

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUZ ROJA, SAN JOSÉ Y SANTA ADELA



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

VERSIÓN 1.3 OCTUBRE 2017

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA, DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA

1. Introducción	3
2. Presentación	4
2.1. Marco Normativo	4
2.2. Objeto y alcance de este documento	5
2.3. Contexto organizacional	5
3. Objetivos Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) de la Formación Médica Especializada (FME)	7
4. Políticas de calidad generales del centro hospitalario respecto a la Docencia	9
5. Estructura y recursos docentes	11
5.1 Marco Normativo	11
5.2 Comisión de Docencia	12
5.3 Jefe de estudios de Formación Especializada	17
5.4 Tutor de Residentes	18
6. Procesos operativos implicados en la calidad docente y sus interrelaciones (mapa de procesos)	21
6.1 Mapa de procesos general de formación de residentes del HCCR	22
6.2 Incorporación y acogida del residente	23
6.3 Gestión de rotaciones externas de residentes propios	24
6.4 Gestión de rotaciones externas en centros extranjeros	25
6.5 Gestión de rotaciones en HCCR de residentes de centros nacionales	26
6.6 Evaluaciones anuales y finales	27
6.7 Despedida y fin de la residencia	28
6.8 Mapa procesos del tutor	29
7. Registros, medición, análisis y mejora de los procesos	30
ANEXO 1. Estructura organizativa de docencia	37
ANEXO 2. Análisis estratégico para las actividades de docencia del hospital	38
ANEXO 3. Decálogo de respeto a la intimidad del paciente	39

PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

1. INTRODUCCIÓN

Dentro del compromiso que la actual Dirección del Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela tiene con la mejora de la Calidad Asistencial del Centro, la Comisión de Docencia ha querido participar en este proceso, contribuyendo mediante la elaboración de un Plan de Gestión de Calidad que abarque otro pilar fundamental de la actividad de cualquier centro hospitalario de prestigio como es la Docencia Postgrado en Formación Especializada.

La elaboración de un Plan de Gestión Calidad Docente (PGCD) supone un ejercicio de responsabilidad que la Comisión de Docencia acomete con el objetivo de disponer de una herramienta que sirva para la evaluación continuada y control de la calidad de los distintos elementos que configuran la estructura docente del hospital, destinada a la Formación Especializada.

El Plan intenta encauzar la participación de todos los actores implicados en la Formación Especializada, especialmente los especialistas en formación, y permite que el centro docente se adapte a las nuevas necesidades y retos que se identifican en la formación especializada así como que se incorpore a una política de mejora continua de la calidad docente.

La misión docente de nuestro centro y de las unidades docentes del mismo se establecen en el marco del proceso formativo, bajo principios de calidad, eficacia, eficiencia y satisfacción de las necesidades y expectativas de pacientes y familiares con el fin último de garantizar que los especialistas adquieran los conocimientos habilidades y actitudes para el desarrollo de su especialidad a través de la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo su proceso formativo.

La visión docente definida por el centro y la unidad docente nos permite establecer el punto que queremos alcanzar con el desarrollo de la formación sanitaria especializada del centro de la unidades docentes y ha de ser compartida en el seno de la organización del hospital. Nos orientamos a ser valorados satisfactoriamente por las instituciones y los propios interesados, como un centro comprometido en la docencia pregrado y la formación de especialistas.

Nuestros valores docentes son entendidos como el conjunto de principios que describen cómo se deben comportar los miembros del centro y de la unidad docente y en los que se basan sus decisiones y acciones, tanto en el ámbito interno como en el entorno social.

En nuestro proceso docente cobran una especial importancia la transmisión a lo largo de la formación de todos los aspectos referidos a los derechos y garantías del paciente recogidos en los Protocolos Y Guías del Centro (“Programa de Información y Acogida”, “Guía de Acogida e Información a pacientes hospitalizados y acompañantes”) disponibles en la intranet, el Decálogo del Centro sobre Respeto a la intimidad del Paciente elaborado por la Comisión de Cuidados en (febrero de 2016) anexo 1, el documento del centro sobre Protección Del Derecho a la Intimidad de los Pacientes y Actuaciones Relativas a los Alumnos Y Residentes (febrero 2017) así como los Principios y Valores para la Asistencia establecidos por las Unidades Docentes.

El plan de gestión de calidad docente se desarrolló en el año 2012 con el liderazgo del órgano de dirección por los órganos docentes y de calidad, con la colaboración de toda la estructura docente del centro, bajo la coordinación del jefe de estudios de formación sanitaria especializada.

Una vez implantado el plan de gestión de calidad docente sigue un proceso seguimiento y evaluación a fin de comprobar el cumplimiento de las previsiones contenidas en el mismo, (modificado en los años 2015 y 2017).

Corresponderá a la Comisión de Docencia y al Jefe de Estudios de formación especializada efectuar bajo la supervisión del órgano de dirección, el seguimiento anual del plan de gestión de calidad docente, con la colaboración de los tutores y el apoyo del responsable de calidad e investigación en docencia.

2. PRESENTACIÓN

2.1 Marco Normativo

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su capítulo VI, relativo a Calidad, establece en su artículo 59.1 el PRINCIPIO de que “La mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas”, concretando posteriormente los elementos que configuran lo que denomina la infraestructura para la mejora de la calidad. Posteriormente, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, desarrolla en su artículo 26 aspectos relativos a la Calidad del Sistema de Formación a través del control de la calidad de la estructura docente.

Con el marco preliminar y general establecido en las dos leyes de 2003, ya se desarrolla como un objetivo fundamental 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*, garantizar un alto nivel de calidad del Sistema de Formación Sanitaria Especializada. Para ello, en el Capítulo 6, artículo 28, punto 3 especifica que:

- *Las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito.*
- *Dicho plan se aprobará y supervisará por la comisión de docencia con sujeción a los criterios que establezcan las comunidades autónomas a través de los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.*
- *En los mencionados planes de gestión de calidad se contará con la necesaria participación de los residentes que anualmente evaluarán, a través de encuestas o de otros instrumentos que garanticen el anonimato, el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, así como el funcionamiento, desde el punto de vista docente, de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus períodos formativos*

De manera complementaria, *la Orden SOC/581/2008 por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de la Comisiones de Docencia*, indica que es función de las mismas aprobar el Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) del centro, supervisando su cumplimiento, a cuyos efectos les será facilitada cuanta información sea necesaria por los responsables de las unidades asistenciales y por los correspondientes órganos de dirección y gestión.

Para su elaboración se observarán además de las ya mencionadas las siguientes disposiciones:

- El Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre por el que se regula la Relación Laboral Especial de Residencia para la Formación de Especialistas En Ciencias de la Salud
- Los Programas Formativos de las Especialidades
- La Guía Del Residente De Formación Sanitaria Especializada y las Instrucciones - para las Comisiones de Docencia sobre la Evaluación de los Residentes publicadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Subdirección General de Ordenación Profesional) en mayo del 2017.

2.2 Objeto y alcance de este documento

Definir el sistema de Gestión de la Calidad por el que se rigen las actividades de Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud en el Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela (HCCR) orientado a:

- Definir la operativa a seguir para garantizar la calidad de las actividades de FSE
- Ser herramienta para la mejora continua
- Encauzar la participación de los especialistas en formación y de la organización que los forma.

2.3 Contexto organizacional

El HCCR tiene casi cien años de historia, durante los cuales ha sabido adaptarse a las necesidades asistenciales y sociales de la población madrileña, pasando por etapas de beneficencia, de asistencia privada, de concierto con la asistencia pública y finalmente plenamente integrado en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de nuestra Comunidad, bajo dependencia del Servicio Madrileño de Salud.

Se configura como centro de Apoyo a la asistencia médica y quirúrgica que presta al resto de hospitales de la Red, y también desde las zonas de Atención Primaria más próximas. Por ello, si el paciente lo desea, puede ser derivado desde otros centros para su tratamiento en nuestro Hospital.

Actualmente dispone de 154 camas instaladas, 9 quirófanos y 52 locales de consultas, figurando en su cartera de servicios las siguientes Especialidades disponibles:

SERVICIOS	DISPONIBLES	Hospitalización	Consulta
Alergología	S		S
Análisis clínicos	S		
Anatomía Patológica	S		
Anestesiología y Reanimación	S	S	S
Angiología y Cirugía Vascul ar	S	S	S
Aparato Digestivo	S		S
Bioquímica Clínica	S		
Cardiología	S		S
Cirugía General y de Aparato Digestivo	S	S	S
Cirugía Plástica y Reparadora	S	S	S
Dermatología Médico-quirúrgica	S		S
Endocrinología y Nutrición	S		S
Estomatología	S		S
Farmacia Hospitalaria	S		
Geriatría	S	S	S
Ginecología	S	S	S
Hematología y Hemoterapia	S		S
Medicina Interna	S	S	S
Medicina Nuclear	S	S	S
Medicina Preventiva y Salud Pública	S		
Microbiología y Parasitología	S		
Neumología	S		S
Neurocirugía	N		
Neurofisiología Clínica	S		S
Neurología	S		S
Oftalmología	S	S	S
Otorrinolaringología	S	S	S
Radiodiagnóstico	S		
Rehabilitación	S	S	S
Traumatología y C. Ortopédica	S	S	S
Urología	S	S	S

Desde que en 1978 se inicia la obtención del título de especialista médico en España, el HCCR se incorpora a la Formación Médica Especializada (FME) vía MIR, labor que viene desarrollando ininterrumpidamente hasta la actualidad.

Tras la publicación del RD 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la FME y la obtención del título de Médico Especialista, diversos servicios del hospital son acreditados para la docencia.

En el momento actual el hospital está acreditado para la FME de las siguientes especialidades:

- **Unidad Docente de Geriátría:** acreditado ininterrumpidamente desde 1978 como primera unidad acreditada en España para la formación de especialistas MIR en geriatría. A lo largo del año 2017 y de acuerdo con la su misión, visión y valores docentes del centro se ha tramitado la solicitud para la acreditación de la **Unidad Multiprofesional de Geriátría** para la formación de especialistas de MIR y EIR.
- **Unidad Docente de Oftalmología:** acreditado ininterrumpidamente desde 1984
- **Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública** de la Comunidad de Madrid desde 2006. En noviembre de 2017 y de acuerdo a las instrucciones recibidas por la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se va a proceder a solicitar la actualización de la acreditación de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública vinculada a la Comisión de Docencia del centro.
- **Unidad Docente Asociada de Cirugía Ortopédica y Traumatología,** asociada a la Unidad Docente de COT del Hospital Universitario de Getafe, desde octubre 2008.

3. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE DE LA FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud define que el PGCD en la FME, es el documento o conjunto de documentos que describe y desarrolla los requisitos para gestionar y asegurar el control de la calidad de la formación postgrado en el Hospital-Centro Docente. Asimismo, refleja la organización del centro para la docencia. Debe ser elaborado por la Comisión de Docencia e incluir a todas las Unidades Docentes (Unidad) integradas en la misma.

