencia y sus interrelaciones.



Para elaborar el mapa se han identificado los procesos estratégicos, clave y de soporte que intervienen la formación del residente. Con ello se pretende dar una visión general del sistema de formación en nuestro hospital.

El proceso se inicia con la llegada de los residentes y su incorporación al centro y a la unidad docente. Previamente debe existir una planificación de toda la actividad que debe realizar el residente; que se va modificando a lo largo del proceso formativo, y termina con la evaluación del residente en todas sus facetas (formativa, anual y final), saliendo del proceso como especialista.

Interrelacionándose con este proceso principal están todas las actividades y gestiones que debe realizar la comisión de docencia, que en numerosas ocasiones se tiene que coordinar con la Unidad

de calidad y con el coordinador de formación continuada, siendo estos unos de los principales aliados.

Aparte de la normativa vigente que debe seguir todo el proceso de formación y los documentos básicos de regulación de normas y cursos obligatorios, la Comisión de Docencia tiene la responsabilidad de disponer de diversos reglamentos y normativas, donde ocupa un lugar determinante este Plan de la Gestión de la Calidad Docente en el que se regula que la formación ofrecida a nuestros residentes sea de calidad y por tanto sometida a procesos de evaluación y mejora.

#### **5.4. 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, Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud y locales destinados a docencia e investigación.

##### **5.4.1. Unidades docentes**

En base al Real Decreto 183/2008 se define unidad docente 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 la 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. Las unidades docentes se acreditarán por el Ministerio de Sanidad según el procedimiento regulado en el artículo 26.3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Las unidades docentes acreditadas para la formación especializada hospitalarias son:

UNIDADES DOCENTES	Nº PLAZAS OFERTADAS / AÑO
MEDICINA INTENSIVA	1
MEDICINA INTERNA	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	1

Esta Gerencia de Área tiene capacidad docente para los siguientes residentes que dependen de otras Comisiones de Docencia

UNIDADES DOCENTES	Nº PLAZAS OFERTADAS / AÑO
UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA	12 MÉDICOS 2 ENFERMEROS
PEDIATRIA	1 MÉDICO 1 ENFERMERO
ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGIA	2
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	1

Son competencia de las **Unidades Docentes**, entre otras, las siguientes acciones vinculadas al PGCD:

1. Planificar la docencia: elaborar la Guía o Itinerario Tipo Formativo de la Unidad Docente (GIFTUD), del que posteriormente surgirá el plan individualizado de formación del residente realizado por el tutor asignado.
2. Elaborar las normas de organización y funcionamiento de la Unidad, en ellas, además de recoger aspectos relacionados con las funciones del personal que la integran, así como referencias a su función asistencia e investigadora, deberá hacer una mención específica a la docencia y en concreto a la formación sanitaria especializada por el sistema de residencia.
3. Participar en la elaboración y actualización de la “Guía de incorporación/acogida de residentes en formación”.

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 una correcta impartición del programa formativo.

#### **5.4.2 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.

Según lo establecido en 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 [...], son competencia de la **Comisión de Docencia** las siguientes acciones vinculadas al PGCD:

1. Aprobar el PGCD y supervisar su cumplimiento.
2. Aprobar las guías o itinerarios formativos tipo de las distintas unidades docentes, a propuesta de los tutores (GIFTUD).
3. Garantizar que los residentes cuentan con el correspondiente plan individual de formación (PIFR).
4. Elaborar el mapa de procesos de la formación especializada en ciencias de la salud del hospital.

