

FSE CENTRO DOCENTE: Auditoria 2015

INDICE

1. PRESENTACIÓN	2
2. CRITERIOS DE AUDITORÍA	2
2.1 IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN / GERENCIA DEL CENTRO DOCENTE HOSPITALARIO	2
2.2 ORGANIZACIÓN Y RECURSOS PARA LA DOCENCIA	5
2.3 PLANIFICACIÓN DE LA FSE	13
2.4 DESARROLLO DE LA FSE	21
2.5 MEJORA DE LOS PROCESOS DOCENTES	30
3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	36
4. DOCUMENTACION DEL CENTRO A REMITIR A LA UNIDAD DE ACREDITACION Y AUDITORIAS.....	40
5. DOCUMENTACION QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE A DISPOSICION DE LOS AUDITORES EN LA AUDITORIA DE CENTRO DOCENTE	44
6. MODELO DE AGENDA DE TRABAJO DEL AUDITOR.....	46
7. ANEXO. MODELO DE AUTOEVALUACION.....	49

1 PRESENTACIÓN

A continuación se presentan los criterios de evaluación / auditoría a emplear en el marco de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en Ciencias de la Salud (CS), de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (DGSPCI), la documentación a remitir y a poner a disposición del equipo auditor, así como una agenda orientativa del trabajo de auditoría.

El objetivo de estos criterios es facilitar el desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad Docente del centro (PGCD) y los procedimientos de evaluación/auditoría docente de los requisitos de acreditación y del RD 183/2008, así como la identificación de las áreas de mejora.

Los criterios se organizan en cinco áreas, con una descripción genérica, aspectos a evaluar en cada uno de ellos, posibles fuentes de información, personal a entrevistar durante la auditoría, y los documentos o registros que se deben haber generado como consecuencia de la aplicación del PGCD.

2 CRITERIOS DE AUDITORÍA

2.1 IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN / GERENCIA DEL CENTRO DOCENTE HOSPITALARIO

DESCRIPCIÓN:

La dirección/gerencia del centro docente hospitalario debe plantear la FSE-CS, explícitamente, como una de sus misiones, estableciendo, conjuntamente con la Comisión de Docencia (CD), líneas estratégicas, definiendo políticas y objetivos y desarrollando planes detallados a fin de lograr la excelencia en la formación de especialistas.

Igualmente, deben establecerse mecanismos que garanticen que la dirección/gerencia conoce y participa de las actividades docentes, a fin de asegurar que se asignan los recursos materiales y humanos necesarios que permitan compatibilizar la actividad docente con la asistencial e investigadora.

CRITERIOS:

1. LA FORMACIÓN COMO PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL CENTRO

El centro sanitario docente debe haber realizado un análisis estratégico para las actividades de docencia asegurando que ésta se constituye formalmente como una de las tres misiones del hospital y que por tanto se han establecido las correspondientes líneas, objetivos y planes.

El análisis estratégico debe considerar el análisis de la capacidad docente real de las distintas unidades del centro teniendo en cuenta el volumen de actividad asistencial y cartera de servicios, equipamiento y tecnología, profesionales sanitarios acreditados, recursos humanos de los servicios y unidades, etc.... de forma que se evidencie la capacidad del centro para asumir residentes propios y solicitudes de rotación de residentes procedentes de otros centros o programas. Anualmente, la CD debe informar a la dirección/gerencia de la capacidad docente de las distintas unidades docentes del centro.

Dicho análisis debe concretarse en un plan estratégico.

Debe evidenciarse el seguimiento de los planes establecidos y la toma de acciones asociadas a estos

seguimientos.

Posibles fuentes de información:

- Plan estratégico
- Contrato de gestión o contratos programa.
- Actas del Comité de Dirección, actas de la CD u otras comisiones/subcomisiones.
- Memoria de actividades del centro y de la CD.

Personal de entrevista:

- Dirección/gerencia.
- Jefe de estudios.

Documentos/registros derivados

- Planteamiento estratégico del centro para la docencia y evidencias de su seguimiento.
- Análisis de la capacidad docente.

2. EL COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La dirección/gerencia del centro docente hospitalario debe establecer los mecanismos y recursos necesarios que evidencien su compromiso con la docencia, entre ellos se encontrarán al menos:

- ⇒ Definir las estructuras organizativas necesarias para la toma de decisiones así como los mecanismos de representación y comunicación que garanticen su implicación en relación con la docencia. A este respecto el Jefe de Estudios debe formar parte de los órganos de dirección del centro.
- ⇒ Validar los objetivos establecidos en relación con la docencia y participa en su seguimiento.
- ⇒ Consensuar las áreas de mejora propuestas por la CD.
- ⇒ Validar el PGCD (ver apartado 3, definiciones y abreviaturas) asegurando su coherencia con el enfoque estratégico y que se han establecido los requisitos para asegurar y controlar la calidad de la FSE.
- ⇒ Planificar y asignar los recursos necesarios para asegurar que:
 - la CD, su jefe de estudios y los tutores disponen de los medios necesarios para la consecución de los objetivos de la docencia.
 - el centro docente dispone 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,...).
 - de forma coordinada con los responsables de las unidades asistenciales, se lleva a cabo un adecuado reparto de cargas de trabajo que permita la realización de actividades docentes a los facultativos implicados.
 - la CD ha establecido los mecanismos adecuados para la custodia ordenada y responsable de los documentos relacionados con la FSE (y que se indican a lo largo de este documento en los apartados de “documentos/registros derivados”).
- ⇒ Liderar el establecimiento de acuerdos con los dispositivos docentes (incluidos los universitarios) que resulten necesarios para garantizar la realización de rotaciones obligatorias, asegurando que durante su realización se cumplen las normas establecidas por las correspondientes CD (propia y de los dispositivos externos, si disponen de ella) para la formación y evaluación de residentes.

Posibles fuentes de información:

- Actas del Comité de Dirección, actas de la CD u otras comisiones/subcomisiones
- Memoria de actividades del centro y de la CD.
- Objetivos de docencia.
- PGCD.

Personal de entrevista:

- Dirección/gerencia.
- Secretaría de la CD.
- Jefe de estudios.

Documentos/registros derivados

- PGCD.
- Objetivos para la docencia aprobados y difundidos.
- Acuerdos con otros dispositivos para la realización de rotaciones.

2.2 ORGANIZACIÓN Y RECURSOS PARA LA DOCENCIA

DESCRIPCIÓN:

El centro docente hospitalario debe contar con una adecuada estructura organizativa, instalaciones, actividad asistencial y dotación de recursos para la docencia en función de las características de la propia organización, del volumen de la actividad formativa que desarrolle y de los requisitos establecidos en la normativa vigente.

Las estructuras organizativas deben estar definidas y sus responsables, funciones y responsabilidades establecidas documentalmente.

CRITERIOS

1.	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA DOCENCIA
1.1.	Organización general
<p>El centro debe definir como se encuadra la estructura organizativa docente en la estructura general del Hospital, describiendo la organización para la docencia (pe: Subdirección de docencia, CD, subcomisiones, organización de los tutores en relación a los residentes, jefe de residentes, etc.).</p>	
1.2	Comisión de Docencia
<p>Órgano colegiado, formalmente constituido, para la gestión de la docencia del centro, compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un presidente, cargo asumido por el Jefe de estudios. ⇒ Una representación mayoritaria del conjunto de los tutores y de los residentes. ⇒ Al menos un vocal designado en representación de la Comunidad Autónoma. ⇒ Un vocal designado por el órgano de dirección coordinador de la infraestructura asistencial de que se trate. <p>El número de vocales será como máximo de 20.</p> <p>La CD debe disponer de un reglamento de funcionamiento, acorde a las normas generales y las que resulten aplicables por parte de la Comunidad Autónoma correspondiente, en el que se definan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sus miembros. ⇒ Sistemáticas para la elección de los mismos, su presidente y secretario. ⇒ Convocatorias de reunión. ⇒ Periodicidad de reunión de la Comisión. ⇒ Registro de las mismas en Actas y contenido mínimo de las mismas. ⇒ Revisión anual de las actividades de la Comisión y elaboración de la Memoria Docente del Centro. <p>La CD debe llevar a cabo reuniones periódicas según lo establecido en su reglamento de funcionamiento, de forma que se asegure que realiza las actividades que son de su competencia. Dicho reglamento debe establecer la obligatoriedad de realizar, al menos, una reunión anual.</p> <p>Las funciones y responsabilidades de la CD deben estar establecidas, siendo estas, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Asegurar que se establece documentalmente el PGCD, y aprobarlo. ⇒ Establecer los objetivos generales del centro hospitalario en materia de docencia, coherentes con su 	

planteamiento estratégico y los correspondientes objetivos específicos.

⇒ Garantizar que se identifican, planifican y desarrollan los procesos necesarios para asegurar y controlar la calidad de la FSE,

Entre estas actividades cabe señalar:

- Establecer una sistemática para la acogida/despida de los residentes en el centro docente hospitalario y en sus correspondientes unidades.
- Proponer a los órganos de dirección que se adopten las medidas necesarias para que se dote a la CD y tutores de los medios necesarios.
- Informar, al menos anualmente, a la gerencia del centro de la capacidad docente de las unidades
- Establecer las directrices y modelo para la elaboración de los itinerarios formativos tipo de las distintas especialidades y del plan individual del residente.
- Aprobar la guía o itinerario formativo tipo (plan de formación de la especialidad elaborado para adaptar el programa oficial) de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito a las características del centro/unidad.
- Garantizar que los residentes cuenten con un plan individual de formación.
- Asegurar que se establecen, las actividades genéricas de formación.
- Procurar que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el centro o unidad docente exista adecuada coordinación entre la formación pregrado, postgrado y de especialistas en ciencias de la salud.
- Elaborar el/los protocolo/s de supervisión de residentes.
- Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el programa.
- Facilitar la formación de los tutores en metodologías docentes.
- Participar en la acreditación y reacreditación de tutores en los términos indicados por la comunidad autónoma correspondiente.
- Establecer normativa y criterios para llevar a cabo la evaluación formativa, anual y final del especialista en formación.
- Establecer mecanismos para comunicar y difundir sus avisos y resoluciones, y comunicar a los residentes el lugar de publicación.
- Procurar que en los dispositivos se den las condiciones para impartir una adecuada formación, su evaluación formativa y anual.
- Remitir al registro nacional de especialistas en formación, las evaluaciones anuales y finales.
- Establecer directrices para la custodia y conservación de los expedientes de los residentes.
- Analizar los resultados de las auditorías realizadas al centro y a las unidades docentes dentro del marco del programa de auditorías del MSSSI, estableciendo las acciones de mejora que resulten oportunas.
- Aprobar la memoria anual de la FSE del centro.
- Gestionar la mejora continua de la FSE.
- Conservar durante el periodo de residencia de cada especialidad, su Itinerario formativo tipo así como los registros asociados al seguimiento y evaluación de los residentes, al menos los informes anuales, las evaluaciones anuales y evaluación final de los residentes los registros asociados al seguimiento y evaluación de los residentes durante el periodo de residencia.
- Archivar durante 5 años el pasivo de los residentes, excepto si se produce una solicitud de revisión de la evaluación, en cuyo caso se debe conservar todo el expediente hasta resolución en firme de la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente.

⇒ Supervisar el cumplimiento del PGCD contando para ello con la información necesaria procedente de la dirección/gerencia y de las distintas unidades docentes.

⇒ Facilitar la coordinación docente entre niveles asistenciales.

1.3 Comité de Evaluación

Órgano colegiado, formalmente constituido, para llevar a cabo la evaluación anual y final de los residentes, según las directrices establecidas por la CD y la normativa vigente.

Cada una de las especialidades acreditadas para la docencia debe disponer de un CE.

Está compuesto por:

- ⇒ El presidente del CE, (Jefe de Estudios de formación especializada).
- ⇒ Presidente de la subcomisión que en su caso corresponda.
- ⇒ Tutor del residente.
- ⇒ Un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate designado por la CD.
- ⇒ Uno de los vocales de la CD designado por la comunidad autónoma.

El CE debe disponer de **un reglamento de funcionamiento**, en el que se definan:

- ⇒ Sus miembros,
- ⇒ Sistemática para la elección de los mismos, su presidente y secretario.
- ⇒ Periodicidad de las reuniones (al menos, anual). Procedimiento de convocatoria.
- ⇒ Registro en Acta de la reunión y contenido mínimo de la misma.
- ⇒ Las funciones y responsabilidades del CE. Debe incluir, al menos, la realización de la evaluación anual y final de los especialistas en formación.

1.4 Jefe de estudios

El centro sanitario docente debe disponer de Jefe de estudios, responsable de la formación de los residentes, de la planificación, organización, gestión y supervisión de la FSE. El Jefe de Estudios debe disponer de nombramiento oficial, acorde con lo establecido en las normativas aplicables de la comunidad autónoma. (En caso de que hayan sido publicadas).

Forma parte de la CD y de los CE, de los que ostenta la presidencia.

Las funciones y responsabilidades del Jefe de estudios deben estar establecidas documentalmente, siendo estas, al menos:

- ⇒ Representar a la CD formando parte, en los términos que establezcan las comunidades autónomas, de los órganos de dirección de los correspondientes centros y servicios sanitarios.
- ⇒ Dirigir y coordinar las actividades de los tutores. Actuar como interlocutor de los responsables de todas las unidades docentes.
- ⇒ Actuar como interlocutor de los responsables asistenciales, con la finalidad de garantizar una adecuada coordinación de la docencia.
- ⇒ Consensuar y suscribir, con los correspondientes órganos de dirección del centro y en representación de la CD, el/los protocolo/s de supervisión de los residentes.
- ⇒ Presidir los correspondientes comités de evaluación.
- ⇒ Elaborar la memoria anual de la FSE del centro.
- ⇒ Supervisar el Plan de Gestión de Calidad Docente del centro o unidad.
- ⇒ 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 MSSSI.