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. Deberá conseguir que los residentes en formación especializada alcancen las competencias propias de cada especialidad y las comunes a las profesiones sanitarias, que les permitan ejercer su profesión con el objetivo de prevenir, cuidar y promocionar la salud de la sociedad donde ejerzan su actividad.

El objetivo general se sustenta en tres pilares:

1. Cumplimiento de los objetivos de los programas formativos para los residentes
2. Gestión adecuada de la actividad formativa
3. Garantizar que los residentes llevan a cabo una prestación asistencial acorde a su nivel formativo

A su vez, este objetivo general ha sido desglosado en los siguientes **objetivos específicos** que giran sobre puntos clave en el área de Docencia. En ellos se concretan aspectos claves para 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 son:

- 1. Difundir el PGCD** a todas las UD y resto de dispositivos asistenciales que participan en la docencia.
- 2. Objetivos relacionados con el proceso de Formación**
 - 2.1. Adaptar los programas formativos oficiales de las especialidades a las UD e individualizarlos para cada residente.
 - 2.2. Garantizar la formación en competencias transversales.
 - 2.3. Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad.
 - 2.4. Participación de los residentes en las sesiones clínicas y bibliográficas del servicio y/u hospitalarias.
- 3. Objetivos relacionados con la Unidades Docentes**
 - 3.1. Disponer de normas de organización y funcionamiento por parte de las Unidades Docentes.
 - 3.2. Evaluar periódicamente la capacidad docente, de acuerdo con las recomendaciones oficiales, la actividad asistencial, docente e investigadora.
 - 3.3. Promover el reconocimiento del tutor y su papel como primer responsable del proceso formativo del residente.
 - 3.4. Fomentar formalización de los convenios de colaboración docente con dispositivos asistenciales de otros centros.
 - 3.5. Potenciar el nivel de atracción del hospital como centro docente para las rotaciones en nuestras UD, solicitadas desde otros centros.
- 4. Objetivos relacionados con la integración, participación y evaluación del residente**
 - 4.1. Organizar y asegurar que la incorporación del Residente al Centro, se facilite mediante el proceso de acogida e identificación precoz de las posibles dificultades que pueda encontrar.
 - 4.2. Fomentar e impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro.
 - 4.3. Medir la satisfacción de los residentes de forma sistemática.
 - 4.4. Garantizar el proceso de evaluación formativa anual y final de los residentes.

En las diferentes reuniones celebradas de la CD a lo largo del año se va revisando de forma no estructurada el cumplimiento de los objetivos de docencia planteados, culminando dicha revisión en el momento de la evaluación anual.

En el caso de que a lo largo del año hayan surgido propuestas de modificaciones en los objetivos, estos se revisan y aprueban. En el caso contrario, se mantienen los objetivos establecidos para la FSE.

4. POLÍTICAS DE CALIDAD GENERALES DEL CENTRO HOSPITALARIO RESPECTO A LA DOCENCIA Y COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La actividad docente e investigadora, forma parte de la Misión del Centro bajo principios de calidad, eficacia, eficiencia y satisfacción de las necesidades y expectativas de paciente y familiares. Asimismo la Visión del Centro incluye ser valorados satisfactoriamente por las instituciones y los propios interesados, como un centro comprometido en la docencia pregrado y en la Formación de Especialistas.

La Dirección Gerencia del Hospital Central de la Cruz Roja explicita su compromiso con la Docencia y Formación Superior Especializada que se refleja en los siguientes puntos:

1. Mantener y potenciar como **línea estratégica del hospital** las actividades de docencia y formación médica especializada como una de las misiones del hospital. Para ello la dirección establece un *Análisis Estratégico Para Las Actividades De Docencia Del Hospital* (anexo2) y se compromete al **análisis anual de la capacidad docente de cada unidad , el cumplimiento del programa formativo y de los requisitos de acreditación basándose en los SIGUIENTES CRITERIOS:**
 - a) Análisis del volumen de actividad asistencial y cartera de servicios de la unidad,
 - b) Análisis del equipamiento y tecnología de la unidad
 - c) Análisis del número profesionales sanitarios acreditados, recursos humanos de los servicios y unidades
 - d) Valoración de las actitudes e interés de los integrantes del Servicio en la docencia
 - e) Análisis de la capacidad de cada unidad para asumir residentes propios y solicitudes de rotación de residentes procedentes de otros centros o programas.
 - f) Análisis de la Memoria anual que refleja el seguimiento y medición periódica de los objetivos alcanzados frente a los establecidos para el proceso de formación y de los indicadores de calidad , todo ello orientado a identificar las áreas que requieren de acciones de mejora que permitan asegurar la consecución de los objetivos anuales.
 - g) Valoración del Informe anual de la CD sobre la consulta a las diferentes Unidades Docentes Acreditadas, a través de los Jefes de Servicio, respecto a la propuesta renovación de propuesta de plazas acreditadas, para enviar dicha propuesta tanto a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, como al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad según lo establecido en el RD 183/2008, de 8 de febrero y la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero
2. **Incluir la Docencia MIR y EIR en el Plan de Calidad del Hospital**, planteando como objetivo general del hospital.
3. **Plasmar el compromiso de la Dirección con la Docencia**
 - 3.1. Definiendo los mecanismos de representación y comunicación que garanticen su implicación en relación con la docencia. A este respecto se establecerá con el Jefe de Estudios una relación fluida de forma continuada a lo largo del año y se solicitará una Memoria Anual.
 - 3.2. Llevando a cabo las **actividades de planificación y asignación de los recursos** necesarios para asegurar que:
 - 3.2.1. La CD, la Subcomisión de Docencia de Enfermería, sus jefes de estudios y tutores dispongan de los medios necesarios para la consecución de los objetivos de la docencia.

- 3.2.2.** El centro docente disponga de las instalaciones físicas y servicios de soporte necesarios para la gestión de la docencia (despacho jefe de estudios, secretaría CD, salas de tutores, salas polivalentes, aulas,...)
- 3.2.3.** La CD establezca los mecanismos adecuados para la custodia ordenada y responsable de los documentos relacionados con la Formación Superior Especializada.
- 3.3.** Procediendo al nombramiento del jefe de estudios y de los tutores de acuerdo a la legislación vigente y CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL REGLAMENTO DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA:
- a) Nombramiento del jefe de estudios:
Teniendo en cuenta las funciones de organización de la formación sanitaria especializada que corresponden a los jefes de estudios y de acuerdo con lo previsto en el artículo 10, apartados 2, 3 y 4, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, dichas funciones serán consideradas de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas.
El Jefe de Estudios será elegido por la Dirección Gerencia del hospital a propuesta de la CD tras valoración de los méritos de los aspirantes y aprobado por mayoría. Para ser elegido deberán concurrir los siguientes requisitos:
- Que sea especialista de una especialidad acreditada en el hospital para la formación MIR.
Que haya tenido experiencia como tutor de residentes.
- En el HCCR el JE es nombrado, de acuerdo a la normativa actual, por el Director Gerente, a propuesta de la Dirección Médica y oída la CD, entre facultativos especialistas del hospital con acreditada experiencia clínica, docente e investigadora.
El Jefe de Estudios de la Subcomisión de Enfermería será nombrado por la Dirección Gerencia a propuesta de la Dirección De Enfermería
- b) Nombramiento del tutor:
Habrá un tutor para cada año de formación de residentes MIR de Geriatría (total cuatro tutores), un tutor de residentes EIR de geriatría , un tutor de residentes de Oftalmología, un tutor de la unidad docente de Medicina Preventiva y un tutor de la unidad docente asociada de COT.
El nombramiento del tutor se realizará por la Gerencia previa propuesta de la CD y de la Subcomisión de Docencia de Enfermería.
La CD propondrá el nombramiento de un tutor teniendo en cuenta:
- El informe del jefe de servicio o responsable asistencial de la especialidad correspondiente.
 - El curriculum vitae del candidato.
 - Un perfil profesional adecuado al diseñado en el programa formativo de la especialidad y complementado con competencias específicas en metodología docente, evaluativa y de investigación.

- Otros datos que se estimen relevantes (informes de auditoría, encuestas de satisfacción de residentes, etc.)
La propuesta de candidatos podrá realizarse entre profesionales acreditados, a iniciativa:
 - Del propio interesado.
 - Del jefe de servicio o responsable asistencial.
 - De otros profesionales del centro o la unidad.
 - De los residentes.
 - De la comisión de docencia.

Los candidatos a tutor, entre otros requisitos, deben estar en posesión del título de especialista en Ciencias de la Salud que corresponda y estar prestando servicios en los distintos dispositivos integrados en el Centro o Unidad Docente.

5. ESTRUCTURA Y RECURSOS DOCENTES

En este apartado se analizan los órganos colegiados y unipersonales implicados en la Docencia y su participación en el PGCD.

En el Anexo I se presenta el organigrama, dependencia y composición de la Comisión de Docencia del HCCR.

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.

5.1 Unidades Docentes

En el momento actual el hospital está acreditado para la FME de las siguientes especialidades:

- **Unidad Docente de Geriatría:** 5 residentes MIR por año (en trámite la solicitud para la acreditación como **Unidad Multiprofesional de Geriatría** para la formación de 5 especialistas de MIR y 2 EIR.
- **Unidad Docente de Oftalmología:** 1 residente por año
- **Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública** (en trámite de reacreditación): 1 residente por año

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

- **Planificar la docencia:** elaborar el plan de formación de la unidad que comprende el itinerario formativo tipo y el plan individualizado de formación.
- **Elaborar las normas de organización y funcionamiento de la Unidad,** en ellas, además de recoger aspectos relacionados con las funciones del personal que la integran, así como referencias a su función asistencial e investigadora, deberá hacer una mención

específica a la Docencia y en concreto a la Formación Sanitaria Especializada por el sistema de residencia.

- Participar en la elaboración de la **“Guía de incorporación de residentes en formación”** y en su actualización.
- **Los jefes asistenciales de las UD mantendrán reuniones con el tutor o tutores** para coordinar la formación especializada, facilitar el cumplimiento de los planes individuales de formación de cada residente y la integración supervisada de éstos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- **Implantar las acciones de mejora** que se acuerden, vistos los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los residentes anualmente, en relación con el funcionamiento, adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad para la correcta impartición del programa formativo.
- **Elaborar la memoria anual de la unidad** que recogerá: recursos humanos y materiales, listado de libros y revistas de la especialidad que hay en la Biblioteca del hospital y en la unidad, calendario de sesiones clínicas y bibliográficas, protocolos diagnósticos y terapéuticos con los que cuentan, actividades científicas y de investigación (asistencia a congresos, publicaciones, participación en trabajos y proyectos de investigación, etc.)