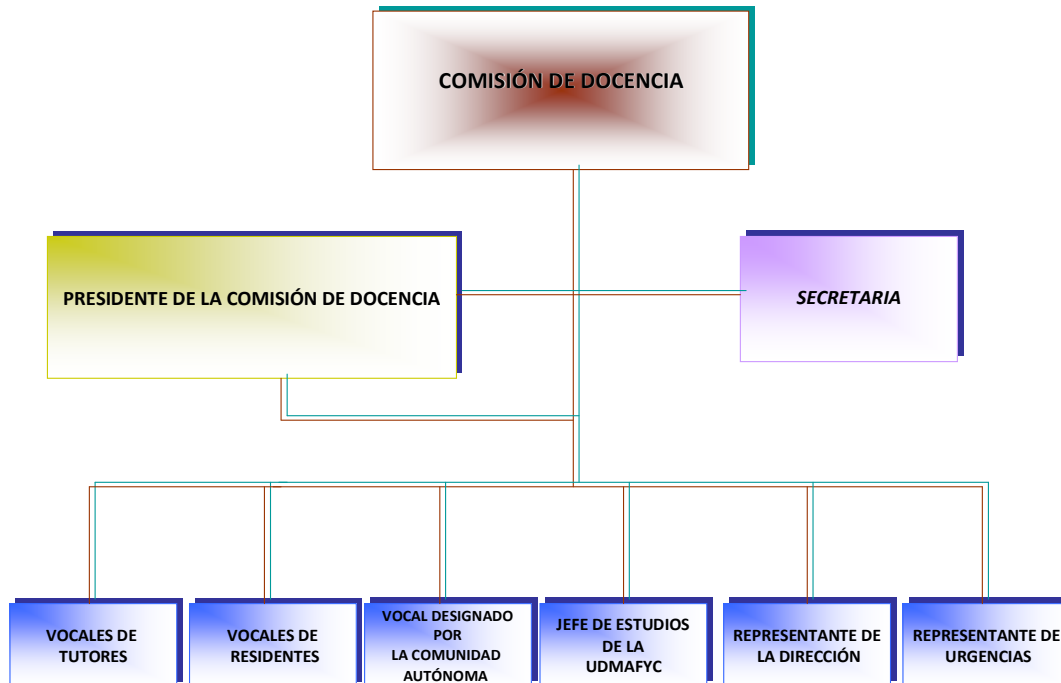


5. Comprobar el grado de satisfacción de los residentes respecto al Hospital, a la Unidad Docente donde se están formando, así como a las distintas unidades y dispositivos asistenciales por los que roten.
6. Elaborar, aprobar y establecer las acciones de mejora derivadas de las encuestas de satisfacción de residentes.
7. Potenciar la realización de protocolos de actuación por parte de las unidades docentes, para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias.
8. Procurar que en los dispositivos del centro se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes.
9. Velar por el cumplimiento de la evaluación objetiva de los residentes procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales en los términos previstos en la legislación vigente.
10. Publicar los resultados de las evaluaciones anuales y finales de los residentes.
11. Facilitar la formación continuada de los tutores en metodología docente, de investigación y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
12. Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorias docentes.
13. Cuantas funciones les asignen las comunidades autónomas.

La composición de la Comisión de Docencia en la actualidad está regulada por 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 [...] y por 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. Anteriormente, la composición de esta comisión estaba regulada por la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995.

La comisión de docencia se compone por un máximo de 20 vocales, la jefa de estudios de formación especializada que presidirá la misma, una representación mayoritaria del conjunto de tutores y residentes, un vocal de la comunidad autónoma de la Región de Murcia, un representante de docencia de urgencias, un representante de la Dirección Gerencia y el jefe de estudios de MFyC, así como un secretario designado por la gerencia, con voz pero sin voto.

El organigrama de la Comisión de docencia del Hospital en la actualidad es el siguiente:



#### 5.4.3. 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.

En base al Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero y a la Orden SCO / 581 / 2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos del Sistema Nacional de Salud [...] son competencias del **Jefe de Estudios** las siguientes acciones vinculadas al PGCD:

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 del seguimiento y evaluación de los indicadores de los procesos formativos.

5. Dirigir y coordinar las actividades de los tutores y actuar como interlocutor con los responsables de todas las unidades docentes, así como con los responsables asistenciales para garantizar una adecuada coordinación entre los mismos.
6. Presidir los correspondientes comités de evaluación anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.
7. Garantizar la correcta remisión, en tiempo y forma, de las evaluaciones y demás documentación que se deba trasladar al Registro de Especialistas en Formación del Ministerio de Sanidad y Política Social.
8. Gestionar los recursos humanos y materiales asignados a la comisión de docencia, elaborando el plan anual de necesidades.
9. Solicitar al servicio responsable de residentes de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia que realiza las encuestas de satisfacción a los residentes.
10. Tramitar las quejas que se reciban respecto a la docencia.
11. Tramitar y resolver, en su caso, las reclamaciones en relación con las calificaciones de las evaluaciones anual y final por parte de los residentes.
12. 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.
13. Elaborar todos los años, la memoria docente del centro.
14. Aquellas otras que le asigne la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

#### **5.4.4. Tutor de Residentes**

El tutor es el profesional especialista en servicio activo que estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate. El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con éste un contacto continuo y estructurado.

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.

En base al artículo 11.3 del 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, cada Tutor tendrá asignado un máximo de 5 residentes. En Comisión de Docencia, se recomienda que cada tutor sea responsable de hasta un máximo de 3 residentes.

Son competencia de los **tutores** las siguientes acciones vinculadas al PGCD:

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 los informes de evaluación formativa tras la celebración de entrevistas periódicas (mínimo 4 por año formativo), utilizando el modelo aprobado por la Comisión de Docencia. La evaluación quedará registrada en Plan individual formativo 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.