- ⇒ Gestionar los recursos humanos y materiales asignados a la CD. Elaborar periódicamente el plan de necesidades.
- ⇒ Recopilar la información de seguimiento de los objetivos de docencia y de los procesos docentes (a través de indicadores), para facilitarlo a la CD y a la Dirección/Gerencia del Centro.
- ⇒ Garantizar la difusión de toda la información relativa a la FSE-CS, a través del tablón de anuncios, insertando la diligencia relativa a la fecha de publicación que en cada caso corresponda.
- ⇒ Garantizar la custodia ordenada de los documentos relacionados con la FSE-CS (y que se indican a lo largo de este documento en los apartados de “documentos/registros generados”).

1.5 Tutores

Órgano docente de carácter unipersonal de la estructura docente constituido por un especialista en servicio activo.

El nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, siendo éstas responsables de adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada dedicación de los tutores a la actividad docente.

El tutor debe contar con un nombramiento oficial efectuado por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la CD y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente, entre profesionales previamente acreditados, que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de especialista que proceda.

Cada unidad docente hospitalaria debe disponer, al menos, de un tutor por cada 5 residentes como máximo.

Deben establecerse documentalmente las funciones y responsabilidades de los tutores, siendo estas, al menos:

- ⇒ Proponer la guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente de acuerdo con las pautas definidas por la CD.
- ⇒ Elaborar el plan individual de formación para cada uno de los residentes de acuerdo con las pautas establecidas por la CD, asegurando su entrega y conocimiento por parte de los especialistas en formación.
- ⇒ Planificar, gestionar, supervisar y evaluar el proceso formativo, proponiendo las mejoras en la impartición del programa, favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.
- ⇒ Realizar al menos 4 veces al año entrevistas de carácter estructurado y pautado con el residente, para favorecer la autoevaluación y el autoaprendizaje.

1.6 Otras figuras implicadas en la docencia

El centro debe identificar aquellos otros profesionales implicadas en la FSE-CS (pe. Jefe de residentes, técnico de docencia), establecer sus funciones y responsabilidades en este ámbito así como los criterios y procedimientos de nombramiento.

Posibles fuentes de información:

- Organigrama.
- PGCD.,
- Reglamento de funcionamiento de la CD/CE.
- Acta de constitución y reuniones de la CD.
- Memoria de la CD.
- Acta de constitución y reuniones de los CE.

- Memoria de actividades.
- Libros del Residente en los que se reflejan las reuniones periódicas Tutor –Residente (al menos 4/año).

Personal de entrevista:

- Dirección/gerencia.
- Jefe de estudios.
- Tutores.

Documentos/registros derivados

- Estructura organizativa del centro docente (Organigrama).
- Acta de constitución de la CD.
- Reglamento de funcionamiento de la CD.
- Actas de reunión de la CD.
- Actas de constitución de los CE.
- Reglamento de funcionamiento de los CE.
- Actas de reunión de los CE.
- Registro de incidencias detectadas
- Nombramiento oficial del Jefe de estudios.
- Nombramientos oficiales de los tutores.
- Memoria de la docencia de la FSE.

2. ESTRUCTURA Y ACTIVIDAD HOSPITALARIA, SANITARIA Y DOCENTE.

2.1 Estructura, Instalaciones, Actividad e Indicadores.

El Centro Docente debe disponer de la estructura e instalaciones adecuadas para la prestación asistencial.

El Centro Docente debe desarrollar una atención asistencial con la casuística y frecuentación necesaria para que el residente conozca adecuadamente el entorno hospitalario y alcance las competencias asociadas a la especialidad correspondiente.

Posibles fuentes de información:

- Visita a las instalaciones.
- Intranet.
- Sistemas de información.

Personal de entrevista:

- Dirección médica
- Unidad de control de gestión.
- Unidad de admisión / codificación.
- Jefe de estudios.
- Residentes.
- Responsable de sistemas de información y comunicación.

Documentos/registros derivados

- Memorias anuales del hospital.
- CMBD

2.2 Programa de seguridad del paciente

El Centro Docente debe disponer de:

- ⇒ Un **Plan de acción para la mejora continua de la práctica de la higiene de las manos (HM)** cuyos los objetivos y actividades se ajusten a los componentes de la estrategia multimodal de la OMS, considerando la adecuación de las infraestructuras, la formación teórica y práctica, la presencia de recordatorios en el lugar de trabajo y el desarrollo de una cultura de seguridad a nivel institucional que priorice la HM.
Este plan de acción debe incorporar la descripción de las actividades, responsable, cronograma, recursos empleados, indicadores para la evaluación del cumplimiento y retroalimentación de resultados, y ser revisado, al menos, anualmente.
- ⇒ Documentos que protocolicen el **Uso Seguro de Medicamentos de Alto riesgo**, estableciendo sistemas y circuitos para su identificación (según listado del ISMP España) y manejo.
Este protocolo debe incorporar al responsable del mismo, la identificación de medicamentos de alto riesgo, y ser revisado, al menos, cada 5 años. El centro debe disponer de estrategias para su implantación así como de indicadores y/o criterios para su evaluación.
- ⇒ Documentos que protocolicen la **Conciliación de la medicación al alta** en los que se establezca la sistemática para elaborar el listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta, el procedimiento de entrega del listado e información al paciente así como la orientación para la gestión de esta información en el siguiente nivel asistencial.
Este protocolo debe incorporar al responsable del mismo, la identificación de los casos susceptibles de conciliación. Igualmente el centro debe disponer de estrategias para su implantación así como de indicadores y/o criterios para su evaluación.
- ⇒ Documentos/Protocolos para el **empleo de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica**, en cirugía programada, basada en la de la OMS.
- ⇒ Documentos/Protocolos para la **identificación inequívoca de pacientes** durante el desarrollo de procedimientos específicos asociados al empleo de medicamentos de alto riesgo y aquellos utilizados en procedimientos invasivos , así como en pacientes con disminución del nivel de consciencia.

Posibles fuentes de información:

- Visita a las instalaciones (bloque quirúrgico, unidad de hospitalización, servicio de urgencias, gabinetes de diagnóstico y tratamiento).
- Protocolos/documentos Higiene de Manos. (críticos, prequirúrgicos...)
- Protocolos/documentos / instrucción técnica para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Programa de prescripción médica informatizada
- Protocolos/documentos de conciliación de medicación al alta
- Protocolos/documentos para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica
- Protocolos/documentos para la identificación inequívoca de pacientes
- Plan de seguridad del paciente.
- Cursos /formación seguridad paciente.
-

Personal de entrevista:

- Dirección Asistencial, Médica/de Enfermería.

- Responsable/supervisora de Bloque Quirúrgico
- Jefe de Servicio de Farmacia
- Supervisor / a de unidad de urgencias/unidad de hospitalización/hospital de día.
- Responsable de Unidad de Calidad /Unidad de Gestión de riesgos
- Responsable del área de control de infecciones/medicina preventiva.

Documentos/registros generados:

- Documento/s descriptivos del Plan de higiene de manos del centro y su implementación incluyendo evaluación.
- Registros de quirófano/farmacia/unidad de hospitalización/unidad de radiología/gabinetes de procedimientos invasivos.
- Protocolos aplicables.
- Memoria de actividad del hospital
- Actas reuniones gestión de riesgos.

2.3 Instalaciones y servicios de apoyo a la docencia

El Centro Docente debe disponer de instalaciones y servicios de apoyo o soporte a las actividades docentes relacionadas con la FSE, lo que incluye:

- ⇒ Espacios polivalentes, aulas o salas de reuniones.
- ⇒ Despacho del Jefe de Estudios y Secretaría de Docencia,
- ⇒ Biblioteca física y/o virtual, para la que se realice una valoración de puestos y accesos disponibles.
- ⇒ Medios audiovisuales para la docencia. (Herramientas para la realización de simulaciones, videograbaciones,...).
- ⇒ Sistemas informáticos específicos de docencia (tipo intranet de docencia o sistemas específicos).
- ⇒ Archivos de expedientes de residentes y tutores.

Posibles fuentes de información:

- Visita a las instalaciones.
- Intranet.
- Sistemas informáticos específicos.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaria de la Comisión de Docencia.
- Responsable de sistemas de información y comunicación.
- Responsable de biblioteca y archivos.

Documentos/registros derivados

- Memoria de actividades de la Comisión de Docencia.

2.4 Programas de derechos y garantías del paciente

El Centro Docente debe disponer de protocolos que garanticen los derechos y ofrezcan garantías a los pacientes en relación con:

- ⇒ Información sobre las características generales del centro, plan de acogida, horario de visita.
- ⇒ Cartera de servicios.
- ⇒ Comisión de ética asistencial.
- ⇒ Información al paciente sobre el proceso asistencial, alternativas asistenciales, tratamiento y cuidados.
- ⇒ Consentimiento informado.
- ⇒ Guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados
- ⇒ Procedimientos de ensayos clínicos,
- ⇒ Informe clínico y continuidad asistencial.
- ⇒ Procedimiento de alta médica y de enfermería.
- ⇒ Procedimiento de reclamaciones.

Posibles fuentes de información:

- Visita a las instalaciones.
- Carta de derechos y deberes de los pacientes
- Guías y vías de práctica clínica.
- Intranet del centro.
- Página web del centro.
- Cartera de servicios.
- Consentimientos informados/ protocolos quirúrgicos
- Procedimiento para el tratamiento de las reclamaciones.
- Documentos para la acogida del paciente en el centro.
- Documentos para la información al paciente.

Personal de entrevista:

- Dirección/gerencia.
- Unidad de Garantía de calidad.
- Representantes de comisiones hospitalarias.
- Responsables de los servicios.

Documentos/registros generados:

- Memoria anual de actividades del centro
- PGCD
- Reclamaciones.
- Guías y vías de práctica clínica / Protocolos.
- Manuales para el paciente. (Carta derechos y deberes de los pacientes)
- Página web del centro.

2.3 PLANIFICACIÓN DE LA FSE

DESCRIPCIÓN:

La CD debe establecer un Plan de gestión de la calidad docente (PGCD), que garantice que se identifican, planifican, desarrollan y controlan los procesos necesarios para la FSE. Dicho PGCD debe llevar asociado el establecimiento de los correspondientes objetivos de docencia.

Esta planificación debe incluir todas las actividades relacionadas con la formación de los residentes (actividades genéricas de formación, la elaboración del itinerario formativo tipo de las unidades docentes y de los planes individuales de formación de especialistas), los mecanismos que aseguren el seguimiento y la adquisición de competencias profesionales por parte de los residentes (evaluación formativa, anual y final) , así como aquellas actividades formativas encaminadas a que los tutores adquieran y mantengan sus competencias en relación con la docencia.

CRITERIOS

1.	PLANIFICACIÓN DE LA FSE
<p>La CD establecerá de forma documentada un Plan de gestión de la calidad docente (PGCD), asegurando su coherencia con el enfoque estratégico del centro, en el que se incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Las políticas generales del centro hospitalario respecto a la docencia. ⇒ Los procesos implicados en la actividad docente y sus interrelaciones (mapa de procesos). ⇒ Los requisitos que deben cumplir dichos procesos o referencia a donde se encuentren definidos. ⇒ La descripción o referencia a los mecanismos de ejecución, seguimiento y control (por ejemplo indicadores) de estos procesos con el fin de asegurar que alcanzan los objetivos que se han previsto para los mismos y que, por tanto, son eficaces. ⇒ La necesidad de establecer documentos y registros específicos. <p>La CD aprobará el PGCD y lo remitirá a la dirección/gerencia para su validación.</p>	
<p>Posibles fuentes de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PGCD y la documentación que lo soporte. 	
<p>Personal de entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección/gerencia. - Jefe de estudios. 	
<p>Documentos/registros generados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PGCD y la documentación que lo soporte. 	
2.	OBJETIVOS DE DOCENCIA
<p>La CD establecerá, de forma documentada, los objetivos generales del centro hospitalario en materia de docencia, coherentes con su planteamiento estratégico.</p> <p>Igualmente, deben establecerse objetivos específicos desplegados a los niveles que la CD considere necesario, pudiendo las unidades docentes establecer los suyos siempre que sean coherentes con los</p>	

generales.

Los objetivos para la FSE deben ser revisados y aprobados anualmente en el seno de la CD y validados por la dirección/gerencia del Centro.

En el establecimiento de estos objetivos, deben de detallarse, al menos, los siguientes aspectos:

- ⇒ Descripción del objetivo y logros a conseguir.
- ⇒ Planificación de actividades para la consecución del objetivo.
- ⇒ Método de seguimiento y medición del avance de los logros a conseguir.
- ⇒ Responsable asignado para la medición o seguimiento de dicho objetivo.
- ⇒ Periodicidad en la medición del objetivo.

Los objetivos de la FSE deben ser conocidos por los miembros de la CD, por los tutores y otras figuras implicadas en la docencia, así como por cualquier otra persona que el centro hospitalario considere necesario.

La dirección/gerencia del centro hospitalario asignará los medios materiales y humanos necesarios para la asegurarse la consecución de los objetivos de docencia.

Posibles fuentes de información:

- Documentos que recojan la definición de objetivos. (Plan estratégico, PGCD, Memoria actividades docencia, Actas comisión docencia, encuesta residentes...).

Personal de entrevista:

- Dirección/gerencia.
- Jefe de estudios.