5.2 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.
- Elaborar un reglamento de funcionamiento con los siguientes criterios
 - Composición y sistemática para la elección de miembros
 - Funciones y responsabilidades de la CD
 - Procedimiento de convocatoria y periodicidad de las reuniones de la CD
 - Registro de las reuniones en actas y contenido mínimo de las mismas.
 - Funciones y responsabilidades de la CD
- Establecer el procedimiento y criterios objetivos de evaluación formativa, acordes con la adquisición de competencias durante su proceso formativo.

Para ello en el Hospital Central De La Cruz Roja la CD ha elaborado el Reglamento del Comité de Evaluación y Programación de la Evaluación de los Residentes (RCEPER) según lo estipulado en el RD 183/2008 del 8 de febrero y se adapta anualmente las “Instrucciones para las Comisiones de Docencia sobre la Evaluación de los Residentes de plazas de Formación Sanitaria Especializada” (ICDER), que publica el MSSJ con los siguientes criterios:

- Definición del concepto y finalidad de las evaluaciones formativa, anual y final de los MIR de Geriátría, Medicina Preventiva y Salud Pública y Oftalmología, y de los EIR de Geriátría para el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias durante el período de residencia.
- Composición del comité de evaluación del hospital central de la Cruz Roja: jefe de estudios de formación especializada, todos los tutores de las Unidades Docentes Acreditadas (Geriátría, Medicina Preventiva y Oftalmología) , un representante del Servicio de Geriátría, otro del Servicio de Oftalmología, el representante de la Comunidad de Madrid (pendiente de sustitución) y la secretaria de Docencia, todos ellos son miembros de la Comisión de Docencia, por lo que su elección o nombramiento va implícito en el nombramiento como tutor o representante. Una vez acreditada la UDM de geriatría formará parte también del comité de evaluación el Presidente de la Subcomisión de Enfermería. En nuestro centro la constitución del Comité de Evaluación se realiza de forma conjunta para todas las Unidades Docentes Acreditadas procediéndose a la evaluación independiente de los residentes de cada unidad en el mismo acto. Se exige asistencia de todos los convocados y firma del acta. En las actas figuran Orden día, fecha, hora, ubicación, asistentes, calificaciones de residentes, lectura acta calificaciones y aprobación y firmas.
- Funciones y responsabilidades del comité de evaluación derivadas de la certificación y constatación de toda la documentación entregada por el residente para su evaluación y presentada por el tutor en el comité de evaluación.
- Programación de la evaluación que incluye las FECHAS DE EVALUACIÓN para las evaluaciones anuales, para la evaluación final, y para las evaluaciones de los períodos de recuperación o de los residentes a los que se concediesen prórroga o estén en situación de suspensión de contrato y la actuación del Comité en las SITUACIONES ESPECIALES tales como como la evaluación negativa recuperable por insuficiencia de aprendizaje o la suspensión temporal del contrato formativo tienen los plazos establecidos para su resolución.
- Normativa para la calificación en la EVALUACIÓN ANUAL Y FINAL que incluye los criterios para establecer una valoración positiva o negativa tanto para los residentes que iniciaron la Formación Sanitaria Especializada previo a la convocatoria 2014/2015 y en la convocatoria 2014/2015 y siguientes.
- Inclusión de los criterios para la valoración objetiva para la evaluación de las rotaciones por el responsable del servicio donde el residente rota así como los modelos normalizados para realizar el Informe de evaluación formativa y del Informe anual. El informe de evaluación formativa incluye entrevistas

trimestrales, anuales y final. Las trimestrales están normalizadas en el Informe de Entrevista de tutorización continuada y contempla la revisión del libro del residente y el seguimiento del desarrollo competencial y del nivel de supervisión recibido en todas las áreas asistenciales. El informe anual realizado por el tutor incluye: los informes de evaluación formativa, informe de las rotaciones y puntuación de las mismas, guardias, actividades complementarias formativas e investigadoras, conclusiones del tutor y se acompaña de una breve memoria realizada por el residente y del libro del residente y se incorpora al expediente personal de cada especialista en formación. En el informe anual individual del tutor, se incluyen sus conclusiones, con objetivos individuales planteados para el siguiente año de residencia y se revisa el plan individual de formación. Todos los tutores disponen del documento que regula los criterios para llevar a cabo la evaluación anual y final. En el Plan Individual de Formación, que los residentes reciben al incorporarse en cada Servicio, se incluye el modelo normalizado para la evaluación de las rotaciones, el de la entrevista trimestral con el tutor, así como un resumen que especifica cuáles son los elementos en los que se va a sustentar su evaluación.

- Procedimiento de revisión de evaluaciones regido por la normativa de las ICDER, de publicación anual y se especifican en el reglamento tanto para la evaluación anual negativa como para la evaluación final negativa con los plazos y organismos correspondientes. El plazo para que un residente pueda solicitar por escrito su revisión es de 10 días tras la notificación de una de una evaluación negativa. En el caso de evaluación anual la CD se reunirá y citará al residente para la revisión de evaluación en un plazo máximo de 15 días posteriores a la recepción de su solicitud. En el caso de evaluación final negativa la Comisión Nacional de la Especialidad se reunirá en el plazo de 30 días desde la recepción de la solicitud de revisión.
- Procedimiento para la notificación de los resultados de las evaluaciones: el representante de residentes recibe la información relativa a los resultados de las calificaciones otorgadas por el citado comité para trasmitírselas al resto de los residentes de la unidad docente evaluados si así lo desean. Asimismo la CD notifica a través correo electrónico el resultado de las evaluaciones de los residentes. La CD notifica de forma oficial a los organismos correspondientes el resultado de las evaluaciones anuales y finales mediante la aplicación SIREF y elabora las Actas de Evaluación para su validación
- Proceso de finalización de la formación: cuando la evaluación final del periodo de residencia sea positiva, la CD lo comunica al Registro de Especialistas en Formación del MSSSI, para que emita el Certificado Los residentes que finalizan han de solicitar por vía electrónica a través de la sede electrónica del MECD la orden de concesión y la expedición del título de especialista.
- MOTIVOS para la EXTINCIÓN DEL CONTRATO que suponen la baja en el Registro Nacional de Especialistas en Formación y la pérdida de los derechos de la convocatoria a efectos de obtención del título (especificados en el RCEPER).

- 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.
- Aprobar los itinerarios formativos tipo de las distintas especialidades, a propuesta de los tutores.
- Garantizar que los residentes cuentan con el correspondiente plan individual de formación.
- Elaborar el mapa de procesos de la formación especializada en ciencias de la salud del hospital.
- Elaborar protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias atendiendo a los siguientes CRITERIOS:
 - a) Es consensuado con la dirección del centro y el o los responsable/s de la/s unidad/es asistencial/es.
 - b) Se actualiza cada dos años y, siempre que resulte necesario incluir cualquier novedad para conseguir el grado de supervisión eficiente sobre los residentes en Formación.
 - c) Contempla procedimientos diferenciados para los residentes en los distintos años de formación.
 - d) Desarrolla las directrices generales para la supervisión y responsabilidad de los residentes en Formación en el Centro así como los Protocolos Supervisión en las diferentes áreas asistenciales específicas de las distintas Unidades Docentes en base a una supervisión decreciente y aumento creciente del nivel de responsabilidad, según la adquisición de conocimientos y habilidades.
 - e) Establece la obligatoriedad de que la supervisión de residentes de PRIMER AÑO sea SIEMPRE de presencia física y se lleve a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos docentes y en aquellos en los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de Atención Continuada.
 - f) Garantiza un grado de supervisión de los residentes decreciente a partir del segundo año de residencia, con una disminución de la supervisión progresiva y aclara perfectamente los niveles de responsabilidad en la toma de decisiones en las urgencias y el resto de las zonas señaladas (Bloque quirúrgico y gabinetes con técnicas invasivas...).
 - g) Incluye un protocolo de supervisión y organización de la guardia de los residentes tanto en la planta como en el servicio de Urgencias. La supervisión para las guardias de puerta de Urgencias que se realizan en el Hospital Universitario de La Paz se rige según protocolo específico elaborado a tal fin por la Comisión de Docencia de La Paz.

- h) Los protocolos de supervisión tanto en el área de urgencias como los de las diferentes unidades docentes se difunden a través de los tutores responsables de cada promoción y se encuentran disponibles en todo momento para su consulta, a través de petición al Jefe de Estudios.
 - i) Incluye un Documento para la Gestión de sugerencias, quejas o reclamaciones de los residentes en relación al proceso docente (GSQR) con el anexo “Gestión de sugerencias, quejas o reclamaciones de los residentes del Hospital Universitario La Paz”, elaborado para asegurar el cumplimiento de los protocolos anteriormente citados.
- 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.
 - Custodiar El itinerario formativo tipo y los registros asociados al seguimiento y evaluación del residente (informe anual, evaluación anual y evaluación final).
 - Recibir el informe anual de actividad docente desarrollada por las unidades docentes acreditadas
 - Recoger y analizar la actividad docente mediante el registro, medición y análisis de mejora de los siguientes procesos:
 - Adaptación de programas formativos oficiales individualizados.
 - Competencias transversales.
 - Participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas.
 - Participación en sesiones clínicas y bibliográficas del Servicio y/o hospitalarias.
 - Evaluación periódica de la capacidad docente.
 - Promoción del reconocimiento del tutor y su papel.
 - Fomentar la colaboración docente con dispositivos asistenciales de otros centros.
 - Potenciación de atracción del hospital como centro docente para rotaciones desde otros centros.
 - Proceso de acogida.
 - Participación en comisiones clínicas.
 - Medición sistemática de satisfacción de los residentes.
 - Garantía del proceso de evaluación formativa.
 - Recoger documentalmente toda la información recopilada en una Memoria anual, disponible para todos los miembros de la comisión y cuya copia se adjunta anualmente a la dirección del centro.
 - Análisis de la información recopilada para establecer y ajustar nuevos objetivos anuales de docencia, y modificar si procede sus requisitos e indicadores de medición asociados.

- Analizar y modificar si procede si procede, los procesos relacionados con la docencia, incluyendo los itinerarios formativos, de forma continuada a lo largo de las diferentes comisiones celebradas a lo largo del año.

5.3 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 miembros de la Comisión de Docencia.
- 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 del 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 en las entrevistas tutorizadas o mediante el procedimiento para la Gestión de sugerencias, quejas o reclamaciones de los residentes en relación al proceso docente (GSQR) elaborado por la CD.
- 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 de las mejoras y en su seguimiento, a la vista de las auditorias docentes, internas o externas, que se realicen al centro.
- Elaborar todos los años, la memoria docente del centro.