#### **5.4.5. Comité de Evaluación**

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

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 cada Comité de Evaluación estará integrado al menos por:

- El jefe de estudios de formación especializada, que presidirá el comité y en caso de empate dirimirá con su voto.
- El tutor del residente.
- Un profesional que preste servicios en el centro con el título de especialista que en cada caso corresponda, designado por la comisión de docencia.
- Un vocal designado de la comunidad autónoma.

Son competencia del **Comité de Evaluación** 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 de las evaluaciones anuales y finales en actas.
3. Trasladar los resultados de las evaluaciones anuales y finales de los residentes a la Comisión de Docencia a través de la Jefa de Estudios.

#### 5.4.6. Recursos de Información y medios disponibles en el centro para la docencia

Estos recursos están compartidos con la unidad de formación continuada.

- *Locales destinados a la docencia e investigación:* en este hospital hay dos aulas de docencia equipadas con ordenador y cañón de proyección, en una de ellas hay ordenadores con conexión a Internet. En el centro de especialidades de Santa Rosa de Lima hay un aula-salón de actos con equipamiento para docencia y ordenadores conectados a Internet. Además en las unidades docentes hay ordenadores y cañones para la docencia, y en Medicina Interna un aula de docencia específica.
- *Biblioteca:* Creada en el año 2014, es un servicio de información y documentación del Hospital, que adquiere, mantiene, organiza y difunde el material informativo en relación con programas asistenciales, docentes y de investigación. Está ubicada en la planta baja, en el Área de Formación y Docencia. Pueden acceder a ésta todo el personal del Área, así como alumnos que en este momento estén realizando prácticas en nuestras instalaciones y todas aquellas personas relacionadas con las Ciencias de la Salud.

Su uso será exclusivo para las funciones propias de la biblioteca: Estudio, consultas bibliográficas, trabajos de investigación, etc., así como consultas y búsquedas por internet.

- *Biblioteca Virtual del Portal Sanitario de la Región de Murcia "MurciaSalud":*  
El acceso a la Biblioteca Virtual que va dirigida a todos los profesionales de la Consejería de Sanidad y Política Social y del SMS, se presenta como un sistema integral de almacenamiento, producción y transferencia del conocimiento científico.

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

1. Revistas	4. Práctica clínica basada en la evidencia
2. Bases de datos	5. Legislación sanitaria
3. Libros electrónicos	

- *Área de legislación sanitaria*

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

## ***5.5. Soporte documental de la Secretaría de la Comisión de Docencia***

### ***5.5.1. Expedientes de Residentes***

En la Secretaría de la Comisión de Docencia deben estar registrados y custodiados los Expedientes de los distintos residentes que se han formado y se forman en el Hospital. El expediente debe constar de los documentos que a continuación se relacionan debidamente numerados:

1. Hoja de datos personales.
2. Copia de la solicitud de plaza adjudicada del título correspondiente.
3. Copia del contrato suscrito, así como copias de las sucesivas prórrogas anuales.
4. Plan individualizado formativo del residente (PIFR).
5. Documentos que se generen durante su proceso formativo (permisos, licencias, publicaciones, rotaciones externas, etc.)
6. Resultado de las evaluaciones anuales y finales.

### ***5.5.2. Guía o Itinerario formativo tipo de las Unidades Docentes (GIFTUD)***

Las GIFT de las distintas unidades docentes deben estar custodiadas en la Secretaría de la Comisión de Docencia.

### **5.5.3. Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR)**

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

Estas acciones formativas son:

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reanimación cardiopulmonar y DESA</li><li>▪ Introducción al proceso de comunicación asistencial</li><li>▪ Protección radiológica</li><li>▪ Gestión de la calidad</li><li>▪ Organización sanitaria y gestión clínica</li><li>▪ Bioética</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Salud, sociedad y cultura</li><li>▪ Metodología de la investigación</li><li>▪ Prevención de riesgos laborales</li><li>▪ Certificado de defunción</li><li>▪ Registro de Instrucciones Previas</li><li>▪ Seguridad del paciente</li></ul>
--	---

La documentación derivada de la planificación e implementación de estas acciones formativas quedará registrada en la Secretaría de la Comisión de Docencia.

### **5.5.4. Actas de la Comisión de Docencia**

La Comisión de Docencia se reúne habitualmente tres veces al año (obligatoriedad mínima una vez al año). De cada reunión se levantará Acta debidamente cumplimentada y firmada por la Presidenta y la Secretaría. Se guardan en el Libro de Actas custodiado en la Secretaría de la Comisión de Docencia.



#### **5.5.5. Actas de los Comités de Evaluación**

Los Comités de Evaluación se reúnen para realizar las evaluaciones anuales y finales de los residentes.

Se constituye un Comité de Evaluación por cada unidad docente. De cada reunión se levantará Acta debidamente cumplimentada y firmada por la Presidenta y la Secretaria. Se guardan en el Libro de Actas custodiado en la Secretaría de la Comisión de Docencia.