Documentos/registros generados:

- Objetivos generales y específicos de docencia del centro y evidencien su aprobación y difusión.
- PGCD
- Memoria de actividades de docencia

3. ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES

La CD asegurará que se establecen, de forma documentada, las actividades generales de formación aplicables a todos los especialistas en formación, en cuanto a:

- ⇒ El **plan transversal común (PTC)** para especialistas en formación en ciencias de la salud, que tiene el objetivo de incluir contenidos docentes comunes a todas las especialidades y de carácter complementario a la formación de los especialistas en ciencias de la salud.

Este plan transversal debe incluir actividades de formación en **seguridad del paciente**.

En Higiene de las manos (HM), se deben desarrollar al menos: Importancia de la HM en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, cómo realizar la HM de manera apropiada, cuándo realizar la HM según el modelo de los 5 Momentos recomendado por la OMS, uso adecuado de guantes.

Curso de protección radiológica, (si procede).

- ⇒ El **calendario o programa de sesiones clínicas generales**, de carácter obligatorio u optativo, a las que pueden asistir los especialistas en formación.

3. ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES

- ⇒ El **calendario o programa de sesiones bibliográficas**, indicando la posibilidad o no de asistencia de profesionales en formación, e identificando aquellas que sean de carácter obligatorio.
- ⇒ El **calendario de guardias**.
- ⇒ **Otras actividades formativas** previstas no especificadas anteriormente. Algunos ejemplos: cursos externos, congresos, jornadas, conferencias, simposium, etc.
- ⇒ **Oferta en actividades de investigación**.

Posibles fuentes de información:

- GIFT (Guía itinerario formativo tipo).
- Guía de acogida del residente
- Plan individual del residente.
- Plan transversal común.
- Calendario o programa de sesiones clínicas generales.
- Calendario o programa de sesiones bibliográficas generales.
- Calendario de guardias.
- Programación de cursos externos, congresos, jornadas, conferencias, simposium o similares.
- Actas de la CD.
- Programa de formación continuada.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Personal responsable de la formación continuada en el centro docente hospitalario.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Plan individual del residente
- Plan Transversal Común / calendario o programa de sesiones clínicas generales/ sesiones bibliográficas/ otras actividades formativas previstas.
- Programa /calendario de guardias.
- Oferta en actividades de investigación.
- Libro/memoria del residente.
- Memoria de actividades docentes.

4. ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN PARA TUTORES Y OTRAS FIGURAS

La CD asegurará la formación continuada de profesionales, en aspectos tales como:

- ⇒ actividades formativas orientadas a la adquisición y mejora de las competencias relacionadas con métodos educativos,
- ⇒ técnicas de comunicación,
- ⇒ metodología de la investigación,
- ⇒ gestión de calidad,
- ⇒ motivación,

4.	ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN PARA TUTORES Y OTRAS FIGURAS
<p>⇒ aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los programas formativos, para todo el personal del centro implicado (Jefe de estudios, tutores, figuras específicas establecidas por el propio centro -Jefe de residentes, Técnico de Docencia).</p>	
<p>Posibles fuentes de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actas de la CD. - Expedientes de acreditación/reactuación de tutores. - Informes de detección de necesidades formativas (adecuación competencias tutor/competencias establecidas). - Plan/programa de formación específicos para tutores. y/o planes formación continuada de profesionales que contengan aspectos relacionados con la docencia. - Certificados de asistencia a actividades formativas específicas para tutores. - Informes de cumplimiento de la planificación de actividades formativas para tutores. - Valoraciones de la eficacia/impacto de la formación en las actividades de los tutores. - Página Web del centro. - Página web del organismo responsable de su gestión en la correspondiente comunidad autónoma. 	
<p>Personal de entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jefe de estudios. - Secretaría de la CD. - Personal responsable de la formación continuada en el centro docente hospitalario. - Tutores / otras figuras. 	
<p>Documentos/registros generados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan/programa de formación continua. - Expedientes de Jefe de Estudios, tutores y otras figuras, que evidencien su participación en actividades formativas relacionadas con la docencia. 	

5.	GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO (GIFT)
<p>La CD establecerá las directrices y modelos para la elaboración de los itinerarios formativos tipo de las unidades docentes, con objeto de homogeneizar su estructura y contenido, indicando la periodicidad de revisión y actualización de los mismos.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 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. <p>La información de la Guía o itinerario formativo tipo (GIFT) de cada unidad docente, debe estar</p>	

5. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO (GIFT)

incluida en un solo documento, en función de lo establecido por la CD.

La GIFT de cada unidad docente será aprobada y custodiada por la CD.

Las GIFTs son aplicables a todos los especialistas en formación vinculados al centro docente hospitalario y a esa especialidad.

Las GIFT deben ser difundidas y conocidas, tanto por los residentes como por todos los profesionales del centro docente que intervengan en la FSE.

Posibles fuentes de información:

- Programas oficiales de formación de las distintas especialidades.
- Guía o itinerario formativo tipo.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Tutores

Documentos/registros generados:

- Criterios, directrices y modelos para la elaboración de las Guías o itinerarios formativos tipo de las unidades docentes hospitalarias acreditadas.
- GIFT de todas las unidades docentes acreditadas.

6. PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DE CADA RESIDENTE (PIF)

La CD establecerá las directrices y modelos para la elaboración de los planes individuales de formación, con objeto de homogeneizar su estructura y contenido, indicando la periodicidad de revisión y actualización de los mismos.

Igualmente debe establecer los mecanismos para su entrega a los especialistas en formación y su puesta a disposición de la CD para su custodia.

El tutor de la unidad, en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes, elaborará el plan individual de formación de cada especialista en formación.

Este plan se elabora tomando como base el itinerario o guía formativa tipo de la unidad docente en la que se esté formando el especialista en formación y teniendo en cuenta las competencias adquiridas por el residente y aquellas pendientes de adquirir, de acuerdo a los resultados obtenidos en su evaluación formativa y anual (véase apartado 5 de este documento/ manual).

Este plan incluirá, para cada residente, la planificación temporal de actividades formativas teórico-prácticas:

- ⇒ Rotaciones, indicando los objetivos de la misma/ conocimientos, habilidades y actitudes.
- ⇒ Sesiones.
- ⇒ Guardias.
- ⇒ Actividades de investigación.
- ⇒ Otras actividades asistenciales (gabinete, apoyo al diagnóstico, actividad quirúrgica...)
- ⇒ Otras actividades formativas genéricas para cada residente.

La información del plan individual de formación **debe estar incluida en un documento para cada año formativo** (en función de lo establecido por la CD).

El tutor es responsable de que el especialista en formación conozca todos los elementos que integran

su plan individual de formación y la periodicidad con la que se actualiza el mismo.

Posibles fuentes de información:

- Plan individual de formación
- Informe anual de los tutores.
- Calendario de rotaciones.
- Planificación / calendario de las guardias.
- Libro o memoria del residente.
- Otros: Guía de acogida del residente, PTC, memoria de actividades de docencia...

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Tutores.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Criterios, directrices y modelos para la elaboración de los planes individuales de formación de cada uno de los especialistas en formación.
- Planes individuales de formación y/o los documentos que lo completen o desarrollen.

7. 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 planificando, cuando proceda, las actividades específicas para alcanzarlas.

La CD, en colaboración con los tutores, establecerá los criterios y directrices para la realización de evaluación formativa de forma que se asegure el seguimiento objetivo del residente, acorde a la adquisición de competencias durante su proceso formativo.

Esta planificación debe comprender los mecanismos para llevar a cabo:

⇒ Informes de evaluación formativa, como vía para el seguimiento continuado del aprendizaje del residente y la detección de áreas de mejora en el desarrollo de sus competencias. Para ello, empleará las siguientes herramientas:

- Realización de **entrevistas estructuradas periódicas de tutor y residente** con una **periodicidad mínima trimestral**. Estas entrevistas quedarán registradas en el libro del residente.
- El libro del residente, como registro de todas las actividades que evidencian su proceso de aprendizaje, incluidas rotaciones internas y externas, y entrevistas mantenidas con sus tutores.
- Igualmente puede incorporar a dicho informe las evidencias procedentes del empleo de otras herramientas para el seguimiento objetivo del desarrollo competencial.

Posibles fuentes de información:

- Análisis de las metodologías de seguimiento empleadas y sus soportes documentales. (PGCD, guía de acogida del residente, reglamento de los CE, programa de reuniones trimestrales tutor/ residente ...)

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.

7.	PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA
<ul style="list-style-type: none"> - Tutores. - Residentes. 	
Documentos/registros generados:	
<ul style="list-style-type: none"> - Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación formativa (informe de evaluación formativa e informe anual). 	

8.	PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN ANUAL
<p>La evaluación anual tiene el objetivo de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de los residentes al finalizar cada uno de los años que integran su programa formativo, por lo que la CD, en colaboración con los tutores, debe establecer los criterios y directrices para la realización de la evaluación anual de forma que se asegure su valoración objetiva y acorde a la adquisición de competencias durante el proceso formativo así como las medidas que es posible tomar en caso de evaluaciones negativas.</p> <p>Estas directrices detallarán la metodología para llevar a cabo:</p> <p>⇒ Informes anuales normalizados que sirvan como información de partida para la evaluación anual y que contengan, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los informes de evaluación formativa. - Los informes de los jefes de las unidades asistenciales/tutores de rotación por la que las roten los residentes. - Los informes de evaluación de las rotaciones externas. 	
Posibles fuentes de información:	
<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de las metodologías evaluativas empleadas y sus soportes documentales. (PGCD, reglamento de los CE, guía de acogida del residente...) 	
Personal de entrevista:	
<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de estudios. - Tutores. 	
Documentos/registros generados:	
<ul style="list-style-type: none"> - Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación anual y mecanismos para posibles alegaciones a las calificaciones 	

9.	PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FINAL
<p>El objetivo de la evaluación final es valorar que el nivel de competencias adquirido por el residente cumple con lo establecido en el programa nacional de la especialidad y, por tanto, le permite acceder al título de especialista, por tanto, la CD debe establecer los criterios y directrices para la realización de la evaluación final de forma que se asegure su valoración objetiva y acorde a la adquisición de competencias durante todo el periodo formativo, así como las medidas que es posible tomar en caso de evaluaciones negativas.</p>	
Posibles fuentes de información:	
<ul style="list-style-type: none"> - Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación final y mecanismos para posibles alegaciones a las calificaciones (PGCD, reglamento de los CE, guía de acogida del residente...) 	

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Tutores.

Documentos/registros generados:

- Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación final y mecanismos para posibles alegaciones a las calificaciones.

2.4 DESARROLLO DE LA FSE

DESCRIPCIÓN:

El centro docente hospitalario debe asegurar que el desarrollo de la actividad formativa de los residentes se lleva a cabo en condiciones controladas, homogéneas y tutorizadas individualmente de forma que adquieran responsabilidades de forma progresiva.

Todas las actividades formativas llevadas a cabo por los residentes deben quedar registradas, con el fin de poder verificar el cumplimiento de las planificaciones establecidas.

CRITERIOS

1. **ACOGIDA E INFORMACIÓN FUNDAMENTAL AL RESIDENTE**

La CD establecerá una sistemática para la acogida/despida de los residentes en el centro docente hospitalario, comunicando aquella información que consideren relevante por canales oficiales.

La CD debe definir y documentar aquella información que considere relevante para el residente, y hacer entrega de misma en el momento de la acogida (pe: organización del centro, accesos informáticos, estructuras docentes y canales de comunicación, planificación de la formación: itinerarios tipo, plan individual, modelo del libro del residente, plan transversal común, otras actividades docentes e investigadoras, supervisión en guardias, sistemas de evaluación del residente...)

Asimismo, las unidades docentes deben establecer mecanismos que aseguren la comunicación a los residentes de la información específica de la especialidad de que se trate, entre otros aspectos, sobre:

- ⇒ La organización general de la unidad de destino.
- ⇒ Asignación de tutor.
- ⇒ Los procedimientos de funcionamiento del servicio.
- ⇒ Los protocolos de diagnóstico y tratamiento.
- ⇒ La oferta en líneas de investigación.
- ⇒ Cartera de servicios de las unidades asistenciales.
- ⇒ Información para accesos electrónicos a los sistemas de información propios de la unidad, si existiesen.

Posibles fuentes de información:

- Guía de acogida / despedida del residente / Documentación que entrega al residente en el acto de acogida.
- Programación de la jornada de acogida/despida / documentación relacionada.
- Organización documentada de la unidad docente.
- Procedimientos de funcionamiento del servicio.
- Protocolos de diagnóstico y tratamiento.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Tutores.

1. ACOGIDA E INFORMACIÓN FUNDAMENTAL AL RESIDENTE

- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Guía de acogida/ despedida del residente
- Memoria de actividades docentes.
- Documentación que se entrega al residente en el acto de acogida/despedia.
- Relación de residentes del centro y asignación tutor / residentes.
- Documentación acerca de la organización del centro y unidad de destino/ Procedimientos de funcionamiento del servicio /Protocolos de diagnóstico y tratamiento.

2. SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

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.

En este sentido, la CD establecerá protocolos escritos de actuación, especialmente en el **área de urgencias, bloque quirúrgico y gabinetes con técnicas invasivas**, que aseguren, al menos:

- ⇒ Que la supervisión de residentes de primer año sea de presencia física y llevada a cabo por profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando. Estos **especialistas claramente identificados por la Comisión de Docencia y por el residente afectado, visarán por escrito** las altas, bajas y resto de documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año, **de forma previa a la toma de la decisión.**
- ⇒ 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, **aclarándose perfectamente su nivel de responsabilidad en la toma de decisiones en las urgencias y el resto de las zonas señaladas (Bloque quirúrgico y gabinetes con técnicas invasivas...).**

Estos protocolos de actuación deben estar consensuados con los órganos de dirección del centro, y ser actualizados y revisados de forma periódica, siendo **conocidos por todos los profesionales del centro y los residentes.**

Posibles fuentes de información:

- Protocolo de supervisión del área de urgencias.
- Protocolo de supervisión por unidad docente.
- Protocolo de supervisión en el bloque quirúrgico
- Protocolo de supervisión en gabinetes donde se realicen técnicas invasivas
- Protocolo de supervisión en planta de hospitalización
- Protocolo de supervisión en consulta externa
- Guía de acogida del residente

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Jefes de servicio de las áreas implicadas.