5.4 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 cinco 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.
- Elaborar el plan individual de formación de los residentes que tenga asignados en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores.
- Proponer el itinerario formativo tipo de la especialidad (IF) y elaborar el plan individual de formación (PIF) de los residentes que tenga asignados en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores según los siguientes criterios:
 - El Itinerario Formativo de residentes de nuestro centro y el PIF se elaboran en base a la experiencia formativa del Hospital de Cruz Roja, pionero en la Formación Médica Especializada vía MIR desde 1978.
 - Se rigen por la filosofía docente y asistencial del Centro orientada a la adquisición progresiva de conocimientos habilidades y responsabilidades en la especialidad para la consecución de los objetivos formativos.
 - Son acordes a los valores docentes del Centro así como los Principios y Valores Para la Asistencia establecidos las Unidad Docente.
 - Adaptan los contenidos de los Programas Oficiales De Especialidad elaborados por las comisiones nacionales de la especialidad ratificados por la CNECS y aprobados por el MSSSI según las Órdenes Ministeriales publicadas en los Boletines Oficiales del Estado correspondientes.
 - Ambos se actualizan periódicamente (mínimo cada 2 años) según la necesidades docentes y ajustándose a la normativa existente:
 - 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
 - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, (fundamentalmente a través del capítulo III de su título II) y el posterior desarrollo y aprobación en cumplimiento de las previsiones contenidas en el artículo 20.f) en relación con la disposición adicional primera del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre.
- Los contenidos del IF son acordes a lo establecido en la GUÍA DEL RESIDENTE DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre) publicado en Mayo del 2017 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre), e incluye :
 1. Objetivos Generales y específicos de la formación
 2. Estructura y actividad asistencial del Servicio
 3. Actividad docente del Servicio
 4. Programa Formativo: responsabilidades y evaluaciones (RD 83/2008)

5. Itinerario Docente General
 6. Itinerario docente por Año de Residencia
 7. Competencias A Adquirir Por Año De Residencia
 8. Cronograma De Rotaciones Y Duración
 9. Competencias A Adquirir Por Rotación
 10. Cronograma De Rotaciones Y Duración
 11. Programación De Atención Continuada/Guardias
 12. Programación De Las Sesiones Clínicas Y Bibliográficas
 13. Actividad investigadora del Servicio
 14. Autoformación teórica
 15. Principios y Valores del Servicio
 16. Mapa de procesos del tutor.
- Los contenidos del PIF son acordes a lo establecido en la GUÍA DEL RESIDENTE DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre) publicado en Mayo del 2017 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre), e incluye: incluye la planificación temporal de actividades formativas teórico-prácticas: cronograma y objetivos, registro de actividad asistencial, actividad docente, actividad investigadora, observaciones, modelo de entrevista con el tutor, instrucciones para las evaluaciones anuales
 - Los IFT y el Plan Individual De Formación (PIF) de cada una de las UD acreditadas se difunde a todos los tutores, jefes de servicio y se están a disposición de cualquier adjunto o personal relacionado con la docencia, que así lo solicite al Jefe de Estudios. Cada residente recibe una copia en el momento de su incorporación a las Unidades Docentes Así mismo, dicha información se encuentra accesible mediante acceso a la página web del hospital en el apartado de docencia, donde están incluidas las GIFT actualizadas. El tutor facilita también a cada especialista en formación su PIF. En el apartado de Observaciones del PIF y en el modelo a cumplimentar de cada entrevista cuatrimestral por el tutor se contemplan los cambios en las programaciones por diferentes motivos y se individualiza y adapta el PIF a las circunstancias tales como las bajas y otras.
 - En las comisiones celebradas a lo largo del año se revisa y actualiza el cumplimiento de la programación recogida en los IF y PIF (rotaciones realizadas y programadas, participación en cursos y otras actividades, guardias, etc.).
 - La documentación manual relativa al IF es responsabilidad directa es del JE y se custodia en el despacho de docencia, al que sólo tiene acceso la Jefa de Estudios y en el despacho de la Secretaría de Docencia, en archivadores bajo llave, accesible únicamente por la citada secretaria y la Jefa de Estudios. Las medidas, normas y procedimientos de seguridad, relacionadas con el fichero informático son responsabilidad de la Jefa de Servicio de Informática.
 - 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.

- 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), según lo estipulado por el Reglamento del Comité de Evaluación y Programación de la Evaluación de los Residentes (RCEPER).
- 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 según lo estipulado por el Reglamento del Comité de Evaluación y Programación de la Evaluación De Los Residentes (RCEPER).
- 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. Realizarán como mínimo un curso de los ofertados a lo largo de su periodo de tutoría.

6. PROCESOS OPERATIVOS IMPLICADOS EN LA CALIDAD DOCENTE Y SUS INTERRELACIONES (MAPA DE PROCESOS)

Se entiende como **Proceso** la organización de personas, procedimientos y medios físicos que, en trabajo coordinado y secuencial, son necesarios para obtener un resultado final concreto.

En consecuencia, el **Mapa de Procesos** sería la representación de los procesos y sus interrelaciones.

La Comisión de Docencia del HCCR ha analizado los procesos de FME llevados a cabo en el HCCR para conocer los adecuados circuitos de información y movimientos de datos que permitan asegurar el seguimiento de las actividades y buen funcionamiento de los procesos.

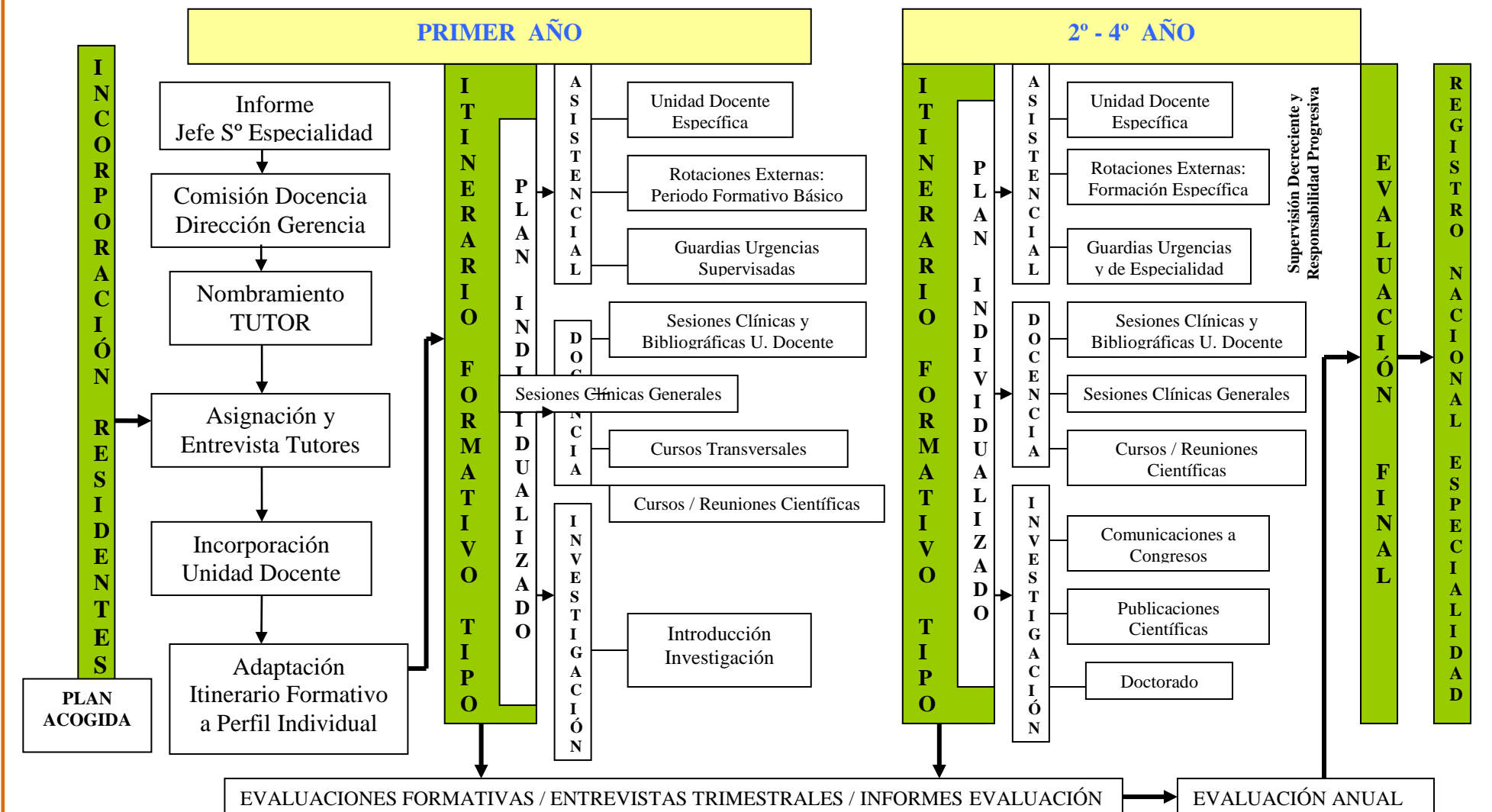
Estos diagramas de flujo identifican con claridad qué actividades son necesarias realizar, y de qué forma, para alcanzar con éxito los requerimientos de los clientes (residentes en formación).

Los Procesos Operativos que se describen a continuación son los siguientes:

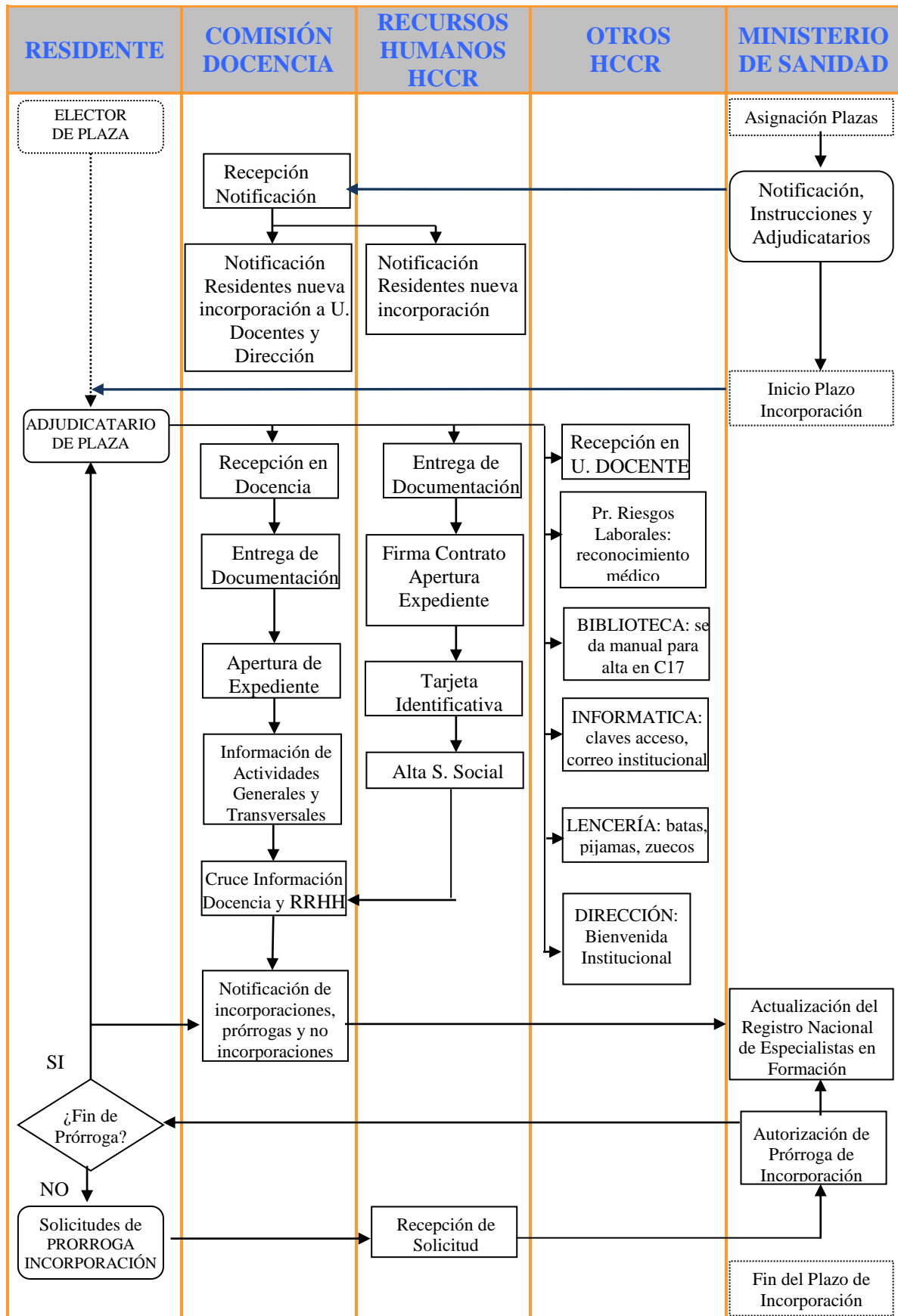
1. Mapa de Procesos (MP) General de la FME en el HCCR
2. MP de Incorporación y Acogida a residentes en el HCCR
3. MP de gestión de Rotaciones Externas en Centros Nacionales y en Centros Extranjeros de los residentes del HCCR
4. MP de gestión de Rotaciones en el HCCR de Residentes Externos