#### **5.5.6. Documentos derivados de la evaluación de residentes**

Todos los documentos derivados de la evaluación formativa, como informes de evaluación formativa, entrevistas, evaluación de las rotaciones, etc., al igual que el resto de documentación anterior se guardarán en la Secretaría de la Comisión de Docencia.

#### **5.5.7. Libro del Residente**

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

En relación con el PGCD se tendrá en cuenta:

- Su obligatoriedad para todos los residentes de centro.
- En el se registrarán, además de las actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, las rotaciones previstas en el programa formativo y las externas autorizadas.
- Los datos cualitativos y cuantitativos que figuren en el libro serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.

Es propiedad del residente y será cumplimentado por éste con ayuda y supervisión de su Tutor. Permanecerá bajo su custodia y deberá aportarlo para la evaluación.

### **5.5.8. Otros documentos**

Son muchos los documentos que se generan del proceso de formación especializada en Ciencias de la Salud y de todos ellos debe quedar constancia y estar perfectamente custodiados en los registros de la secretaría de la Comisión de docencia. La mayoría de ellos son generales para toda la formación especializada como objetivos de calidad, líneas estratégicas de la organización, calendario de sesiones clínicas y de guardias, reglamento de funcionamiento de la comisión de docencia, registro de no conformidades o planes de mejora.

### **5.6. Medición, Análisis y Mejora de los procesos docentes**

El Hospital Universitario Rafael Méndez establece los métodos de medición, análisis y mejora necesarios para asegurar la calidad de la formación postgrado y su mejora continua.

Debe demostrarse que se han cumplido los objetivos y adquirido las competencias establecidas en los programas formativos de las distintas especialidades, que se ha llevado a cabo un aprendizaje tutorizado e individualizado del residente, siendo evaluado según criterios objetivos, y que se han gestionado las actividades formativas de forma integral.

Existen diferentes recursos para obtener información sobre el seguimiento del proceso formativo, los principales son:

1. *Opiniones de residentes, tutores, colaboradores docentes...*: De forma no estructurada obtenemos información del proceso formativo a través de las opiniones de todos los actores implicados en el mismo.
2. *Auditorias internas o autoevaluaciones*: El Centro Docente Hospitalario debe realizar estas actividades para asegurar el cumplimiento de los requisitos y objetivos establecidos y, por tanto, la calidad de la docencia postgrado. Debe recoger documentalmente las responsabilidades y actividades a realizar para la programación y realización de éstas, la realización de los informes y el mantenimiento de los registros correspondientes. De modo alternativo, se puede realizar un análisis no estructurado en el seno de la Comisión de Docencia.

3. *Auditorias externas*: Tras la realización de este tipo de auditoria por parte de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la información que suministre será utilizada como fuente de oportunidades de mejora.
4. *Indicadores*: La Comisión de Docencia del Centro Docente Hospitalario ha establecido documentalmente en el PGCD **indicadores de los procesos docentes**, que aseguren su capacidad para alcanzar los resultados previstos planificados. En caso de no alcanzarse los resultados previstos, deben tomarse las medidas correctivas oportunas.
5. *Control de no conformidades*.

#### 5.6.1. Indicadores de los procesos docentes

Evaluar la calidad de la formación sanitaria especializada implica que se ha de medir lo que estamos haciendo con la intención de mejorar. Para ello, se han marcado unos estándares de cumplimiento que 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 (a partir de los objetivos docentes descritos anteriormente).

1. Despliegue del PGCD a todos los residentes, Unidades Docentes y resto de dispositivos asistenciales que participan en la docencia					
INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Despliegue del PGCD entre residentes	Nº de residentes que disponen del PGCD / nº total de residentes*100	Registro de entrega PGCD	ANUAL	100%	Comisión de Docencia
Despliegue del PGCD entre tutores	Nº de tutores que disponen del PGCD / nº total de residentes*100	Registro de entrega PGCD	ANUAL	100%	Comisión de Docencia

**2. Adaptar los programas formativos de las especialidades a las Unidades Docentes mediante las guías o itinerarios formativos tipo (GIFTUD)**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
% Unidades Docentes con GIFTUD	Nº de UD con GIFTUD / nº de UD*100	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	100%	Comisión de Docencia

**3. Individualizar los programas formativos de las distintas especialidades para cada residente, realizando el Plan Individual y Formativo del Residente (PIFR)**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
% Residentes con PIFR	Nº de residentes con PIFR / nº de residentes*100	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	100%	Comisión de Docencia

**4. Evaluar periódicamente el desarrollo del PGCD y apoyar a los órganos docentes, asegurando la disponibilidad de recursos materiales y humanos**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Seguimiento de los objetivos del PGCD	Nº de reuniones del JE con la dirección	Planificación en Secretaría de Gerencia	ANUAL	≥ 3 Reuniones por año	Jefe de Estudios