2.	SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE
	<ul style="list-style-type: none">- Residentes.
	Documentos/registros generados: <ul style="list-style-type: none">- Protocolo/s de supervisión de residentes.

3. ROTACIONES INTERNAS

De acuerdo con la guía o itinerario formativo tipo y con el plan individual de formación, el residente realiza periodos formativos en diferentes servicios, con el fin de adquirir las competencias y habilidades que aseguren la consecución del programa nacional de la especialidad.

El tutor debe asegurar que las actividades asistenciales, docentes e investigadoras realizadas durante estas rotaciones, quedan registradas y detalladas en el libro del residente permitiendo la valoración de las competencias y habilidades adquiridas, conforme a lo indicado el Plan individual del residente. Asimismo, este registro de actividades realizadas debería reflejar la valoración reflexiva por parte del residente y el análisis de los incidentes considerados críticos.

Posibles fuentes de información:

- Guía o itinerario formativo tipo.
- Plan individual de formación.
- Programación de rotaciones.
- Libro del residente.
- Registro de intervenciones por residente según año de residencia, y grado de responsabilidad y autonomía: Ayudante 2º, Ayudante 1º, Cirujano (libro oficial de quirófano).

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Tutores.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Planificación de rotaciones.
- Evaluación de las rotaciones por los jefes de los servicios/tutores de rotación implicados.
- Expedientes individuales de los residentes.
- Libro del residente.
- Registro de intervenciones por residente según año de residencia, y grado de responsabilidad y autonomía: Ayudante 2º, Ayudante 1º, Cirujano (libro oficial de quirófano).

4. ROTACIONES EXTERNAS

El residente puede realizar periodos formativos en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente. Las rotaciones externas deben estar autorizadas por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma.

El centro docente debe asegurar que estos periodos de rotación externa cumplen los siguientes requisitos:

- ⇒ Son propuestas por el tutor a la CD, justificando su necesidad por ampliación de conocimientos o por el aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad.
- ⇒ Selección preferente de centros acreditados para la docencia, o centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.
- ⇒ Duración limitada:
 - En el caso de especialidades de 4 o más años formativos, el periodo de rotación externa no puede tener una duración superior a 4 meses continuados en un año, ni 12 meses totales en el conjunto del periodo formativo.
 - En el caso de especialidades de 1, 2 ó 3 años formativos, el periodo de rotación externa no

puede tener una duración superior a 2, 4 ó 7 meses respectivamente, en el conjunto del periodo formativo.

- ⇒ Existencia un compromiso expreso de la dirección/gerencia del centro de origen a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones.
- ⇒ Existencia una aceptación expresa del Gerente, CD y Jefe de servicio del centro destino.

El tutor debe asegurar que las actividades asistenciales, docentes e investigadoras realizadas durante las rotaciones externas, quedan registradas y detalladas en el libro del residente, permitiendo la valoración de las competencias y habilidades adquiridas por el residente. Asimismo, este registro de actividades realizadas debería reflejar la valoración reflexiva por parte del residente y el análisis de los incidentes considerados críticos.

Posibles fuentes de información:

- **Acuerdos con otros dispositivos para la realización de rotaciones.**
- Actas de la CD.
- Compromiso expreso de la dirección/gerencia del centro de origen.
- Aceptación expresa de la CD del centro destino.
- Autorización de la comunidad autónoma.
- Guía o itinerario formativo tipo.
- Plan individual de formación.
- Listados de rotaciones de los dos últimos años.
- Libro del residente.
- Expedientes individuales de los residentes.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD
- Tutores.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Propuestas a la CD.
- Compromiso de la dirección/gerencia del centro de origen.
- Autorización de la comunidad autónoma.
- Aceptación expresa de la CD del centro de destino.
- Guía o itinerario formativo tipo.
- Plan individual de formación.
- Libro del residente.
- Memoria rotaciones externas
- Memoria docencia

5. PARTICIPACIÓN DE LOS RESIDENTES EN ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN

El residente debe participar obligatoriamente en las actividades formativas previstas en su plan individual incluyendo:

- ⇒ Las del plan transversal común. (protección radiológica, cursos urgencias, cursos calidad, seguridad del paciente)
- ⇒ Al menos, las sesiones clínicas generales y bibliográficas de carácter obligatorio.
- ⇒ Las guardias realizadas.
- ⇒ Cursos externos, congresos, jornadas, conferencias, simposium, etc. a los que asisten.

El centro debe potenciar la participación del residente en actividades de investigación, fomentando la presentación de publicaciones y su participación en ponencias.

Para ello, el centro debe informar a los residentes sobre su oferta investigadora y facilitar el acceso a la información sobre ponencias y congresos que puedan resultarles de interés, de acuerdo con lo indicado en el programa formativo de su especialidad.

Todas las actividades de investigación en las que participe el residente deben quedar registradas en el libro del residente.

Posibles fuentes de información:

- Guía o itinerario formativo tipo.
- Plan individual de formación.
- Libro del residente.
- Expedientes individuales de los residentes.
- El calendario o programa de sesiones clínicas generales y bibliográficas.
- Plan transversal común.
- El calendario de guardias.
- Oferta investigadora del centro.
- Ponencias y publicaciones.
- Memoria actividades docencia /memoria actividades del centro hospitalario

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD
- Tutores.
- Responsable de la unidad de Investigación o de actividades de investigación en unidades asistenciales
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Guía o itinerario formativo tipo.
- Plan individual de formación.
- Libro del residente.
- Expedientes individuales de los residentes.
- Ponencias y publicaciones en que participen o realicen los residentes.
- Libro del residente.

6. PARTICIPACIÓN DE LOS TUTORES EN ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN

Los tutores y otro personal implicado en la formación de los residentes debe participar en actividades formativas encaminadas a la adquisición y mantenimiento de las competencias relacionadas con métodos educativos (según lo establecido en la normativa de correspondiente la comunidad autónoma), técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de la calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o relacionados con los programas formativos.

Para ello, el centro debe informar a los tutores y otro personal relacionado, sobre la oferta formativa que pueda resultarles de interés, facilitando su acceso a dichas actividades formativas.

La realización de estas actividades debe ser soportada por los documentos acreditativos correspondientes y formar parte de los expedientes de los tutores para su posterior valoración (según lo establecido en la normativa de correspondiente la comunidad autónoma).

Posibles fuentes de información:

- Listado de tutores.
- Plan/programa de formación continuada del centro docente.
- Expedientes individuales de los tutores.
- Página Web del centro.
- Página web del organismo responsable de su gestión en la correspondiente comunidad autónoma /programa de formación continua ofertada desde la comunidad autónoma.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD
- Responsable del órgano de gestión de los RRHH del centro.

Documentos/registros generados:

- Registros de la realización de actividades de formación continuada.
- Memoria de actividad docente del hospital.

7. EVALUACIÓN FORMATIVA

El tutor elaborará **Informes de evaluación formativa**, que se apoyen en:

- ⇒ Realización de **entrevistas estructuradas periódicas de tutor y residente**. Estas entrevistas quedarán registradas en el libro del residente y se realizarán con una **periodicidad mínima trimestral**.
- ⇒ El libro del residente.

Estos informes deben servir de punto de partida para la planificación de las actividades necesarias para la consecución de los objetivos de su plan de formación y formarán parte del expediente de los especialistas en formación durante el correspondiente año lectivo.

Posibles fuentes de información:

- Libro del residente.
- Informes periódicos de evaluación formativa.
- Informe anual del tutor.
- Expedientes individuales de los residentes.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.
- Tutores.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación formativa (informe de evaluación formativa e informe anual).
- Registro de intervenciones por residente según año de residencia, y grado de responsabilidad y autonomía: Ayudante 2º, Ayudante 1º, Cirujano (libro oficial de quirófano).
- Informes de evaluación formativa y anual.
- Los informes de evaluación de las rotaciones internas y externas.
- Libro del residente.

8. EVALUACIÓN ANUAL

El tutor debe elaborar Informes anuales normalizados, que contengan, al menos:

- ⇒ Los informes de evaluación formativa.
- ⇒ Los informes de rotación interna, del jefe de la unidad asistencial/tutor de rotación
- ⇒ Los informes de evaluación de las rotaciones externas.

Estos informes deben servir para, en su caso, reorientar, el plan individual de formación del residente.

Estos informes formarán parte del expediente de los especialistas en formación (ver apartado 3.4. -10).

Los CE deben realizar las evaluaciones anuales en los 15 días anteriores a la finalización del año formativo.

Para la realización de esta evaluación deben tenerse en cuenta las actividades asistenciales, de docencia e investigación realizadas por los residentes, siendo, por tanto, el informe anual elaborado por los tutores, el instrumento básico para la realización de dicha evaluación.

Los resultados de las evaluaciones deben:

- ⇒ Registrarse en actas.
- ⇒ Formar parte del expediente del residente (ver apartado 3.4. -10).
- ⇒ Ser trasladados a la CD para realizar posteriormente la notificación oficial a los residentes a través del tablón de anuncios o bien otros medios establecidos, de que ya están disponibles los las resoluciones relativas a las calificaciones.

Posibles fuentes de información:

- Actas de los CE de la especialidad.
- Informe anual del tutor.
- Libro del residente.
- Actas de los CE.
- Informes periódicos de evaluación formativa.
- Expedientes individuales de los residentes.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Tutores.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación anuales y mecanismos para posibles alegaciones a las calificaciones
- Evidencias de la realización de las evaluaciones anual por la CE.
- Libro del residente.
- Alegaciones de las calificaciones efectuadas por los residentes

9. EVALUACIÓN FINAL

El CE de la especialidad realiza la evaluación final a los residentes tras la evaluación del último año de residencia, en el plazo de 10 días desde la fecha en que la CD realice la convocatoria al Comité y les traslade las evaluaciones de último año.

El CE comunica la evaluación final a la CD, para que ésta publique una reseña, firmada por el presidente, en su tablón de anuncios o medios establecidos para su comunicación, iniciando el plazo de

consulta y, en su caso, revisión en la secretaría de la comisión, antes de su traslado definitivo al Registro Nacional de Especialistas en Formación.

Posibles fuentes de información:

- Actas de los CE de la especialidad.
- Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación final y mecanismos para posibles alegaciones a las calificaciones.
- Expedientes individuales de los residentes.
- Libros de los residentes.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Tutores.
- Residentes.

Documentos/registros generados:

- Actas de los CE, incluyendo las evaluaciones finales de los residentes
- Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación final.
- Libro del residente.

10. CUSTODIA DE LOS EXPEDIENTES DE LOS RESIDENTES

La CD debe custodiar:

- ⇒ Durante el año lectivo en curso, el Plan Individual de Formación de cada uno de los residente y los informes de evaluación formativa.
- ⇒ Durante el periodo de residencia de cada especialidad, su Itinerario formativo tipo así como los registros asociados al seguimiento y evaluación de los residentes, al menos los informes anuales normalizados, las evaluaciones anuales y la evaluación final de los residentes.

Una vez concluido el periodo de residencia, estos expedientes (pasivo) deben conservarse durante un periodo mínimo de 5 años, excepto si se produce una solicitud de revisión de la evaluación, en cuyo caso se debe conservar todo el expediente hasta resolución en firme de la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente.

Posibles fuentes de información:

- Archivo de la CD / sistema de información para la docencia
- Intranet del centro docente

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD

Documentos/registros generados:

- Expedientes de los residentes.

2.5 MEJORA DEL PROCESO DOCENTE

DESCRIPCIÓN:

El centro docente hospitalario debe emplear herramientas para llevar a cabo el seguimiento y mejora de los procesos relacionados con la docencia, de forma que pueda demostrarse que:

- ⇒ Se han logrado los objetivos generales y específicos de docencia establecidos.
- ⇒ Se han cumplido los objetivos y adquirido las competencias establecidas en los programas formativos de las distintas especialidades.
- ⇒ Se ha llevado a cabo un aprendizaje tutorizado e individualizado del residente, quien ha participado en procesos asistenciales acordes a su nivel formativo y ha sido evaluado según criterios objetivos.
- ⇒ Se han gestionado las actividades formativas del centro de forma integrada e integral.
- ⇒ Se mejora de forma continua la eficacia de los procesos docentes.
- ⇒ Se ha logrado un alto nivel de satisfacción de los distintos grupos de interés implicados.

CRITERIOS

1. SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS

El centro, a través de la CD, asegurará el seguimiento y medición periódica de los objetivos generales y específicos de docencia establecidos. Por tanto, cuando corresponda llevar a cabo la medición, el jefe de estudios debe trasladar los resultados a la CD.

La CD debe establecer dónde se registran los valores obtenidos de la medición, y las acciones a tomar en el caso de que esos valores no permitan asegurar la consecución de los objetivos del año en curso.

Estos resultados serán tenidos en cuenta para el establecimiento de los objetivos del siguiente periodo y ser trasladados a la dirección/gerencia del centro.

El centro dispondrá de una sistemática para asegurar la fiabilidad de los datos.

Posibles fuentes de información:

- Actas de la CD
- Otros documentos: PGCD, evaluación de indicadores, encuestas de satisfacción de residentes y a otros profesionales que intervengan en la docencia.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Jefes de servicio.
- Responsables de calidad de la unidad, de formación o del centro.