5. MP de Evaluaciones Formativas anual y final
6. MP de Despedida de los residentes del HCCR
7. MP de la actividad de los Tutores

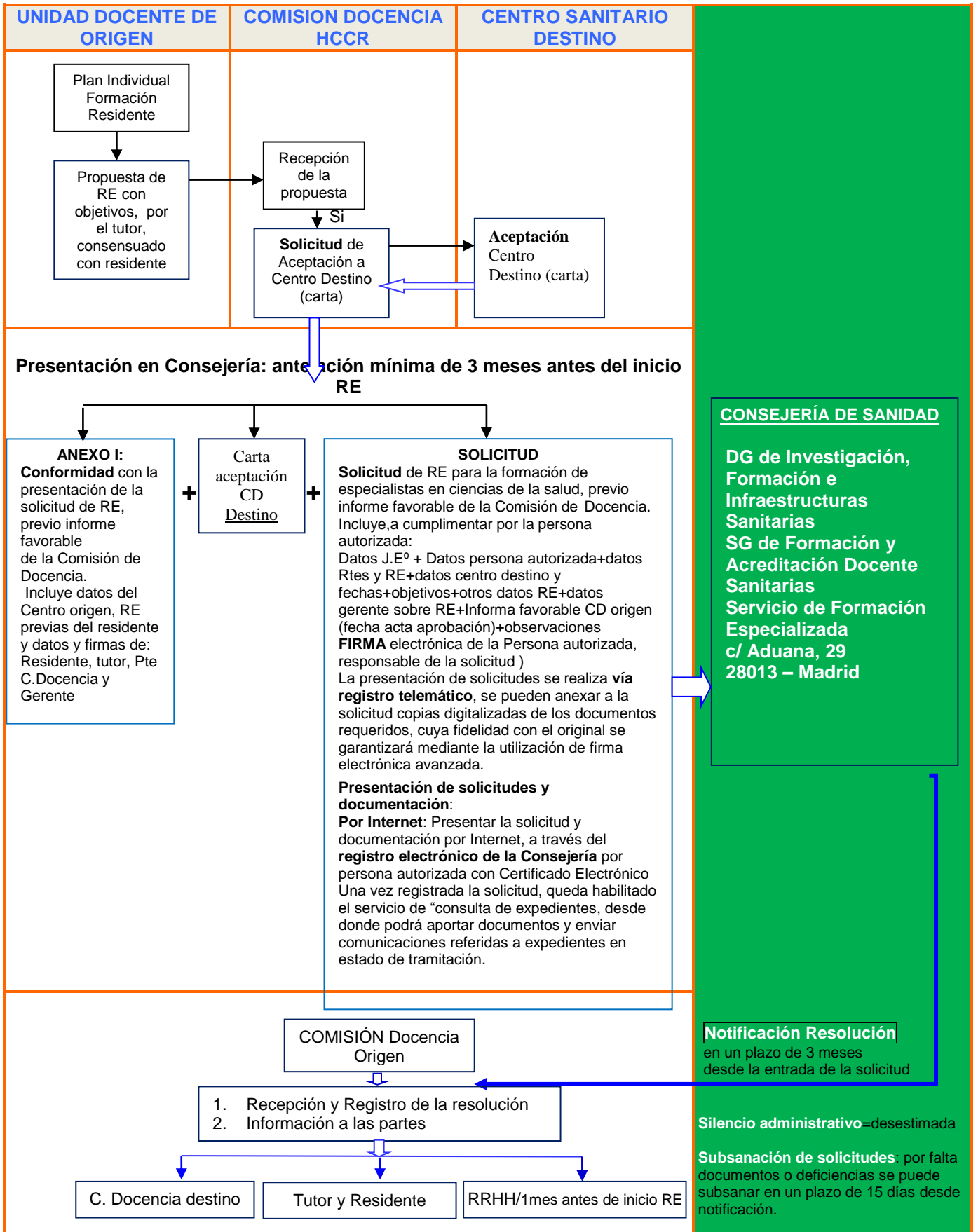
6.1 MAPA DE PROCESOS GENERAL DE FORMACIÓN DE RESIDENTES DEL HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA



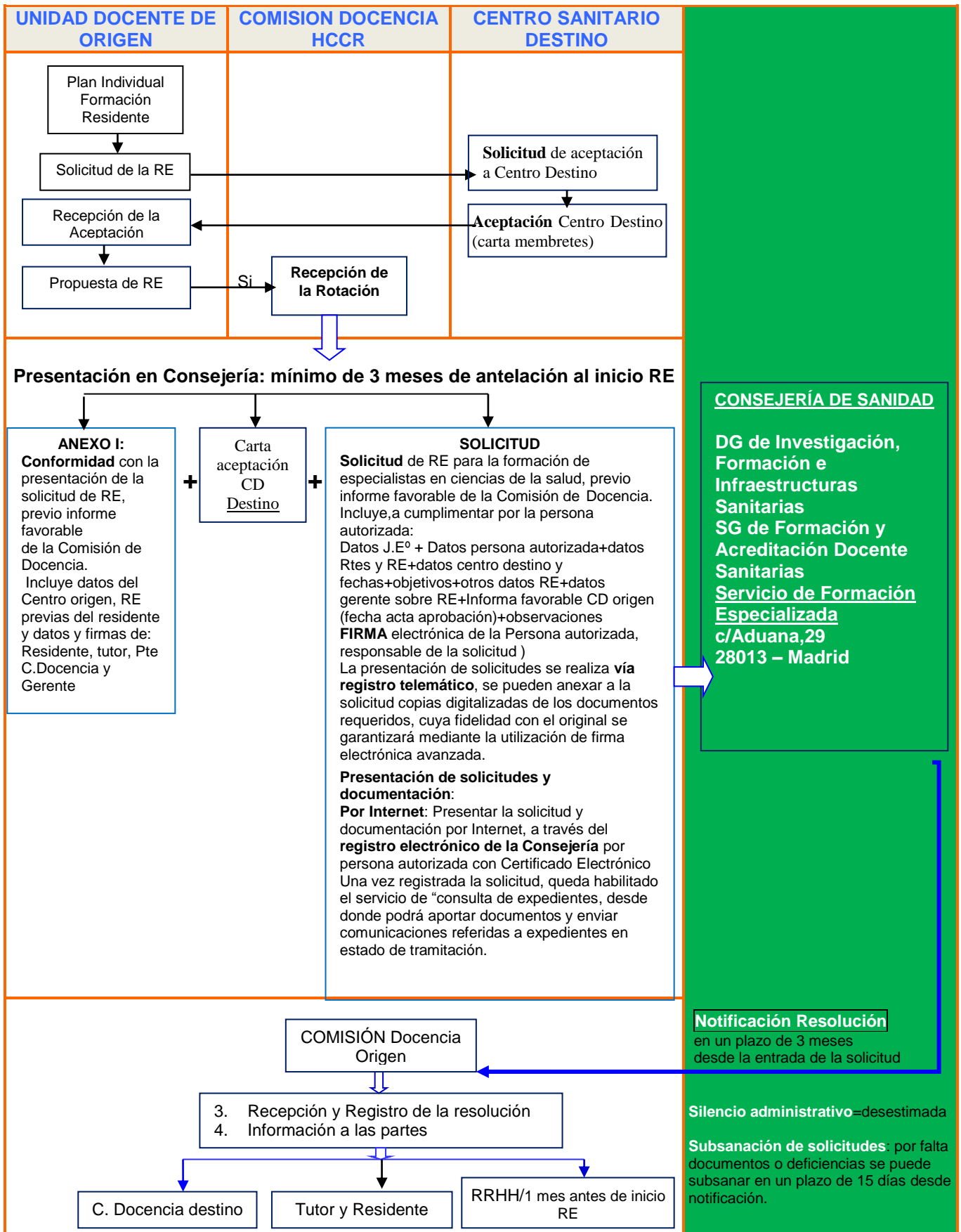
6.2 INCORPORACION Y ACOGIDA DEL RESIDENTE