**5. Garantizar la formación en competencias transversales nucleares, según el Programa Transversal y Complementario del residente (PTCR) de la Región de Murcia, incluyendo aspectos bioéticos y de mejora de la calidad**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Programación anual de acciones formativas incluidas en el PTCR	Nº de acciones formativas planificadas en el año / nº de acciones formativas incluidas en el PTCR *100	Memoria de la Comisión de Docencia	ANUAL	> 75%	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	Registro de asistencia a las acciones formativas	ANUAL	100%	Comisión de Docencia

**6.Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad**

<b>INDICADOR</b>	<b>CALCULO</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>ESTANDARES</b>	<b>RESPONSABLES DE LA EVALUACION</b>
Presentación de comunicaciones por parte de los residentes	Nº de residentes con 1 ó más comunicaciones en el año / Nº total de residentes *100	Expediente personal del residente Secretaría de la Comisión de Docencia	ANUAL	> 80%	Comisión de Docencia
Participación de los residentes en congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad	Nº de residentes que han asistido a 2 ó más congresos, seminarios o reuniones científicas en el año / Nº total de residentes *100	Expediente personal del residente Secretaría de la Comisión de Docencia/Investigación	ANUAL	> 80%	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%	Comisión de Docencia

**7. Garantizar el proceso de evaluación de los residentes, según la normativa vigente**

<b>INDICADOR</b>	<b>CALCULO</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>ESTANDARES</b>	<b>RESPONSABLES DE LA EVALUACION</b>
Evaluación de los informes /entrevistas de evaluación formativa	Nº de residentes con informe / entrevista de evaluación formativa trimestral documentada / Nº total de residentes*100	Informe de los tutores	ANUAL	≥ 90%	JEFE ESTUDIOS
Evaluación anual del residente y constancia documental	Nº de residentes con evaluación anual documentada / Nº total de residentes*100	Ficha de evaluación anual Expediente del residente	ANUAL	100%	Comisión de Docencia
Evaluación final del residente y constancia documental	Nº de residentes con evaluación final documentada / Nº total de residentes que finalizan la residencia	Ficha de evaluación final Expediente del residente	ANUAL	100%	Comisión de Docencia

**8. Evaluar la satisfacción de los residentes de forma sistemática, en todos sus ámbitos, regional y/o de Área**

<b>INDICADOR</b>	<b>CALCULO</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>ESTANDARES</b>	<b>RESPONSABLES DE LA EVALUACION</b>
Grado de satisfacción del residente con el Hospital	Nº de residentes que puntúan con 5 ó más su satisfacción con el hospital / Total de residentes que contestan la encuesta *100	Encuesta de satisfacción del residente	ANUAL	80%	Comisión de Docencia
Grado de satisfacción del residente con la Unidad Docente	Nº de residentes que puntúan con 5 ó más su satisfacción con su Unidad Docente / Total de residentes que contestan la encuesta *100	Encuesta de satisfacción del residente	ANUAL	80%	Comisión de Docencia
Grado de satisfacción del residente con las unidades o dispositivos asistenciales por los que rota	Nº de residentes que puntúan con 5 ó más su satisfacción con las unidades o dispositivos asistenciales por los que rota / Total de residentes que contestan la encuesta*100	Encuesta de satisfacción del residente	ANUAL	80%	Comisión de Docencia

### 9. Facilitar la función del Tutor de residentes

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Asignación de tutores por residente	$N^{\circ}$ de unidades docentes cuyo ratio " $N^{\circ}$ de residentes de cada UD / $n^{\circ}$ de tutores de la misma UD" es $\leq 5 * 100$	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	100%	Comisión de Docencia
Participación en actividades de formación de formadores	% de UD en las que algún tutor ha participado en una actividad de formación de formadores	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	100%	Comisión de Docencia

### 10. Disponer de normas de organización y funcionamiento de la Comisión de Docencia y otros dispositivos docentes

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Existencia de normas de organización y funcionamiento de la Comisión de Docencia	Existencia de un Reglamento Interno de la Comisión de Docencia actualizado	Registro de la Secretaría de Docencia	TRIANUAL	Actualizado	Comisión de Docencia
Existencia de planes de acogida al residente	Existencia del Plan de Acogida del residente actualizado	Registro de la Secretaría de Docencia	TRIANUAL	Actualizado	Comisión de docencia
Existencia de planes de supervisión	Existencia del plan de supervisión del residente en el Área de Urgencias	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	Actualizado	Comisión de Docencia / JS de Urgencias
Existencia de planes de supervisión	Existencia del plan de supervisión del residente en el Área específica de la especialidad	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	Actualizado	Comisión de Docencia / Unidades docentes