Documentos/registros generados:

- Resultados del seguimiento de objetivos.
- PGCD
- Memoria de actividad docente.

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCESOS

El centro debe asegurar que, periódicamente, se obtienen resultados de la medición y control de los procesos, por ejemplo a través de indicadores, y que estos resultados se trasladan para su análisis a las reuniones de la CD.

La CD debe definir dónde se registran los valores obtenidos de la medición, y las acciones a tomar en el caso de que esos valores no cumplan los parámetros establecidos.

Estos resultados serán tenidos en cuenta para el establecimiento de los mecanismos de seguimiento y control de procesos del siguiente periodo y deben ser trasladados a la dirección/gerencia del centro.

Posibles fuentes de información:

- Actas de la CD.
- Otros documentos; PGCD, evaluación de indicadores...

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Jefes de servicio.
- Responsables de calidad de la unidad, de formación o del centro.

Documentos/registros generados:

- Resultados del seguimiento de indicadores.
- Memoria de actividad docente

3. MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES

El centro docente dispondrá de la valoración del especialista en formación la FSE-SC. La comunidad autónoma correspondiente, debe establecer la metodología para la obtención y tratamiento de la información, así como su difusión a los centros implicados de los resultados obtenidos.

La obtención de información de los residentes debe ser anónima y realizarse con una periodicidad anual.

La información obtenida se remitirá a las distintas unidades docentes/servicios para su conocimiento.

La CD junto con las unidades docentes implicadas/servicios, deben establecer el índice de satisfacción global que quieren obtener o el de los atributos considerados como críticos. Asimismo, deben establecer, cuando proceda, las correspondientes acciones en caso que los resultados obtenidos no coincidan con los previstos.

La información obtenida debe considerarse en el establecimiento o ajuste de nuevos objetivos de docencia, así como para la modificación sus procesos. Dicha información debe ser puesta a disposición del Equipo auditor durante el desarrollo de la auditoría docente.

Posibles fuentes de información:

- Informes de resultados de las encuestas de residentes.

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios
- Responsable de calidad del centro.

Documentos/registros generados:

- Resultados de la medida de satisfacción de residentes.
- Memoria de actividad docente

4. INCIDENCIAS Y RECLAMACIONES

El centro debe de establecer una metodología (detección, registro, análisis, adopción de acciones, implantación de las mismas y cierre) para el tratamiento de las incidencias que se produzcan en los procesos docentes (incumplimiento de programas formativos, incumplimientos de las rotaciones obligatorias, exceso de guardias, superación del número máximo de residentes asignados a un tutor, no realización de 4 reuniones anuales tutor/residente, no actualización de LEF, etc.), incluyendo las reclamaciones de los residentes respecto a la docencia del centro y a las calificaciones recibidas.

El centro debe de establecer una metodología (detección, registro, análisis, adopción de acciones, implantación de las mismas y cierre) para la gestión de las reclamaciones que de un paciente hacia un residente.

Asimismo, el centro debe de establecer una metodología (detección, registro, análisis, adopción de acciones, implantación de las mismas y cierre) para la gestión de cualquier tipo de reclamación que puedan realizar los pacientes.

El centro debe establecer un sistema para que los especialistas en formación, de forma anónima, puedan manifestar y transmitir sus quejas respecto a la docencia (pe: a través de la intranet, de un buzón habilitado al efecto por la CD, etc.), definiendo la sistemática para su tratamiento (recepción, análisis, adopción de acciones, implantación de las mismas y cierre).

Posibles fuentes de información:

- Incidencias detectadas
- Formatos o formularios de reclamaciones,
- Informes periódicos de evaluación de las mismas,
- Otros documentos: memoria de actividad docente, memoria del centro hospitalario, PGCD

Personal de entrevista:

- Jefe de Estudios
- Jefes de Servicio
- Responsables de calidad de la Unidad, de formación o del Centro

Documentos/registros generados:

- Incidencias detectadas.
- Reclamaciones recibidas y evidencias de su tratamiento.
- Memoria de actividad docente

5. AUTOEVALUACIONES Y AUDITORIAS

El centro debe disponer de otros instrumentos de evaluación de la docencia del centro. Entre estas herramientas están:

- Autoevaluaciones: El centro puede definir una metodología para realizar periódicamente seguimientos de la docencia del centro. Para ello, debe establecer unos criterios que permitan la realización de estas autoevaluaciones de un modo homogéneo por el equipo evaluador. Éste método debe quedar suficientemente definido.
- Auditorías externas realizadas en marco del programa de auditorías del MSSSI.

Deben conservarse los resultados de las autoevaluaciones realizadas y los Informes de Auditoría remitidos a la dirección/gerencia del centro, así como los Planes de mejora que le sean solicitados. La CD debe analizar los resultados de las mismas para identificar incidencias o áreas de mejora (ver

5. AUTOEVALUACIONES Y AUDITORIAS

apartado 6).

Posibles fuentes de información:

- Informes de auditorías externas y planes de mejora solicitados por el MSSSI.
- Resultados de autoevaluaciones.
- Actas de la CD.
- Memoria de actividad docente

Personal de entrevista:

- Dirección/gerencia.
- Jefe de estudios.

Documentos/registros generados:

- Informes de auditorías externas y desarrollo de los planes de mejora solicitados por el MSSSI.
- Resultados de autoevaluaciones.
- Actas de la CD.

6. INFORMACIÓN (MEMORIA ANUAL), ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA

INFORMACIÓN:

La CD elaborará anualmente en **una Memoria de la actividad docente del centro y deben analizarla**. Deben participar en la recogida de información, todos aquellos agentes que intervienen en los procesos: jefe de estudios, tutores, especialistas en formación, miembros de la CD y del CE u otras subcomisiones, etc.

La Memoria anual debe incluir:

- ⇒ Información de la estructura docente: Número de plazas acreditadas y número de residentes, por año de residencia, y por especialidades, así como la capacidad docente (si no se incluye en otro documento).
- ⇒ Datos finales o anuales del cumplimiento de los objetivos para la docencia establecidos por el centro.
- ⇒ Seguimiento de procesos formativos: Actividad docente (Memoria) desarrollada por cada unidad docente. Resultados de la medición y seguimiento a través de indicadores o similar. Resultados de las encuestas de satisfacción de residentes.
- ⇒ Cumplimiento o no de los criterios de supervisión (en urgencias, bloque quirúrgico, consultas, hospitalización, etc.), de los libros del residente, de los criterios de tutorización y de las evaluaciones formativas.
- ⇒ Resultados de auditorías como centro o unidad docente realizadas por el MSSSI o de las autoevaluaciones realizadas por el propio centro, encuestas, etc.
- ⇒ Información de las reclamaciones de los residentes y pacientes.

ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA

Los resultados del análisis de esta información son la base del establecimiento de los objetivos anuales, la identificación y priorización de áreas de mejora, la actualización de los procesos relacionados con la

6. INFORMACIÓN (MEMORIA ANUAL), ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA

docencia del centro, así como sus requisitos e indicadores de medición asociados.

Por lo tanto, a partir de la información obtenida, la CD debe realizar las siguientes acciones:

- ⇒ Identificar las posibles áreas de mejora, seleccionar aquellas a emprender en el siguiente periodo, de forma consensuada con la Dirección/Gerencia.
- ⇒ Analizar las causas y proponer acciones para su eliminación.
- ⇒ Planificar las acciones a llevar a cabo.
- ⇒ Establecer el medio y responsable de obtener información sobre el grado de ejecución.
- ⇒ Comprobar los logros conseguidos y su eficacia, y
- ⇒ Estandarizar, en su caso, la mejora lograda.

La CD debe registrar el análisis realizado, las acciones de mejora emprendidas y los resultados obtenidos.

Posibles fuentes de información:

- Memoria anual de las unidades docentes.
- Memoria anual de actividad docente o documento que recoja la misma integrada en la memoria del centro.
- Actas de la CD y CE.
- Seguimiento de indicadores de proceso.
- Seguimiento de objetivos.
- Resultados de encuestas de satisfacción de residentes / otros profesionales implicados en la docencia / pacientes.
- Reclamaciones de los residentes y pacientes.
- Incidencias de los procesos docentes.
- Informes de auditorías o autoevaluaciones,....

Personal de entrevista:

- Jefe de estudios.
- Secretaría de la CD.

Documentos/registros generados:

- Memoria anual de las unidades docentes.
- Memoria anual de actividad docente o integrada en memoria del centro.
- Acciones de mejora emprendidas y resultados de la mejora.
- PGCD

3 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

- ⇒ **Área de mejora derivada de auditoría docente:** a efectos de estas evaluaciones se considera cualquier incumplimiento de un criterio de auditoría.
- ⇒ **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, a fin de determinar la medida en que se cumplen los criterios de auditoría previamente establecidos.
- ⇒ **Capacidad docente real:** Análisis del número de residentes que pueden incorporarse a las unidades docentes de un centro docente hospitalario para su formación sanitaria especializada, de forma que se asegure que pueden adquirir las competencias indicadas en los programas formativos de la especialidad correspondiente contando con los recursos y profesionales de que dispone el/los mismos para la prestación asistencial, docente e investigadora.
- ⇒ **Capacidad docente formal:** Número plazas de residentes solicitadas anualmente.
- ⇒ **Centro o unidad docente:** Conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a dispositivos asistenciales (hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupaciones territoriales de recursos sanitarios), docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que cuenten con acreditación para la formación de especialistas en ciencias de la salud, según lo indicado en el RD 183/2008.
- ⇒ **Centro (sanitario) docente: Art. 9. RD 183/2008:** El hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupación funcional de unidades docentes, agrupaciones territoriales docentes de recursos sanitarios u otras entidades, creadas a iniciativa de las comunidades autónomas, para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Con carácter general, las CCAA constituirán Comisiones de Docencia de centro que agrupen las unidades docentes de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud que se formen en su ámbito, sin perjuicio de aquellos supuestos en los que resulte aconsejable la creación de una comisión de docencia de unidad por la especial naturaleza de la misma.

- ⇒ **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- ⇒ **Conciliación del tratamiento al alta:** Proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica al alta.ⁱ
- ⇒ **Contrato de gestión (contrato programa):** tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido una comunidad autónoma con la ciudadanía. Su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios identificados por la Consejería de Salud de la comunidad autónoma correspondiente, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación.
- ⇒ **Comisión de docencia (CD):** Órgano colegiado de la estructura docente de un centro hospitalario acreditado para la formación de especialistas cuyas misiones son:
 - organizar la formación,
 - facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional conjuntamente con los órganos de dirección de éste.
 - supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas formativos de cada especialidad.

- ⇒ **Comisión nacional de la especialidad (CNE):** Órgano asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte que representa a cada especialidad médica. Tiene, entre otras funciones, las de:
- proponer los programas correspondientes para la formación en cada especialidad;
 - informar de los requisitos generales que han de reunir las unidades docentes para ser acreditadas en la especialidad de que se trate;
 - informar los expedientes de acreditación y, en su caso, des acreditación de cada una de ellas, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las características organizativas de los servicios sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas;
 - informar de la oferta anual de plazas en formación de la especialidad y titulación que en cada caso corresponda;
 - revisar las evaluaciones finales de los residentes que así lo soliciten.
- ⇒ **Comité de evaluación (CE):** Órgano colegiado de la estructura docente, constituido para cada una de las especialidades acreditadas para la FSE de un centro hospitalario, responsable de llevar a cabo la evaluación anual y final de los residentes de la especialidad de que se trate.
- ⇒ **Dirección general de ordenación profesional (DGOP):** Órgano del MSSSI que tiene, entre otras, la función de verificar el contenido formal de la solicitud de nueva acreditación y remitirlo a la CNE para su análisis y propuesta de acreditación.
- Así mismo, coordina y realiza el seguimiento de la formación sanitaria especializada.
- ⇒ **Evaluación anual del residente:** Valoración del residente cuyo objetivo es calificar sus conocimientos, habilidades y actitudes al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo.
- ⇒ **Evaluación formativa del residente:** Seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, que permite comprobar la adquisición de competencias en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificando y planificando las acciones necesarias para su consecución (no se trata de una evaluación sumativa).
- ⇒ **FSE-CS:** Formación sanitaria especializada en ciencias de la salud.
- ⇒ **Guía o itinerario formativo tipo (GIFT):** Adaptación del programa formativo oficial de la especialidad a la unidad docente en su conjunto (plan de formación de la unidad docente hospitalaria).
- Es elaborada por los tutores vinculados a la especialidad de que se trate y aprobada por la CD.
- ⇒ **HM:** higiene de manos.
- ⇒ **Informe de evaluación formativa:** Documento que recoge los resultados del proceso de tutorización continuada y periódica del residente, y que se emplea como una de las fuentes de información en la realización de la evaluación anual del residente.
- ⇒ **Jefe de Estudios:** Responsable de la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la FSE. Ostenta la presidencia tanto de las comisiones de docencia (CD) como de los comités de evaluación (CE) de cada especialidad.

Esta figura es responsable de coordinar y comunicar la información relativa a las actividades laborales y formativas de los residentes, entre la dirección del centro docente, los responsables de los dispositivos en los que se imparta la formación y la CD.