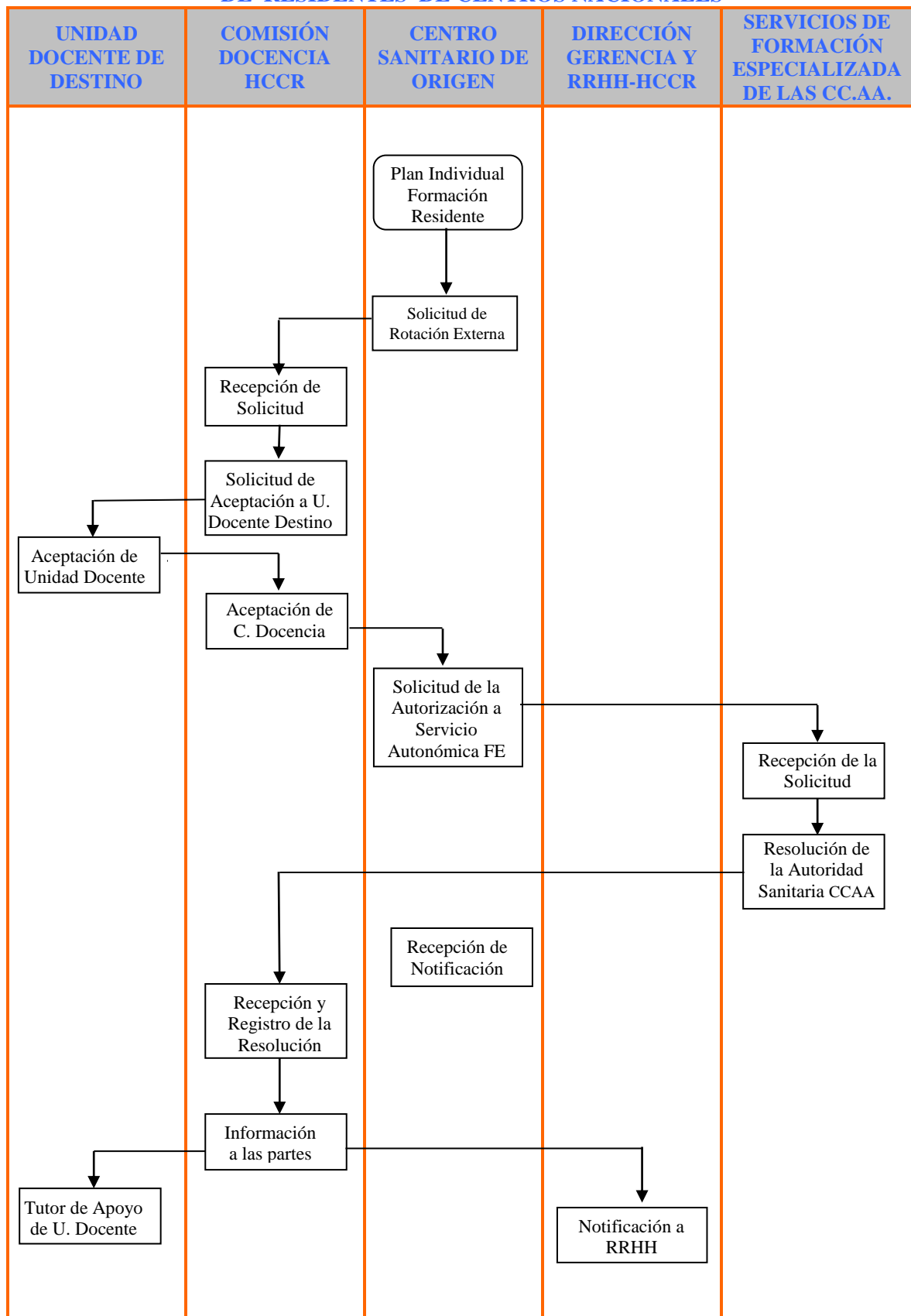
6.3 GESTIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS DE RESIDENTES PROPIOS



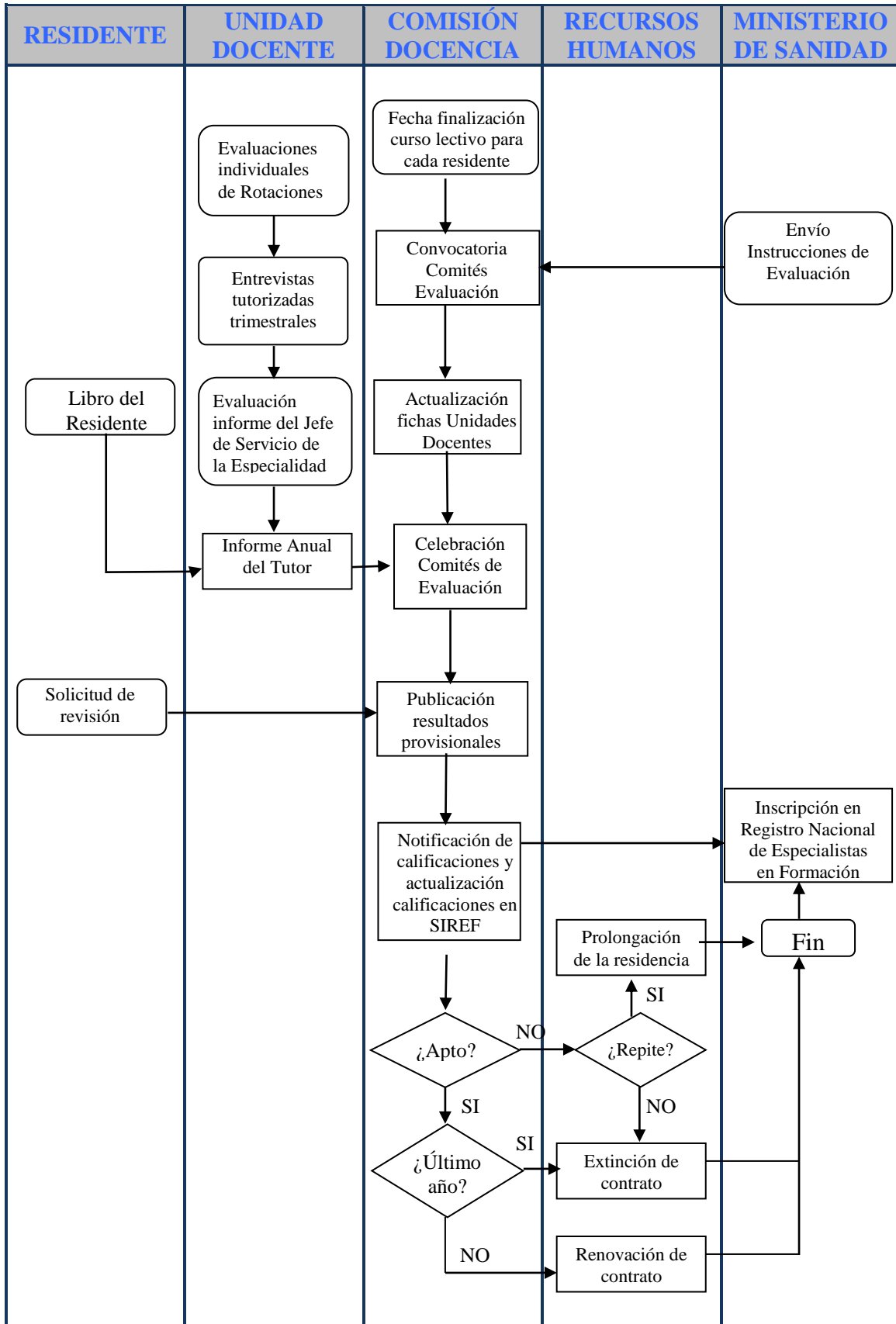
6.4 GESTIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS EN CENTROS EXTRANJEROS