**11. Establecer el trabajo en equipo interdisciplinar como la fortaleza principal de un hospital situado en la periferia de una región**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Colaboración interdisciplinar	Nº de residentes que rotan por Centros de Salud / nº total de residentes que tienen que rotar *100	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	80%	Comisión de Docencia
	Nº de residentes que rotan por el Servicio de Urgencias / nº total de residentes * 100	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	80%	Comisión de Docencia

**12. Supervisar la calidad de las rotaciones externas solicitadas por el residente**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Rotaciones externas	Nº de rotaciones externas concedidas por la Comisión de Docencia/Gerencia del total de las solicitadas	Registro de la Secretaría de Docencia	100%	100%	Comisión de Docencia
	% de solicitudes de rotaciones externas correctamente cumplimentadas	Registro de la Secretaría de Docencia	ANUAL	100%	Comisión de docencia

**13. Identificación y realización de oportunidades de mejora y llevar a cabo las medidas oportunas**

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN	ESTANDARES	RESPONSABLES DE LA EVALUACION
Acciones de mejora	Nº de oportunidades de mejora identificadas	Actas de la Comisión de Docencia	ANUAL	1	Comisión de Docencia
	Nº de acciones de mejora implementadas / nº de oportunidades de mejora identificadas * 100	Actas de la Comisión de Docencia	ANUAL	≥ 80%	Comisión de Docencia

De no alcanzar los resultados esperados, se tomarán las medidas correctoras oportunas y se documentarán.

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. Se revisará cada dos años. 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 Dirección General de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

### **5.6.2 Control de las No conformidades**

Cualquier incumplimiento de lo establecido en el PGCD por parte del hospital o de los resultados esperados debe registrarse y solucionarse en el menor tiempo posible con el fin de prevenir su repetición. Estas situaciones, en nuestro hospital pueden ser:

- Plazas ofertadas que no se cubren.
- Residentes que una vez incorporados a la Unidad Docente renuncien a su plaza.
- Evaluación negativa de un residente.
- Quejas o reclamaciones de determinada índole de un residente sobre la docencia en el hospital o en su Unidad docente.
- Queja o reclamaciones de determinada índole de una Unidad Docente sobre la rotación de un residente.
- Queja o reclamación de un paciente de determinada índole sobre la actuación de un residente.
- Otras situaciones que la Comisión de Docencia consideren relevantes o situaciones críticas

Dado que estas circunstancias pueden ser de abordaje muy delicado o confidencial serán incluidas en el *Registro de Incidencias de No conformidad* por el Jefe de Estudios. En el registro se incluirá la incidencia, la fecha, el responsable, un análisis de las causas que han dado lugar a la incidencia (si es posible), la acción preventiva o correctora (si procede) así como la fecha de su evaluación.

### **5.6.3 Acciones o planes de mejora**

Como anteriormente hemos referido en nuestros objetivos, una de las prioridades en la formación docente en nuestra área y hospital es la identificación de oportunidades de mejora y el establecimiento de acciones que nos permitan mejorar día a día. La orientación hacia la mejora continua permite identificar en todos los ámbitos situaciones sobre las que intervenir, para conseguir los objetivos generales de mejora de la formación de los residentes y su satisfacción en las Unidades docentes de nuestro Hospital, que obtengan como resultado final unos profesionales de gran calidad en todos los aspectos profesionales y vitales.

Para ello utilizaremos como herramientas el *Registro de Acciones de Mejora* de PGCD y la memoria docente anual del centro, donde queda recogido todo este análisis.

***Implantado el PGCD en el Hospital desde 2010, continuamos valorando las situaciones y actuaciones realizadas en estos años para seguir consiguiendo acercarnos cada vez más a la excelencia.***

## 6. ANEXO I.- ACUERDO DE GESTIÓN 2013-2015 / ÁREA III DE SALUD - LORCA

# ANEXO I

## Acuerdo de Gestión 2013-2015

## **I.02.02 - FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

### **1. GIFT: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS/ITINERARIOS FORMATIVOS TIPO**

La Comisión de Docencia aprobará las guías o itinerarios formativos tipo de las unidades docentes, indicando la periodicidad de revisión y actualización de los mismos.