- ⇒ **Libro del especialista en formación o libro del residente (LEF):** Es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su periodo 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.
- ⇒ **Mapa de procesos:** Es la representación de los procesos implicados en la docencia y de sus interrelaciones, entendiéndose como proceso aquella actividad que, utilizando los recursos necesarios y a través de su gestión, transforma los elementos de entrada en resultados. Frecuentemente, el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.
- ⇒ **Medicamento de alto riesgo:** Aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Ver listado del ISMP España.ⁱⁱ
- ⇒ **Mejora:** Metodología aplicada a los procesos de gestión de la docencia del centro y sus unidades, de forma que se encaminen a la excelencia en la FSE.
- ⇒ **Memoria de actividades docentes:** Resumen anual de las actividades formativas realizadas en un centro sanitario docente.
- ⇒ **Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad: MSSSI.**
- ⇒ **Misión del centro sanitario:** Es el propósito general o razón de ser del hospital que enuncia a quien dirige sus servicios, qué necesidades satisface, qué tipos de servicios ofrece y en general, cuáles son los límites de sus actividades. Así los centros sanitarios han de incorporar a su misión una triple vertiente asistencial, docente e investigadora.
- ⇒ **Plan de gestión de la calidad docente (PGCD):** Es el documento o conjunto de documentos, que describen y desarrollan tanto la organización para la docencia como las directrices y requisitos para gestionar y asegurar la calidad de la formación sanitaria especializada en el centro docente, dirigida a la mejora continua de la calidad docente de la FSE.
- ⇒ **Plan estratégico:** El Plan Estratégico es un documento en cual el centro sanitario recoge las metas que quiere alcanzar el centro hospitalario, el tiempo para lograrlo que se da de plazo y cómo pretende conseguirlo. Se desarrolla en líneas estratégicas, planes de acción concretos, objetivos...
- ⇒ **Plan individual de formación:** Planificación temporal de actividades formativas teórico-prácticas (sesiones, guardias, rotaciones, actividades de investigación y otras actividades formativas) de cada residente.

Es elaborado por cada tutor para sus residentes, y entregado en forma y plazo adecuada al residente. El jefe de estudios del centro docente hospitalario debe disponer en plazo y forma adecuada del plan individual de formación de todos los residentes del centro docente.
- ⇒ **Plan Transversal Común:** Conjunto de actividades formativas del centro docente hospitalario dirigidas a los residentes, que incluye contenidos docentes comunes a todas las especialidades y de carácter transversal a la formación de especialistas en ciencias de la salud.
- ⇒ **Procedimientos:** Documentos de carácter organizativo en los que se describen, con el nivel de detalle necesario en cada caso, cómo se desarrolla una determinada actividad, quién y cuándo se realiza. En estos procedimientos deben quedar definidas y documentadas las responsabilidades y relaciones entre todo el personal del centro docente hospitalario que incide sobre la calidad de la formación de los residentes.
- ⇒ **Protocolo de supervisión de residentes:** Documento/s que recoge/n las políticas y procedimientos establecidos por la CD para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los

residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica. Estos protocolos deben ser conocidos por todos los profesionales implicados en la asistencia.

- ⇒ **Real Decreto: RD.**
- ⇒ **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Como tal se consideran los establecidos para la acreditación de las unidades docentes de las diferentes especialidades en ciencias de la salud y los establecidos por el centro docente hospitalario a través del plan de gestión de la calidad docente.
- ⇒ **Registro nacional de especialistas en formación:** Unidad específica del MSSSI, dependiente de la DGOP, en la que se inscriben los adjudicatarios de plaza para formación sanitaria especializada y se anotan las evaluaciones anuales y finales de los especialistas en formación, así como las incidencias relativas a la suspensión o finalización de la formación.
- ⇒ **Rotación externa:** Periodo formativo, autorizado por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma, que se lleva a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación o en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.
- ⇒ **Tutor:** Profesional especialista en servicio activo que, acreditado como tal conforme al procedimiento establecido en la correspondiente comunidad autónoma, 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 será el mismo durante el periodo formativo del residente, y tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes.

- ⇒ **Unidad docente: Art. 4. RD 183/2008:** Conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a dispositivos asistenciales docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

Las UD se ubicarán con carácter general en Centros Docentes.

4 DOCUMENTACION DEL CENTRO A REMITIR A LA UNIDAD DE ACREDITACION Y AUDITORIAS.

De modo general, los documentos marco relacionados con la formación sanitaria especializada deben cumplir con unos requisitos de calidad, en concreto se debe indicar en dichos documentos, el nombre y apellidos de la persona que los ha elaborado, firma y fecha de elaboración, fecha en la cual ha sido aprobado en la Comisión de Docencia y firma, fecha de validación por Dirección /Gerencia y firma, paginado del documento y nombre del hospital.

A. Centro Docente:

0. Autoevaluación. (Ver anexo. Punto Nº 7- PAGINA 49.).
1. Organigrama del Centro Docente Hospitalario con descripción de la estructura docente y sus funciones y responsabilidades.
2. Análisis estratégico para las actividades de docencia del Centro Hospitalario.
3. Objetivos generales y específicos de docencia del centro y evidencias de su aprobación, difusión y seguimiento.
4. Relación de especialidades existentes en el Centro Hospitalario.
5. Relación de Unidades Docentes acreditadas
6. Relación de dispositivos (incluidos los universitarios) en los que se realizan rotaciones obligatorias por parte de los residentes, acuerdos con otros dispositivos para la realización de rotaciones obligatorias y compromisos de la dirección/gerencia del centro de origen para realizar rotaciones y aceptación expresa de las Comisiones de Docencia de los centros destino
7. Memoria anual de actividades del centro correspondiente a 2013 y 2014, que incluya tanto las modalidades asistenciales como otra actividad incluida en la cartera de servicios relacionada con exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas realizadas en los servicios: hospitalización (ingresos, estancias, estancia media, rotación...); consultas externas (totales, primeras y sucesivas); urgencias; actividad del hospital de día (nº de pacientes; intervenciones quirúrgicas con ingreso (programadas / urgentes); CMA; actividad de gabinetes de exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas.

B. Comisión de Docencia:

8. Reglamento de funcionamiento de la Comisión de Docencia.
9. Memoria de actividades de la Comisión de Docencia del año anterior.
10. Documentación de acogida/despida para los residentes, tanto del Centro, como de las diferentes Unidades Docentes acreditadas
11. Criterios y directrices para la elaboración de las Guías o Itinerarios Formativos tipo de las Unidades Docentes Acreditadas
12. Criterios y directrices para la elaboración de los Planes Individuales de Formación de residentes.

C. Guías o Itinerarios Formativos tipo de las Unidades Docentes Acreditadas:

13. Relación con todas UD acreditadas para la docencia y todas las Guías o Itinerarios Formativo Tipo elaboradas para cada una de dichas Unidades Docentes.
14. PIF (Plan individual de formación del residente), de 3 UD acreditadas para la docencia, que incluyan todos los años de residencia de la especialidad.
15. Calendario o programa de sesiones clínicas generales del 2015 y memoria de las sesiones clínicas generales del 2014.
16. Calendario o programa de sesiones bibliográficas del 2015 y memoria de las sesiones bibliográficas del 2014.

17. Plan transversal común: relación de actividades formativas de carácter transversal para el residente. (Protección radiológica, higiene de las manos...)
18. Oferta en actividades de investigación para los residentes
19. Calendario de guardias

D. Supervisión:

20. Protocolo de supervisión de residentes del área de Urgencias.
21. Protocolos de supervisión de residentes de las unidades docentes acreditadas o aquellos de especial interés, desarrolladas en el centro (Bloque quirúrgico, gabinetes...)

E. Evaluación de residentes:

22. Reglamento de funcionamiento de los Comités de Evaluación.
23. Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación formativa de residentes.
24. Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación anual de residentes y mecanismos para posibles alegaciones a las calificaciones
25. Criterios documentados para llevar a cabo la evaluación final de residentes.

F. Jefe de Estudios y tutores:

26. Normativa de la Comunidad Autónoma para el nombramiento del Jefe de estudios y los tutores.
27. Programas de formación continuada para tutores y otro personal implicado en la docencia.
28. Relación de residentes actuales del Centro Docente, así como la asignación residente/tutor.

G. Seguridad del paciente:

29. Plan de acción para la mejora continua de la práctica de la *higiene de las manos* (HM) indicando adecuación de las infraestructuras, formación teórica y práctica, evaluación del cumplimiento y retroalimentación de los resultados, presencia de recordatorios en el lugar de trabajo y desarrollo de una cultura de seguridad a nivel institucional que priorice la HM. Información que además incluya: responsable, cronograma, recursos e indicadores de evaluación
30. Documentos que protocolicen el *Uso Seguro de Medicamentos de Alto riesgo*, con el detalle de los sistemas y circuitos establecidos para su identificación (según listado del ISMP España) y manejo. Información que además incluya: responsable, listado de medicamentos, criterios de evaluación y periodicidad de la misma.
31. Documentos que protocolicen la *Conciliación de la medicación al alta*, detallando la sistemática para elaborar el listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta, el procedimiento de entrega del listado e información al paciente, así como la orientación para la gestión de esta información en el

siguiente nivel asistencial. Información que además incluya: responsable, identificación de casos susceptibles de conciliación, modelo de informe de conciliación, criterios de evaluación y periodicidad de la misma.

32. Documentos/Protocolos para el empleo de la *Lista de verificación de seguridad quirúrgica*, en cirugía programada, basada en la de la OMS. Información que además incluya: responsable, proceso de implantación, acciones a desarrollar, criterios de evaluación y periodicidad de la misma.

33. Documentos/Protocolos para la *identificación inequívoca de pacientes* durante el desarrollo de procedimientos específicos asociados al empleo de medicamentos de alto riesgo y aquellos utilizados en procedimientos invasivos, así como en pacientes con disminución del nivel de consciencia. Información que además incluya: responsable, proceso de implantación, acciones a desarrollar, criterios de evaluación y periodicidad de la misma.

H. Plan de Gestión de la Calidad Docente o los siguientes documentos:

34. Políticas de calidad generales del Centro Hospitalario respecto a la docencia.

35. Procesos implicados en la actividad docente y sus interrelaciones (mapa de procesos).

36. Requisitos que deben cumplir estos procesos o referencia a documentación donde se encuentren definidos.

37. Descripción de los mecanismos de ejecución, seguimiento y control de los procesos (ejemplo: indicadores).

38. Documentos y registros específicos relacionados.

I. Registros:

39. Políticas y procedimientos para la custodia, protección y recuperación de registros.

5 DOCUMENTACION QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE A DISPOSICION DE LOS AUDITORES EN LA AUDITORIA DE CENTRO DOCENTE.

A. Centro / Hospital:

1. Contratos de gestión o contratos programa.
2. Análisis de la capacidad docente.

B. Comisión de Docencia

3. Acta de constitución de la Comisión de Docencia.
4. Actas de reunión de la Comisión de Docencia (2 últimos años).

5. Planes individuales de formación y/o los documentos que lo completen o desarrollen

C. Unidades docentes acreditadas

6. Guías o Itinerarios Formativos Tipo aprobados en la Comisión de Docencia.

D. Evaluación de residentes:

7. Actas de constitución de los Comités de Evaluación.

8. Actas de reunión de los Comités de Evaluación (2 últimos años).

9. Resultados de las evaluaciones anuales y finales por los Comités de Evaluación.

10. Alegaciones de las calificaciones efectuadas por los residentes.

11. Expedientes individuales de los residentes.

12. Libros de los especialistas en formación.

13. Informes de evaluación de las rotaciones por los jefes de los servicios/tutores de rotación implicados.

14. Informes de evaluación de las rotaciones externas.

15. Ponencias y publicaciones en que participen o realicen los residentes

16. Informes de evaluación formativa y anual.

E. Jefe de estudios y tutores:

17. Nombramiento oficial del jefe de estudios.

18. Nombramientos oficiales de los tutores.

19. Nombramientos oficiales de otras figuras implicadas en la docencia, si procede.

20. Registros de la realización de actividades de formación continuada por parte de los tutores y otras figuras implicadas en la docencia.

F. Plan de gestión de la calidad docente

21. Resultados del seguimiento y control de los procesos (ejemplo: seguimiento de indicadores).

22. Resultados de la medida de satisfacción de residentes (2 últimos años).

23. Registro de Incidencias detectadas (incumplimiento de programas formativos, incumplimientos de las rotaciones obligatorias, exceso de guardias, superación del número

máximo de residentes asignados a un tutor, no realización de 4 reuniones anuales tutor/residente, no actualización del Libro del Especialista en Formación, etc.).

24. Reclamaciones recibidas y evidencias de su tratamiento (las reclamaciones de un paciente hacia un residente y reclamaciones de los residentes respecto a la docencia del centro y a las calificaciones recibidas).
25. Informes de auditorías externas realizadas en el marco del programa de auditorías del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y desarrollo de los planes de mejora solicitados.
26. Resultados de autoevaluaciones, en su caso.
27. Acciones de mejora emprendidas y resultados de la mejora de la actividad docente desarrollada.

G. Facilitar el acceso a:

28. Protocolos de diagnóstico y tratamiento de las unidades docentes acreditadas
29. Documentación clínica
30. Originales de la documentación remitida con anterioridad y recogida en el documento “documentación a remitir a la unidad de acreditación y auditorias”. (A petición del auditor).
31. Actas de las reuniones de gestión de riesgos.

6 MODELO DE AGENDA DE TRABAJO DEL AUDITOR.

A continuación se recoge un modelo de agenda de auditoria para que sea modificada por parte del jefe de equipo de auditoria, ajustándola al centro docente en particular.