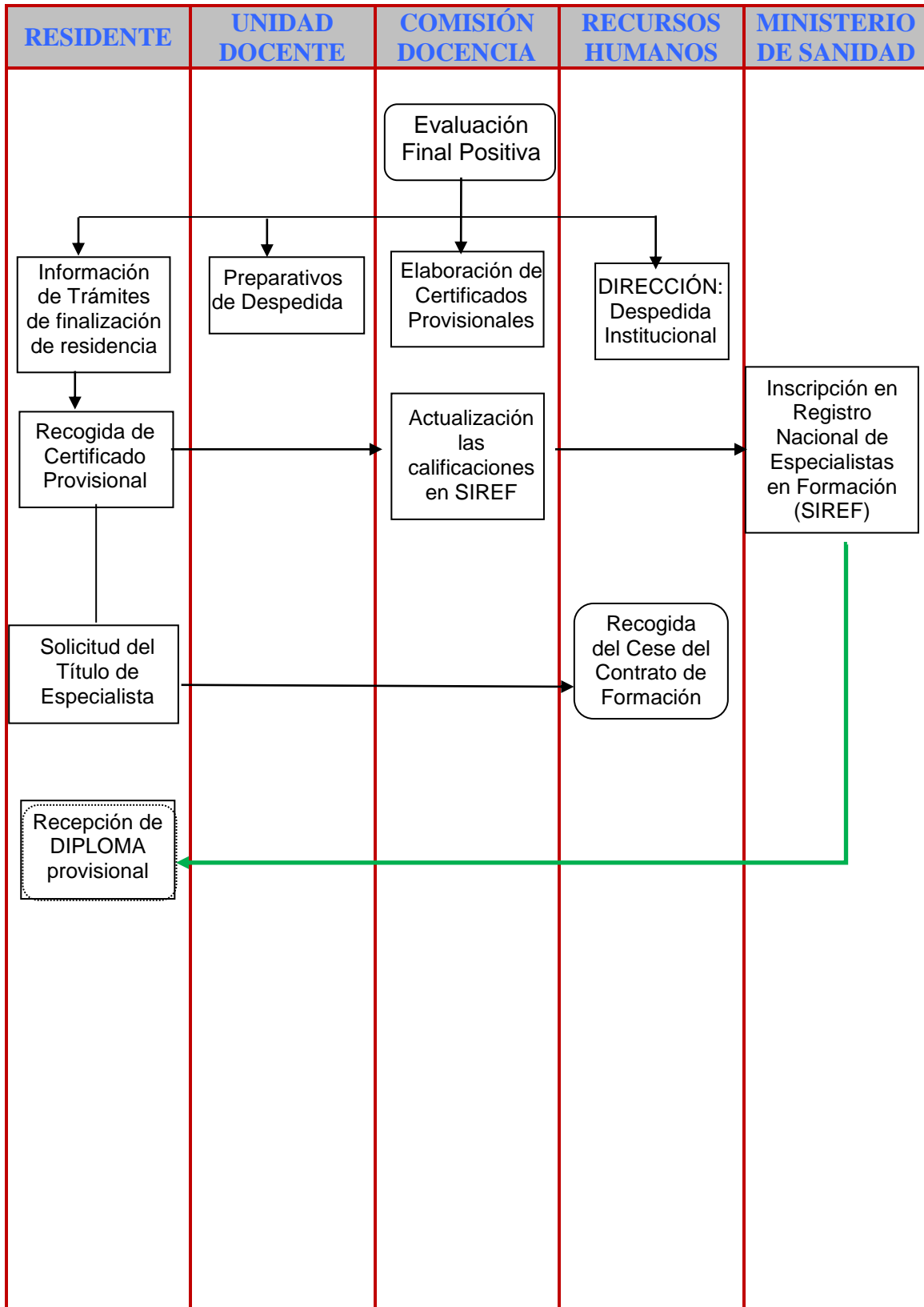
6.5 GESTIÓN DE ROTACIONES EN HCCR DE RESIDENTES DE CENTROS NACIONALES



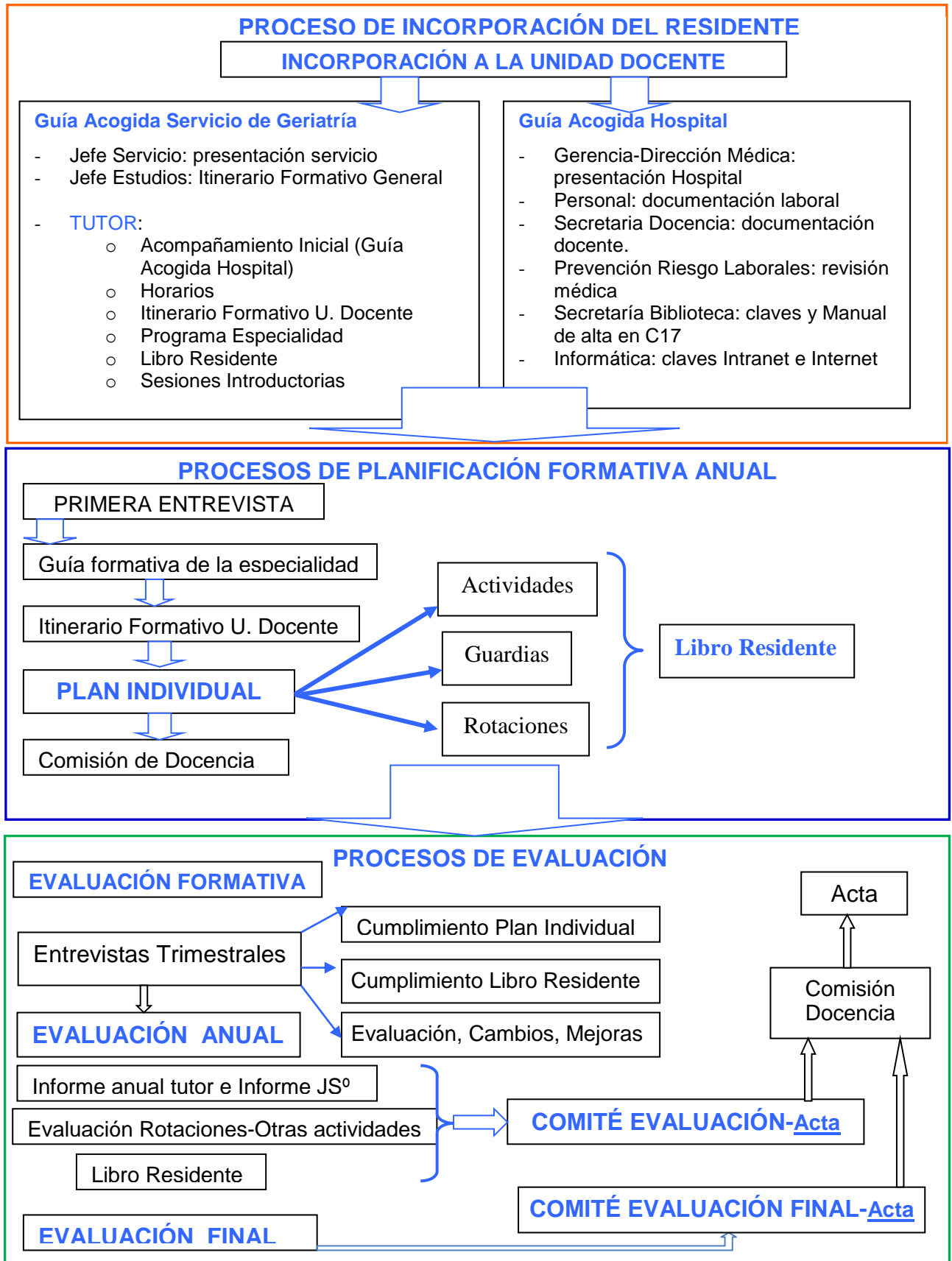
6.6 EVALUACIONES ANUALES Y FINALES



6.7 DESPEDIDA Y FIN DE LA RESIDENCIA



6.8 MAPA DE PROCESOS DEL TUTOR



7. REGISTROS, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS PROCESOS

El análisis de los procesos ha dado a conocer cuales son los registros a mantener como prueba de los niveles de calidad alcanzados y de la información relevante que es necesario mantener a nivel histórico.

La Comisión de Docencia, de acuerdo con los objetivos específicos de Docencia desglosados en el punto 2 de este PGCD y los registros generados, establece unos indicadores de calidad que le permiten el análisis y seguimiento del comportamiento de sus procesos. Como consecuencia de este análisis se pueden identificar las áreas que requieren de acciones de mejora.

La frecuencia de estas mediciones es variable en función de las especiales características de cada indicador, pero en general será anual. Para su cálculo e interpretación se medirá el grado de cumplimiento de un determinado objetivo habitualmente de manera porcentual.

Anualmente los residentes entregan, coincidiendo con la evaluación, la Encuesta Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud-Evaluación de la FSE (MSSSI) en su versión actualizada. Su cumplimentación es obligatoria y anónima para ser evaluado. Asimismo, se les recomienda la cumplimentación de la Encuesta de satisfacción del residente sobre rotaciones externas disponible en la intranet de la Consejería de la CAM. Los resultados de la encuesta anual de satisfacción de los Residentes se analizan en la Comisión de Docencia, se difunden a los jefes de servicio de las diferentes unidades asistenciales y sirven para establecer las acciones de mejora pertinentes, los residentes son informados a través de su representante en la Comisión de Docencia y de los tutores.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Difundir el PGCD a todos los dispositivos asistenciales que participan en la docencia

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
El PGCD es conocido por los dispositivos asistenciales que participan en la docencia	$(\text{n}^\circ \text{ miembros de la CD que afirman conocer el Plan} / \text{n}^\circ \text{ total de miembros de la CD}) \times 100$	Jefe de Estudios	Anual	100%: excelente <100% a \geq 90%: óptimo <90% a \geq 75%: mejorable < 75 %: no cumple	Comisión de Docencia

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1: Adaptar los programas formativos oficiales de las especialidades a las Unidades Docentes e individualizarlos para cada residente.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Existen itinerarios formativos tipo para las especialidades acreditadas en el Hospital.	$(\text{n}^\circ \text{ de Especialidades con itinerario formativo tipo} / \text{n}^\circ \text{ Especialidades Acreditadas}) \times 100$	Itinerarios formativos tipo para las especialidades acreditadas archivados en Secretaria de Docencia	Anual	100%: excelente <100%: no cumple	Comisión de Docencia
Existen planes individuales de Formación (PIF) para cada Residente	$(\text{n}^\circ \text{ de Residentes con PIF} / \text{n}^\circ \text{ total residentes}) \times 100$	Expediente personal del residente archivados en Secretaria de Docencia	Anual	100%: excelente <100% a \geq 95%: óptimo <95% a \geq 80%: mejorable < 80 %: no cumple	Comisión de Docencia

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2: Garantizar la formación en competencias transversales (sesiones Generales; cursos de protección radiológica; urgencias; bioética; investigación; gestión clínica; etc)

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Planificación de Sesiones Transversales	Nº de sesiones	Registro de Formación	Anual	> 10	Comisión de Docencia
Asistencia a Sesiones Transversales	$(\text{n}^\circ \text{ de Residentes asistentes} / \text{n}^\circ \text{ total residentes}) \times 100$	Registro de Asistencia	Anual	100%: excelente <100% a \geq 90%: óptimo <90% a \geq 75%: mejorable < 75 %: no cumple	Comisión de Docencia

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3: Fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con su especialidad

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Presentación Comunicaciones en Congresos de la Especialidad	$(n^{\circ} \text{ residentes con 1 ó más comunicaciones} / n^{\circ} \text{ total residentes}) \times 100$	Libro del Residente	Anual	100%: excelente <100% a $\geq 75\%$: óptimo <75% a $\geq 50\%$: mejorable < 50 %: no cumple	Tutor
Participación en congresos o reuniones científicas relacionadas con la especialidad	$(n^{\circ} \text{ residentes que han asistido} \geq 3 \text{ congresos o reuniones científicas} / n^{\circ} \text{ total residentes}) \times 100$	Libro del Residente	Anual	100%: excelente <100% a $\geq 90\%$: óptimo <90% a $\geq 80\%$: mejorable < 80 %: no cumple	Tutor

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4. Participación de los residentes en las sesiones clínicas y bibliográficas del Servicio y/u hospitalarias

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Presentación de sesiones clínicas y bibliográficas	$(n^{\circ} \text{ residentes que han presentado} \geq 3 \text{ sesiones clínicas y/o bibliográficas} / n^{\circ} \text{ total residentes}) \times 100$	Libro del Residente	Anual	100%: excelente <100% a $\geq 80\%$: óptimo <80% a $\geq 60\%$: mejorable < 60 %: no cumple	Tutor

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1. Disponer de normas de organización y funcionamiento por parte de las Unidades Docentes.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Elaboración de las normas de organización y funcionamiento de las diferentes Unidades Docentes del Centro	% Unidades Docentes con normas de organización y funcionamiento presentadas en C. Docencia	Registro de las normas en Secretaría Docencia	Anual.	100%: excelente <100%: no cumple	Jefe de Estudios

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2. Evaluar periódicamente la capacidad docente, de acuerdo con las recomendaciones oficiales, la actividad asistencial, docente e investigadora.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Revisar la aplicación de programas oficiales de las diferentes especialidades y el cumplimiento de los mismos.	Nº reuniones del Jefe Estudios con los Responsables de diferentes Unidad Docentes / Total U. Docentes) x 100	Comunicación en Actas de Comisión Docencia	Anual	100%: excelente <100%: no cumple	Jefe de Estudios

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3. Promover el reconocimiento del tutor y su papel como primer responsable del proceso formativo del residente

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Reconocimiento de la figura del tutor y de la necesidad de Formación en Metodología Docente y de Investigación	(nº de tutores con nombramiento de la Dirección Gerencia / nº total tutores) x 100	Dirección (nombramiento de tutores)	Anual	100%: excelente <100%: no cumple	Comisión de Docencia
	(nº de tutores con Cursos de Formación y Metodología Docente / nº total tutores) x 100	Registro en Secretaría Docencia	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 80%: óptimo <80% a ≥ 60%: mejorable < 60 %: no cumple	Comisión de Docencia
	(nº de tutores con Cursos de Formación y Metodolog. Investigación / nº total tutores) x 100	Registro en Secretaría Docencia	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 80%: óptimo <80% a ≥ 60%: mejorable < 60 %: no cumple	Comisión de Docencia
Asignación máxima de 5 Residentes por tutor.	(nº de tutores con ≤ 5 residentes a su cargo / nº total de tutores) x 100	Registro en Secretaría Docencia	Anual	100%: excelente <100%: no cumple	Jefe de Estudios

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.4. Fomentar formalización de los convenios de colaboración docente con dispositivos asistenciales de otros Centros.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Acuerdos docentes firmados entre Centros aprobados por las respectivas CC.AA y las Gerencias	$(n^{\circ} \text{ U. Docentes con acuerdos con otros centros} / n^{\circ} \text{ total de U. Docentes}) \times 100$	Registro en Secretaría Docencia	Anual	100%: excelente <100% a $\geq 75\%$: óptimo <75% a $\geq 50\%$: mejorable < 50 %: no cumple	Jefe de Estudios