Así, el/los tutor/es de cada una de las especialidades, deben establecer documentalmente la guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente, tomando como base los programas formativos aprobados para cada una de las especialidades por las correspondientes CNE, asegurando que:

- ⇒ Se definen objetivos generales y específicos para la formación.
- ⇒ Se determina la duración de la formación.
- ⇒ Se identifican las competencias profesionales a adquirir por el profesional en formación, según año de residencia, detallando las actividades asistenciales y el calendario de rotaciones establecido.
- ⇒ Se incluyen las actividades formativas del plan transversal común.
- ⇒ Se identifican las sesiones clínicas y bibliográficas específicas para la especialidad.
- ⇒ Se incluyen las guardias de la especialidad.
- ⇒ Se ofrecen actividades de investigación para su participación por los residentes.
- ⇒ Se incluyen las rotaciones de residentes de especialidades hospitalarias por atención primaria

<b>Nombre</b>	<b>REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS/ITINERARIOS FORMATIVOS TIPO</b>
<b>Integrantes</b>	Porcentaje de GIFT que cumplen con los requisitos previamente establecidos. Numerador: nº de guías correctamente cumplimentadas Denominador: nº total de guías que debe tener
<b>Estándar-meta</b>	100%
<b>Fuente de datos</b>	Página web de FSE de <a href="http://www.murciasalud.es">www.murciasalud.es</a>
<b>Procedimiento de evaluación</b>	<p>2013: La DGPOSFI evaluará a partir del 50 % de las GIFT cumplimentadas.</p> <p>2014: La DGPOSFI evaluará a partir del 50 % de las GIFT que tengan todos los ítems implantados.</p> <p>2015: La DGPOSFI evaluará a partir del 50 % de las GIFT que realicen una revisión, evaluación y un plan de mejora.</p>
<b>Criterios de evaluación</b>	<p>&lt; 50% - 0</p> <p>50-75% - 1</p> <p>76-95% - 2</p> <p>&gt; 95% - 3</p>
<b>Fecha de evaluación</b>	1ª quincena de enero 2014-2015-2016

## **2. PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DE RESIDENTES EN URGENCIAS Y EN OTRAS ÁREAS**

La prestación de servicios asistenciales por parte de los residentes debe realizarse de tal forma que asegure una asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando, y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo.

La Comisión de Docencia debe establecer protocolos escritos de actuación que aseguren, al menos:

- ⇒ Que la supervisión de residentes de primer año es de presencia física y llevada a cabo por profesionales que prestan servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el residente está rotando. Esta supervisión incluye que dichos especialistas deben visar por escrito las altas, bajas y resto de documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.
- ⇒ Que el grado de supervisión de los residentes es decreciente a partir del segundo año de residencia, garantizando que esta disminución de la supervisión se realiza de forma progresiva.
- ⇒ Que están consensuados con los órganos de dirección del centro y responsables de las unidades asistenciales.
- ⇒ Que han sido difundidos y son conocidos por los profesionales del centro.
- ⇒ Que han sido difundidos y son conocidos por los residentes.

<b>Nombre</b>	<b>PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DE RESIDENTES EN URGENCIAS Y EN OTRAS ÁREAS</b>
<b>Integrantes</b>	Existirán protocolos de supervisión de residentes en el área de urgencias de los hospitales acreditados para la docencia con comisión de docencia propia, como dispositivo docente o 061 y en todos los ámbitos en donde el residente realice atención continuada, teniendo en cuenta los requisitos previos. El protocolo será aprobado por la Comisión de Docencia correspondiente y alojado en la página web de FSE.
<b>Fuente de datos</b>	Página web de FSE <a href="http://www.murciasalud.es">www.murciasalud.es</a>
<b>Procedimiento de evaluación</b>	La DGPOSFI evaluará la disponibilidad del protocolo y su evaluación y mejora  <u>2013</u> : Si existe el protocolo del área de urgencias específicamente en: puerta de urgencias, obstetricia y ginecología, pediatría, 061 <u>2014</u> : Si existe el protocolo en el resto de dispositivos y áreas de urgencias <u>2015</u> : Si existe revisión, evaluación y plan de mejora del protocolo
<b>Estándar-meta</b>	Que exista protocolo en todas las áreas y dispositivos de atención continuada por donde rote un residente.
<b>Criterios de evaluación</b>	SI: 3 No: 0
<b>Fecha de evaluación</b>	1ª quincena de enero 2014-2015-2016



### **3. PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DE CADA RESIDENTE**

La Comisión de Docencia debe 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, verificando su adecuación a guía o itinerario, especificando su periodicidad de revisión y actualización.

- ⇒ Estos planes deben incluir, para cada residente, la planificación temporal de actividades formativas teórico-prácticas:
  - Las rotaciones, indicando sus objetivos, conocimientos, habilidades y actitudes
  - Las sesiones.
  - Las guardias.
  - Las actividades de investigación.
  - Otras actividades formativas genéricas para cada residente.
- ⇒ La Comisión de Docencia ha establecido mecanismos para su entrega a los especialistas en formación.
- ⇒ Los tutores han comunicado al especialista en formación todos los elementos que integran su plan individual de formación y la periodicidad con la que se actualiza.