MODELO DE AGENDA DE AUDITORIA

CENTRO DOCENTE:

Hospital: _____

Localidad/Provincia _____

Comunidad Autónoma: _____

EQUIPO DE AUDITORÍA:

Jefe de Equipo (JEA): _____

Auditor (A1): _____

FECHA PREVISTA DE AUDITORÍA:

Inicio día/mes/año: _____

Finalización día/mes/año: _____

Elaborado por JEA

Fecha:

CRONOGRAMA Y DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES:

DÍA	HORARIO	INTERLOCUTOR	ACTIVIDAD	JEA	A1
1	9:00-10:00 h.	Dirección/Gerencia Dirección Médica Jefe de estudios	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del equipo auditor - Exposición del objetivo de la auditoría, desarrollo y pasos posteriores - Confirmación de agenda - Resolución de dudas - Puesta a disposición del equipo auditor de la documentación solicitada 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	10:00-12:00 h	Dirección/Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> o La Formación como planteamiento estratégico del Centro Docente hospitalario o El compromiso de la Dirección 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10:00-14:00h	Jefe de estudios	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> o Estructuras organizativas para la docencia o Funciones y responsabilidades o Planificación de FSE o Objetivos de docencia - Solicitud al Jefe de Estudios de listado de rotaciones en otros dispositivos. 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	12:00-14:00h	Residentes	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de encuesta a residentes <p><i>(valorar su realización en función del % de participación de los residentes en la encuesta, o si no se dispone de resultados -- consultar hospital en el e-room)</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	15:00-17:00 h	Jefe de estudios	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> o Actividades genéricas de formación para los residentes o Guía o Itinerario Formativo tipo o Plan Individual de Formación de cada residente o Planificación de la evaluación formativa o Planificación de la evaluación anual y final 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15:00-16:00 h	Responsable de Formación Continuada	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento del criterio: <ul style="list-style-type: none"> o Actividades genéricas de formación para tutores y otras figuras 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17:00-18:00 h	Jefe de estudios o personal delegado	<ul style="list-style-type: none"> - Visita a las instalaciones del Centro Docente Hospitalario 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CRONOGRAMA Y DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES:

DÍA	HORARIO	INTERLOCUTOR	ACTIVIDAD	JEA	A1
2	9:00-12:00 h.	Tutores	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> o Guía o Itinerario Formativo Tipo o Plan Individual de Formación de cada residente o Acogida e información fundamental al residente o Rotaciones externas o Participación en actividades genéricas de formación o Evaluación formativa o Evaluación anual 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	12:00-14:00	Residentes	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> o Plan Individual de Formación para cada residente o Acogida e información fundamental al residente o Supervisión y responsabilidad progresiva del residente o Rotaciones internas o Rotaciones externas o Participación de los residentes en actividades genéricas de formación o Evaluación formativa o Evaluación anual o Evaluación final o Medida de la satisfacción de los residentes o Incidencias y reclamaciones 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	9:00-14:00 h	Jefe de estudios	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación del cumplimiento de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> o Acogida e información fundamental al residente o Supervisión y responsabilidad progresiva del residente o Rotaciones internas y externas o Evaluación formativa, anual y final o Seguimiento de objetivos o Evaluación del seguimiento y control de los procesos o Medida de la satisfacción de los residentes o Incidencias y reclamaciones o Autoevaluaciones y auditorías o Análisis y mejora continua 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	15:00-17:00h	Despacho	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión del equipo de auditoría: Preparación de las conclusiones 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	17:00-18:00h	Dirección/Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión final: Presentación de conclusiones 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7. ANEXO : MODELO DE AUTOEVALUACION:

Informe de autoevaluación Centro Docente Hospitalario (Nombre del centro)

Población:

Comunidad Autónoma:

Jefe de estudios:

Fecha del Informe de autoevaluación:

Índice

1.- DATOS GENERALES DEL CENTRO DOCENTE	
2- DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO ASISTENCIAL DEL CD	
3- CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS	
3.1- IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN / GERENCIA DEL CENTRO DOCENTE HOSPITALARIO	
3.2- ORGANIZACIÓN Y RECURSOS PARA LA DOCENCIA	
3.3- PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	
3.4- DESARROLLO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	
3.5- MEJORA DEL PROCESO DOCENTE	

⇒ 1.- DATOS GENERALES DEL CENTRO DOCENTE/

DATOS GENERALES DEL HOSPITAL			
Denominación:			
Domicilio y Localidad			
Provincia:		Comunidad Autónoma:	
Dependencia			
DIRECCIÓN/GERENCIA			
Director/Gerente (nombre y apellidos)			
Teléfono:			
E-mail:			
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL			
Director Médico (nombre y apellidos):			
Teléfono:			
E-mail:			
JEFE DE ESTUDIOS / PRESIDENTE COMISIÓN DE DOCENCIA			
Nombre y apellidos:			
Teléfono:			
E-mail:			
Dedicación a actividades de docencia (Total o parcial):			
Nº ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL	Nº UNIDADES DOCENTES ACREDITADAS	Nº DE RESIDENTES INCORPORADOS A UNIDADES DOCENTES ACREDITADAS	OTRAS UNIDADES DOCENTES VINCULADAS CON EL HOSPITAL *
Nº de tutores			

* Con Comisión de Docencia propia de la Unidad/especialidad

⇒ **3.- DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO ASISTENCIAL DEL CD**

Describe el entorno sanitario del centro docente/hospital: dependencia jerárquica o funcional, área sanitaria o similar al que pertenece y/o presta atención, su referencia poblacional/territorial.

Describe de forma sintética la vinculación de este centro con otros hospitales o instituciones (formativas o de investigación) que garanticen la actividad asistencial o formativa del hospital.

		Dos últimos años	2013.	2014.
PROCESOS	GDR	25 GDR médicos más frecuentes del hospital		
		25 GDR quirúrgicos más frecuentes del hospital		
	Nº altas CIE9	Categorías (15 diagnósticos principales más frecuentes)		

⇒ **4.- CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

⇒ **4.1- IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN / GERENCIA DEL CENTRO DOCENTE HOSPITALARIO**

4.1.1- LA FORMACIÓN COMO PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL CENTRO

- A. El Centro sanitario docente ha realizado un análisis estratégico para las actividades de docencia, asegurando que ésta se constituye formalmente como una de las tres misiones del hospital.

(Incluir descripción del marco estratégico de la CCAA que pueda servir de referencia al centro, incluir misión y visión del centro: enumerar los documentos en los que se incluyen) Máximo de 100 palabras.

- B. Este análisis estratégico considera el análisis de la capacidad docente real de las distintas unidades del centro, teniendo en cuenta el volumen de actividad asistencial y la cartera de servicios, el equipamiento y tecnología, las camas, profesionales sanitarios, los recursos humanos de los servicios y unidades, etc.

(Indicar qué factores entre los anteriores se han tenido en cuenta para el análisis de la capacidad docente real de las unidades del centro)

(Este análisis debe evidenciar la capacidad para asumir residentes propios y de otros centros y programas)) Máximo de 100 palabras

- C. La Comisión de Docencia informa a la dirección/gerencia del centro, con una periodicidad mínima anual, de la capacidad docente de las distintas unidades docentes del centro.

Máximo de 100 palabras

- D. El análisis estratégico se ha concretado en un plan estratégico, con sus correspondientes líneas y objetivos.

(Descripción de las líneas y objetivos más relevantes)

- E. Se realiza un seguimiento de los planes establecidos, dejando constancia de las acciones asociadas a los mismos.

(Describir los objetivos docentes. Indicar si han sido evaluados y describir brevemente los resultados de la evaluación. Indicar si los resultados han sido presentados a la dirección y a la CD y si han sido validados. Describir si se han planificado acciones de mejora).)
Máximo de 150 palabras

4.1.2- EL COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

- A. La dirección/gerencia del centro docente hospitalario ha establecido las estructuras organizativas necesarias para la toma de decisiones relacionadas con la docencia así como los mecanismos de representación y comunicación que garanticen su implicación. El Jefe de Estudios forma parte de los órganos de dirección del centro.

Máximo de 100 palabras

- B. La dirección/gerencia valida los objetivos para la docencia y participa en su seguimiento.

Máximo de 100 palabras

- C. La dirección/gerencia valida el PGCD.

Máximo de 100 palabras

- D. La dirección/gerencia consensua las áreas de mejora propuestas por la CD.

- E. La dirección/gerencia planifica y asigna los recursos necesarios para asegurar que se alcanzan los objetivos de docencia, que se dispone de las instalaciones necesarias y servicios de soporte necesarios para la docencia, así como los mecanismos adecuados para el archivo de documentos y registros relacionados con la FSE.

- F. La dirección/gerencia del centro docente hospitalario lidera el establecimiento de acuerdos formales con los dispositivos docentes (incluidos los universitarios) que resulten necesarios para garantizar la realización de rotaciones dentro de la misma UD pero que están localizadas físicamente en otro hospital.

Describir la existencia de acuerdos formales /escritos con los dispositivos docentes asociados y describir brevemente el acuerdo. Incluir los que se realicen en atención primaria o como receptor de residentes de otros centros.

Máximo de 100 palabras

⇒ 4.2.- ORGANIZACIÓN Y RECURSOS PARA LA DOCENCIA

4.2.1.- ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS PARA LA DOCENCIA

ORGANIZACIÓN GENERAL:

- A. Existe un documento que define la estructura general del Hospital, incluyendo la estructura organizativa docente (por ejemplo: Comisión de Docencia, subcomisiones, organización de los tutores en relación a los residentes, etc.).

(Describir encuadre del centro en el marco sanitario de la CCAA, organigrama del hospital que indique dónde se encuentra y dependencia de la estructura docente del centro así como detalle de la estructura docente con todas sus figuras).

Máximo de 100 palabras

COMISIÓN DE DOCENCIA:

- A. La Comisión de Docencia ha sido formalmente establecida.

Indicar fecha, documento...

Máximo de 100 palabras

- B. La Comisión de Docencia está compuesta, al menos, por:

- ⇒ Un presidente, cargo asumido por el Jefe de Estudios.
- ⇒ Una representación mayoritaria del conjunto de los tutores y de los residentes.
- ⇒ Al menos un vocal designado en representación de la Comunidad Autónoma.
- ⇒ Un vocal designado por el órgano de dirección coordinador de la infraestructura asistencial de que se trate.

El número de vocales es como máximo de 20.

Indicar componentes de la CD (nº, quiénes son, describir los miembros que forman parte de la CD con voz y voto, indicar así mismo si existe algún representante del área de urgencias en la composición de las comisión de docencia como vocal, por la importancia

que tienen a nivel organizativo¹).

Máximo de 100 palabras

C. La Comisión de Docencia dispone de un reglamento de funcionamiento, acorde con las normas generales y las aplicables de la C.A. correspondiente. El Reglamento de la CD define:

- ⇒ Composición y sistemática para la elección de miembros, su presidente y secretario.
- ⇒ 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 actividades de la CD: elaboración de la Memoria Docente.

Describir la disponibilidad y contenido del reglamento en relación a los 4 ítems que se solicitan que se describan.

Máximo de 100 palabras

D. La Comisión de Docencia se reúne con una periodicidad mínima establecida en su reglamento interno (al menos anual), y estas reuniones se detallan en sus correspondientes actas.

Describir la periodicidad de las reuniones de la CD y la disponibilidad de Actas.

Máximo de 100 palabras

E. Se han documentado las funciones y responsabilidades de la Comisión de Docencia, incluyendo aquellas establecidas por la Orden SCO/581/2008.

Describir si en las actas/documentos se comprueba que se realizan las funciones/actividades.

Máximo de 100 palabras

F. Se dispone de una Secretaría para la Comisión de Docencia.

Describir. Máximo de 100 palabras

COMITÉS DE EVALUACIÓN:

A. Se ha constituido formalmente un Comité de Evaluación para cada una de las especialidades.

¹ Del informe del estudio conjunto de los defensores del pueblo, “ las urgencias hospitalarias en el SNS, derechos y garantías de pacientes.

Enumerar las UD acreditadas para la docencia dentro del Centro docente, los Comités de Evaluación constituidos formalmente para cada una de las UD. Máximo de 100 palabras

B. Los Comités de Evaluación revisados, están integrados, al menos, por:

- ⇒ Jefe de Estudios de formación especializada.
- ⇒ Presidente de la subcomisión que en su caso corresponda.
- ⇒ Tutor del residente.
- ⇒ Un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate, designado por la Comisión de Docencia.
- ⇒ Por uno de los vocales de la Comisión de docencia designados por la Comunidad autónoma.

Indicar si en los Comités de Evaluación asisten todos los miembros convocados a las reuniones y si formalizan la asistencia con las firmas en las actas. Máximo de 100 palabras

C. Los Comités de Evaluación disponen de un reglamento de funcionamiento interno, que contiene, al menos:

- ⇒ La relación de los miembros que lo componen.
- ⇒ Sistemáticas para la elección de los mismos, su presidente y secretario.
- ⇒ Periodicidad de reunión del Comité.
- ⇒ Registro de las reuniones en actas y contenido mínimo de las mismas.

Máximo de 100 palabras

D. Se han documentado las funciones y responsabilidades de los Comités de Evaluación.

Máximo de 100 palabras

E. Los Comités de Evaluación se reúnen con la periodicidad mínima establecida en su reglamento interno (al menos anual), y estas reuniones se detallan en sus correspondientes actas.

Máximo de 100 palabras

JEFE DE ESTUDIOS:

A. El Jefe de Estudios dispone de nombramiento oficial, de acuerdo con la normativa autonómica correspondiente.

(Señalar la correspondiente normativa de la CCAA).

Máximo de 100 palabras

- A. Se han documentado las funciones y responsabilidades del Jefe de Estudios, incluyendo aquellas establecidas por la Orden SCO/581/2008.

Máximo de 100 palabras

TUTORES:

- A. Los tutores son especialistas en servicio activo y disponen de nombramiento oficial del titular del centro docente, así como de la comunidad autónoma correspondiente, en su caso.