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.5: Potenciar el nivel de atracción del Hospital como Centro Docente para las rotaciones en Unidades Docentes del HCCR, solicitadas desde otros Centros

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Programas específicos de Docencia estructurada a Residentes en Formación de otros Hospitales	Nº residentes externos al hospital que rotan por unidades docentes al año	Registro en Secretaría Docencia	Anual	≥ 5 : excelente 3-4: óptimo 1-2: mejorable 0: no cumple	Comisión de Docencia

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1. Organizar y asegurar que la incorporación del residente al centro, se facilite mediante el proceso de acogida

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Programa de acogida del Residente en Hospital	$N^{\circ} \text{ residentes que cumplimentan checklist acogida hospital en } < 7 \text{ d} / n^{\circ} \text{ residentes incorporados}$	Secretaría Docencia	Al Ingreso	100%: excelente <100%: no cumple	Tutor
Programa de acogida del Residente en Unidades Docentes	$N^{\circ} \text{ residentes que cumplimentan checklist acogida U. Docente en } < 7 \text{ d} / n^{\circ} \text{ residentes incorporados}$	Libro residente	Al Ingreso	100%: excelente <100%: no cumple	Tutor

Checklist acogida Hospital y U. Docente: ver Mapa de Procesos de Tutorización

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.2. Fomentar e Impulsar la participación de los residentes en las comisiones clínicas del centro.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Participación de los Residentes en las Comisiones Clínicas	Porcentaje de Comisiones Clínicas con participación de Residentes, sobre total de Comisiones Clínicas.	Actas de Comisiones Clínicas	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 80%: óptimo <80% a ≥ 60%: mejorable < 60 %: no cumple	Coordinador de calidad
	Porcentaje de Residentes que participan en Comisiones Clínicas sobre el total de Residentes en formación.	Actas de Comisiones Clínicas	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 70%: óptimo <70% a ≥ 40%: mejorable < 40 %: no cumple	Coordinador de calidad

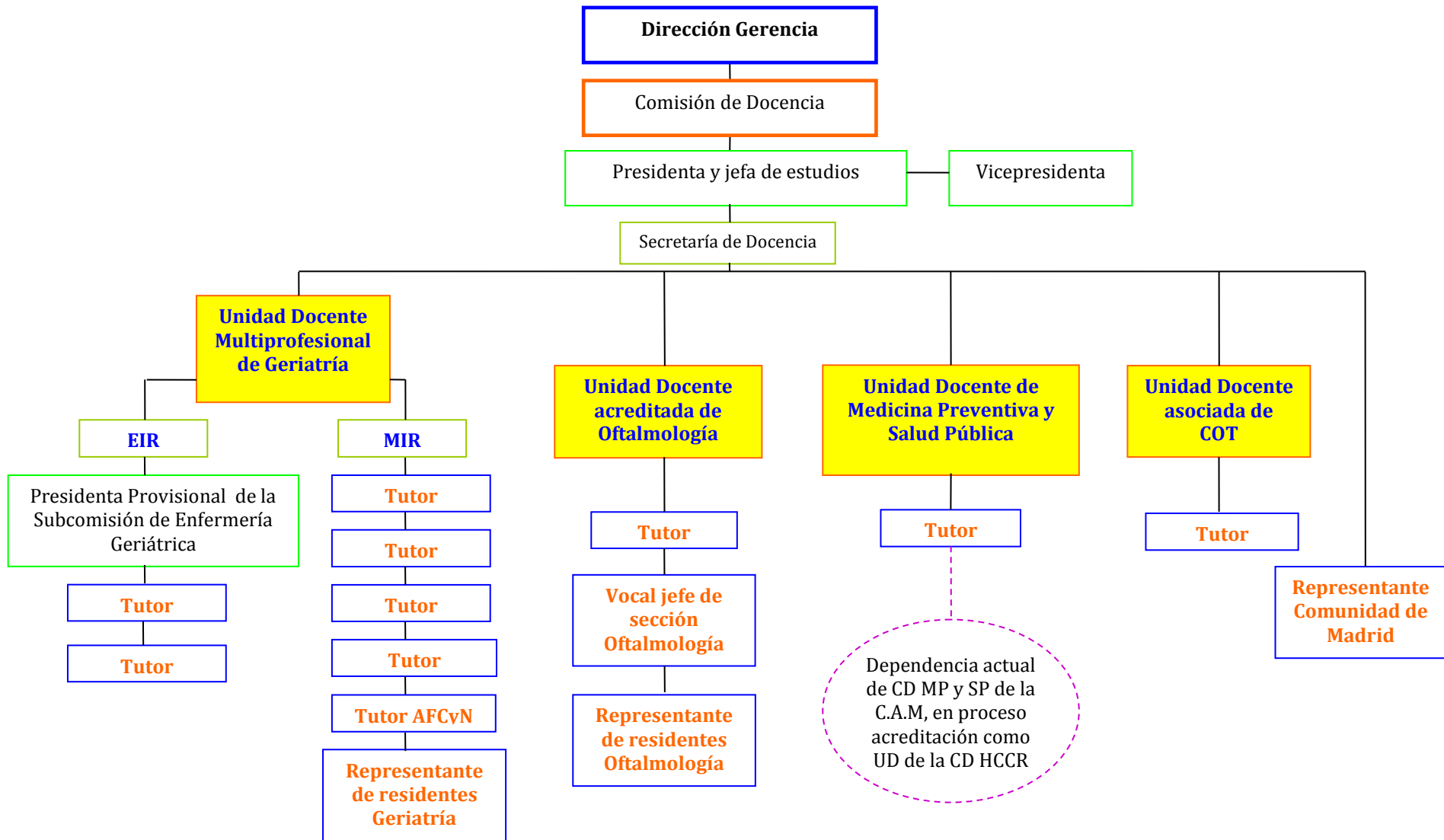
OBJETIVO ESPECÍFICO 4.3. Medir la satisfacción de los residentes de forma sistemática.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Grado de Satisfacción del residente con el hospital	<i>Encuesta Oficial</i>	Encuesta de Satisfacción	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 80%: óptimo <80% a ≥ 50%: mejorable < 50 %: no cumple	Comisión Docencia
Grado de Satisfacción del residente con la Unidad Docente	<i>Encuesta Oficial</i>	Encuesta de Satisfacción	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 80%: óptimo <80% a ≥ 50%: mejorable < 50 %: no cumple	Comisión Docencia
Grado de Satisfacción del residente con el hospital con la Unidades o dispositivos por los que rota	<i>Encuesta Oficial</i>	Encuesta de Satisfacción	Anual	100%: excelente <100% a ≥ 80%: óptimo <80% a ≥ 50%: mejorable < 50 %: no cumple	Comisión Docencia
Acciones de Mejora implementadas tras los resultados de la encuesta	Nº acciones mejora implementadas	Actas de la Comisión de Docencia	Anual	>4 cumple <4 no cumple	Comisión Docencia

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.4. Garantizar el proceso de evaluación formativa anual y final de los residentes.

INDICADOR	CALCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN	ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
Evaluación de los informes/entrevistas de evaluación formativa	$(\text{n}^\circ \text{ de residentes con informes/entrevistas de evaluación formativa trimestral documentada} / \text{n}^\circ \text{ total residentes}) \times 100$	Informes de tutores	Anual	100%: excelente <100% a $\geq 80\%$: óptimo <80% a $\geq 60\%$: mejorable < 60 %: no cumple	Tutores
Evaluación anual del Residente y constancia documental	$(\text{n}^\circ \text{ de residentes con evaluación anual documentada} / \text{n}^\circ \text{ total residentes}) \times 100$	Expediente del Residente (Secretaría Docencia)	Anual	100%: excelente <100%: no cumple	Jefe de Estudios

ANEXO 1: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE DOCENCIA



ANEXO 2: ANÁLISIS ESTRATÉGICO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DEL HOSPITAL

ANÁLISIS ESTRATÉGICO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DEL HOSPITAL

Para que el paciente sea realmente el centro del sistema sanitario, es preciso que el profesional disponga de las competencias y actitudes adecuadas. Por ello:

- Las actividades docentes se integran con las asistenciales y las de investigación con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de los pacientes.
- Sólo es posible una asistencia de calidad si se basa en la mejor evidencia científica disponible, de lo que se deduce la necesidad de disponer de las mejores Guías de Práctica Clínica actualizadas y consensuadas.
- La mejora continua es la herramienta que permite adecuar las respuestas profesionales a las necesidades actualizadas de los pacientes.
- Los aspectos de seguridad deben ser inherentes a una práctica de calidad. Es obligado sensibilizar y formar a los profesionales en esta cultura de seguridad, potenciando el registro, comunicación y análisis de incidentes y accidentes.
- Calidad científico-técnica, protocolización de las actuaciones, uso adecuado de medios diagnósticos y terapéuticos y una debida continuidad asistencial es garantía de calidad y eficiencia.
- Estimular la colaboración, facilitar el entendimiento y propiciar que se comparta el conocimiento científico individual potencia el crecimiento colectivo de la organización.
- Potenciar proyectos de investigación que respondan cuestiones clínicas frecuentes en la práctica asistencial, estimula las inquietudes docentes de formación continuada.
- Para conseguir un desarrollo adecuado de estos objetivos docentes de formación continuada, es preciso realizar un ajustado análisis de necesidades, teniendo presente la evaluación de actividades de formación previas, recabando de los profesionales sus necesidades sentidas y orientar la planificación docente con las líneas estratégicas del Centro

Madrid, mayo 2012



Fdo.: Dr. Manuel Ballarín Bardají
DIRECTOR GERENTE

ANEXO 3: DECÁLOGO DE RESPETO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

DECÁLOGO DE RESPETO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

EL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SE COMPROMETE A:

Mantener horarios en la atención a los pacientes que respeten las horas de descanso (toma de constantes, pases de visita en horas del desayuno, comidas entre horas, etc.)

Utilizar ropa de lencería que respete la dignidad y el decoro de los pacientes

Respetar la intimidad y autonomía de los pacientes en los cuidados básicos relacionados fundamentalmente con la higiene la alimentación y la eliminación

Acondicionar los espacios físicos para preservar la intimidad del paciente

Dirigirse a los pacientes y acompañantes con un lenguaje respetuoso, evitando el tuteo salvo indicación contraria del paciente

Habilitar habitaciones individuales en caso de agravamiento del proceso del paciente u otra necesidad clínica

Informar a los pacientes y sus cuidadores siempre que se vaya a realizar una exploración física , o prueba complementaria

Dar información a los familiares en salas destinadas a ello, respetando en su caso las indicaciones expresas del paciente de no dar información

Realizar exploraciones y técnicas a los pacientes con la presencia del personal mínimo imprescindible

Trasladar a los pacientes en los medios más adecuados según su situación en cada momento, respetando su autonomía siempre que sea posible