<b>Nombre</b>	<b>PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DE CADA RESIDENTE</b>
<b>Integrantes</b>	Existirán planes individuales de formación de cada uno de los residentes y teniendo en cuenta los requisitos previos.
<b>Fuente de datos</b>	Página web de FSE <a href="http://www.murciasalud.es">www.murciasalud.es</a> Programas formativos oficiales de cada especialidad
<b>Procedimiento de evaluación</b>	<p><b>2013:</b> La DGPOSFI evaluará a partir del 50 % de los Planes individuales cumplimentados y entregados.</p> <p><b>2014:</b> La DGPOSFI evaluará a partir del 70 % de los Planes individuales cumplimentados y entregados.</p> <p><b>2015:</b> La DGPOSFI evaluará a partir del 80 % de los Planes individuales cumplimentados y entregados.</p>
<b>Estándar-meta</b>	100%
<b>Criterios de evaluación</b>	<p><b>2013:</b> &lt; 50% - 0 50-75% - 1 76-85% - 2 &gt; 85% - 3</p> <p><b>2014:</b> &lt; 70% - 0 70-80% - 1 81-90% - 2 &gt; 90% - 3</p> <p><b>2015:</b> &lt; 80% - 0 81-85% - 1 86-95% - 2 &gt; 95% - 3</p>
<b>Fecha de evaluación</b>	1ª quincena de enero 2014-2015-2016

#### 4. PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA

La evaluación formativa tiene como finalidad el seguimiento del progreso en el aprendizaje del residente, su adquisición de competencias y la consecución de los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificando y planificado, cuando proceda, las actividades específicas para alcanzarlas.

⇒ Documento que recoja las directrices para la realización de la evaluación formativa, asegurando una valoración del residente basada en criterios objetivos, acorde a la adquisición de competencias durante su proceso formativo.

Estas directrices deben comprender los mecanismos para llevar a cabo:

- Los informes de evaluación formativa que incluyan:
    - Realización de entrevistas tutor-residente con una periodicidad mínima trimestral, que quedan registradas en el Libro del residente.
    - El libro del residente, donde se registran todas las actividades que evidencian su proceso de aprendizaje.
    - La evaluación de las rotaciones del residente.
    - Otras herramientas para el seguimiento objetivo del desarrollo competencial, en su caso.
  - Los informes anuales normalizados, que incluyan:
    - Los informes de evaluación formativa, mencionados anteriormente.
    - Los informes de los jefes de las unidades asistenciales/tutores de rotación por las que roten los residentes.
    - Los informes de evaluación de las rotaciones externas.
- ⇒ La Comisión de Docencia ha establecido la sistemática para que los responsables docentes de los servicios por los que rotan los residentes lleven a cabo su evaluación a la finalización de estas rotaciones.
- ⇒ La Comisión de Docencia ha definido documentalmente los criterios y directrices para la realización de la evaluación anual y final, asegurando una valoración del residente basada en criterios objetivos, acorde a la adquisición de competencias durante su proceso formativo, incluyendo las medidas que es posible tomar en caso de evaluaciones negativas.

<b>Nombre</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA</b>
<b>Integrantes</b>	Existirá un documento regional normalizado teniendo en cuenta los requisitos previos. La comisión de docencia participará en su desarrollo y garantizará su aplicación y adaptación a su centro/unidad
<b>Fuente de datos</b>	Página web de FSE <a href="http://www.murciasalud.es">www.murciasalud.es</a>
<b>Procedimiento de evaluación</b>	<p><b>2013:</b> La DGPOSFI evaluará la participación de la Comisión de Docencia</p> <p><b>2014:</b> La DGPOSFI evaluará a partir del 50 % de los informes anuales normalizados</p> <p><b>2015:</b> La DGPOSFI evaluará a partir del 75 % de los informes anuales normalizados</p>
<b>Estándar-meta</b>	100%
<b>Criterios de evaluación</b>	<p>2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si: 3</li> <li>- No: 0</li> </ul> <p>2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 50% - 0</li> <li>- 50-74% - 1</li> <li>- 75-85% - 2</li> <li>- &gt; 85% - 3</li> </ul> <p>2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 75% - 0</li> <li>- 75-85% - 1</li> <li>- 86-95% - 2</li> <li>- &gt; 95% - 3</li> </ul>
<b>Fecha de evaluación</b>	1ª quincena de enero 2014-2015-2016

### Síntesis de evaluación global de la Formación Especializada

SUBINDICADORES	PUNTUACIÓN
GIFT: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS/ITINERARIOS FORMATIVOS TIPO	<b>30%</b>
PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DE RESIDENTES EN URGENCIAS Y EN OTRAS ÁREAS	<b>30%</b>
PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DE CADA RESIDENTE	<b>20%</b>
PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA	<b>20%</b>