(Indicar la referencia a normativa autonómica para la acreditación y reacreditación de tutores, y si existe un perfil competencial definido. Indicar si se realiza evaluación del desempeño de las funciones docentes de los tutores, así como el reconocimiento de la labor que realizan (que podrá ser valorado como mérito)).

Máximo de 100 palabras

- B. Se han documentado las funciones y responsabilidades de los tutores.

Máximo de 100 palabras

- C. Los tutores tienen asignados un máximo de cinco residentes.

Máximo de 100 palabras

OTRAS FIGURAS IMPLICADAS EN LA DOCENCIA:

- A. En caso de existir, se han establecido los mecanismos y criterios para el nombramiento de otras figuras implicadas en la docencia, como colaborador docente,...

Máximo de 100 palabras

- B. Se han documentado las funciones y responsabilidades de otras figuras implicadas en la docencia, en su caso.

Máximo de 100 palabras

4.2.3.- ESTRUCTURA Y ACTIVIDAD HOSPITALARIA, SANITARIA Y DOCENTE

ESTRUCTURA, INSTALACIONES, ACTIVIDAD E INDICADORES:

- A. El Centro Docente debe disponer de la estructura e instalaciones adecuadas para la prestación asistencial.
- B. El Centro Docente debe desarrollar una atención asistencial con la casuística y frecuentación necesaria para que el residente conozca adecuadamente el entorno hospitalario y alcance las

competencias asociadas a la especialidad correspondiente. (Indicar si el centro dispone de autorización administrativa de funcionamiento en vigor).

(Identificar los aspectos más relevantes y tendencia de la actividad del hospital)

Máximo de 100 palabras

			20..	20..	20..
DOTACIÓN	Camas	Instaladas			
		Funcionamiento			
	Hospital de día	Nº de puestos			
	Bloque Quirúrgico	Nº de quirófanos			
	Equipos de alta tecnología	RM			
		TAC			
		Salas de Hemodinámica			
Mamógrafos					
ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Hospitalización	Nº de altas			
		Nº de estancias			
	Consultas externas	Total			
		Primeras			
	Actividad quirúrgica	Nº total de Intervenciones			
		Nº total de Intervenciones con Ingreso			
		CMA			
	Urgencias	Nº total			
Nº total Urgencias Ingresadas					
Imagen	Nº de estudios RM				
	Nº de Estudios TAC				
INDICADORES	Estancia Media				
	Índice de Ocupación		%	%	%
	% Ingresos Urgentes		%	%	%
	Mortalidad		%	%	%
	Ingresos/día				
	Índice de ambulatorización		%	%	%
	Intervenciones quirúrgicas /día				
% Cesáreas		%	%	%	
PROCESOS (incorporar como Anexo)	GDR	25 GDR médicos más frecuentes del hospital			

		25 GDR quirúrgicos más frecuentes del hospital			
	Nº altas CIE9	Categorías (15 diagnósticos principales más frecuentes)			

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE²

- A. El Hospital dispone de un plan de acción para la mejora continua de la práctica de la higiene de las manos (HM).

El plan de acción incorpora la descripción de las actividades, responsable, cronograma, recursos empleados, indicadores para la evaluación del cumplimiento y retroalimentación de resultados.

Los objetivos y actividades del plan para la mejora de la higiene de manos incluyen la infraestructura oportuna, la formación teórica y práctica del personal, la presencia de recordatorios en el lugar de trabajo y el desarrollo de una cultura de seguridad a nivel institucional que priorice la HM.

El plan de acción se revisa, al menos, anualmente.

- Describir el plan en higiene de manos: responsable, formación, actividades / cronograma, recursos empleados, indicadores para la evaluación, evaluación del cumplimiento del plan, acciones de mejora/ actualización del Plan de higiene de manos...
- Describir la evaluación del plan de higiene de manos
- Describir las acciones de mejora emprendidas

Describir si se realizan actividades formativas en higiene de manos a profesionales del centro / tutores y residentes en este campo

Máximo 150 palabras

- B. El Hospital dispone de documentos que protocolizan el Uso Seguro de Medicamentos de Alto riesgo.

En estos documentos se establecen el responsable y los sistemas y circuitos para su identificación (según listado del ISMP España) así como su manejo.

El centro debe disponer de estrategias para su implantación así como de indicadores y/o criterios para su evaluación.

Estos documentos se revisan, al menos, cada 5 años.

- Describir el protocolo: responsable, sistemas y circuitos para su identificación (según listado del ISMP España) y manejo. Procedimiento de utilización de los medicamentos de alto riesgo como fármacos más proclives a causar acontecimientos adversos. Estos procedimientos deben estar definidos. Podría formar parte del programa de Gestión de Riesgos relacionado con el medicamento y debe ser conocido por todos los profesionales sanitarios que participan en el uso del medicamento.

Debería existir un listado con los medicamentos de alto riesgo y sus prácticas / uso seguro.

² Valoración documental

Pueden tener establecidas dosis máximas en la prescripción. Indicar si disponen de alertas automatizadas.

- Describir indicadores y/o criterios para su evaluación.
- Describir el plan de mejora

Describir si se realizan actividades formativas en Uso Seguro de Medicamentos de Alto riesgo a profesionales del centro / tutores y residentes en este campo

Máximo 150 palabras

C. El Hospital dispone de documentos que protocolicen la Conciliación de la medicación al alta

En estos documentos se establece el responsable y la identificación de los casos susceptibles de conciliación, la sistemática para elaborar el listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta, el procedimiento de entrega del listado e información al paciente, así como la orientación para la gestión de esta información en el siguiente nivel asistencial.

Igualmente el centro debe disponer de estrategias para su implantación así como de indicadores y/o criterios para su evaluación.

Describir el protocolo, el proceso en el que se realiza (ingreso, alta...) población (poli medicados...). Indicar si se realiza evaluación (describir indicadores) y plan de mejora.

Describir si se realizan actividades formativas en Conciliación de la medicación a profesionales del centro / tutores y residentes en este campo

Máximo 150 palabras

D. El Hospital dispone de Documentos/Protocolos para el empleo de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica y en cirugía programada, basada en la de la OMS. Se divide en tres fases:

- 1. ANTES DE LA ENTRADA AL QUIRÓFANO
- 2. ANTES DEL COMIENZO DE LA INTERVENCIÓN:
 - Previo a la inducción de la anestesia
 - Pausa quirúrgica, el período previo a la incisión
- 3. ANTES DE LA SALIDA, período durante o inmediatamente después de cerrar la herida.

Describir: el año de elaboración del documento / protocolo; indicar si está implantado en la realización de todas las cirugías del hospital o en qué áreas

Describir si se ha realizado la evaluación y describir indicadores. Indicar si se ha realizado plan de mejora.

Indicar si se ha auditado una muestra representativa de historias clínicas de pacientes y el porcentaje en el cual se haya utilizado.

Incluir si se dispone de Checklist en quirófano y si se mide el Porcentaje (%) en pacientes sometidos a cirugía programada y urgente, con el Listado de Verificación correctamente cumplimentado.

Describir si se realizan actividades formativas en seguridad a profesionales del centro / tutores y residentes en este campo

Máximo 150 palabras

E. El hospital dispone de documentos/protocolos para la identificación inequívoca de pacientes durante el desarrollo de procedimientos específicos asociados al empleo de medicamentos de alto riesgo y aquellos utilizados en procedimientos invasivos, así como en pacientes con disminución del nivel de consciencia.

Protocolo, indicadores y plan de mejora

Describir si se realizan actividades formativas en seguridad a profesionales del centro / tutores y residentes en este campo

Máximo 150 palabras

F .El hospital dispone de un sistema de notificación de incidentes relacionados con seguridad del paciente.

Nombre del sistema o sistemas

Responsable

Gestión de datos (análisis y propuestas de mejora)

Feed back a los profesionales.

PROGRAMA DE DERECHOS Y GARANTÍAS DEL PACIENTE

- A. El Hospital dispone de protocolos que garantizan los derechos del paciente y el paciente los conoce.

Dispone de una guía de acogida y existe un registro específico para verificar la entrega. Indicar si incluye a los “niños” hospitalizados o existe un documento propio. Máximo 100 palabras

- B. El Hospital facilita información sobre la oferta de servicios del centro, las condiciones del paciente para acceder a los servicios, las características generales del centro y específicas de las unidades (especialmente las relativas a la unidad de hospitalización, UCI, urgencias y en unidades pediátricas), el proceso asistencial (especialmente en aquellos más frecuentes y en unidad de cuidados paliativos), coordinación con otras unidades asistenciales para garantizar la continuidad asistencial (por ejemplo, atención primaria) y participación del paciente en las decisiones clínicas que le afectan

Máximo 100 palabras

⇒ **4.3- PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA**

4.3.1.- PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

- A. Existe un Plan de gestión de la calidad docente documentado, que incluye, al menos:
- ⇒ Las políticas de calidad generales del centro hospitalario respecto a la docencia.
 - ⇒ Los procesos implicados en la actividad docente y sus interrelaciones (mapa de procesos).
 - ⇒ Los requisitos que deben cumplir estos procesos o referencia a donde se encuentran definidos.
 - ⇒ La necesidad de establecer documentos y registros específicos.

Máximo 100 palabras

- B. La Comisión de Docencia ha establecido métodos de medición y control de los procesos. (Indicadores empleados, proceso al que aplican, estándar, periodicidad de seguimiento y responsable, y si está prevista la toma de acciones en caso de incumplimiento,)

Máximo 100 palabras

- C. El Plan de gestión de la calidad docente ha sido aprobado por la Comisión de Docencia.

Máximo 100 palabras

4.3.2.-OBJETIVOS DE DOCENCIA

- A. La CD establece /propone los objetivos de docencia para la FSE, coherentes con el planteamiento estratégico del Centro.

(Incluya descripción de los objetivos planteados por el centro docente en relación con la docencia) Máximo 100 palabras

- B. Los objetivos de docencia para la FSE son revisados y aprobados por la CD con periodicidad anual.

Máximo 100 palabras

- C. Los objetivos de docencia para la FSE del centro docente incluyen:

- ⇒ Descripción.
- ⇒ Planificación de actividades, coherentes con los objetivos.
- ⇒ Método de seguimiento y medición.
- ⇒ Periodicidad de medición del objetivo.
- ⇒ Responsable del seguimiento y medición.

Máximo 100 palabras

- D. Los objetivos de docencia de la FSE se han difundido a los miembros de la CD, tutores y otras figuras implicadas en la FSE.

Máximo 100 palabras

4.3.3.-ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES

- A. Se ha establecido el Plan transversal común para especialistas en formación en ciencias de la salud.
Señalar el documento, fecha y contenido. Indicar si son de carácter obligatorio u optativo y si hay control de asistencia.
Máximo 100 palabras
- B. Se ha establecido el calendario o programa de sesiones clínicas generales, de carácter obligatorio u optativo, a las que pueden asistir los especialistas en formación.
Señalar el documento, fecha (periodicidad), y contenido. Indicar si son de carácter obligatorio u optativo y si hay control de asistencia.
Máximo 100 palabras
- C. Se ha establecido el calendario o programa de sesiones bibliográficas.
Indicar periodicidad y si son por unidad docente o conjuntas (multidisciplinares)
Máximo 100 palabras
- D. Se ha establecido el calendario de guardias.
Señalar el documento, fecha y contenido
Máximo 100 palabras
- E. Se han establecido otras actividades formativas previstas no especificadas en los apartados anteriores. Algunos ejemplos: cursos externos, congresos, jornadas, conferencias, simposium, etc.
Señalar el documento, fecha y contenido. Recoger las actividades realizadas de modo genérico
Indicar método de difusión para su conocimiento por los residentes en formación.
Máximo 100 palabras
- F. El centro dispone de una oferta en actividades de investigación para los especialistas en formación en ciencias de la salud.
Señalar el documento, fecha y contenido. Indicar las áreas o proyectos de investigación ofertados así como el número de residentes (o porcentaje) que están realizando actividades e investigación. Indicar si el centro dispone de un organismo dedicado a la investigación o si bien se ofertan las actividades desde las unidades docentes.
Indicar método de difusión para su conocimiento por los residentes en formación.
Máximo 100 palabras

4.3.4.-ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN PARA TUTORES Y OTRAS FIGURAS

- A. El centro dispone de mecanismos para detectar las necesidades formativas de los implicados en la actividad docente:

Señalar el mecanismo/documento, fecha, contenido y periodicidad para la detección (anual o bianual) Máximo 100 palabras

- B. Se han planificado actividades formativas para el personal implicado en la docencia (tutores, Jefe de Estudios y otras figuras), relacionadas con:

- ⇒ La adquisición y mejora de las competencias relacionadas con métodos educativos.
- ⇒ Las técnicas de comunicación.
- ⇒ La metodología de la investigación.
- ⇒ La gestión de la calidad.
- ⇒ La motivación.
- ⇒ Los aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los programas formativos.

Describir actividades/ documento, fecha y contenido

Máximo 100 palabras

- C. Se han realizado en el año anterior a la auditoria o en el mismo año actividades formativas destinadas a los tutores en relación con la mejora de esta actividad.

Indicar las actividades realizadas, número de tutores o porcentaje respecto al total que las hayan realizado; indicar el tema de la actividad y quién las ha programado (la Comunidad autónoma o bien el centro docente). Indicar si posteriormente se ha realizado algún tipo de evaluación de la satisfacción en las actividades realizadas y si ha influido en la mejora de su actividad tutorial de residentes.

Máximo 100 palabras

4.3.5.-GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO (GIF)

- A. La CD ha establecido directrices y modelos para la elaboración de la GIFT (Guía itinerario Formativo tipo) de las unidades docentes, especificando su periodicidad de revisión y actualización.

Máximo 100 palabras

- B. Se ha definido un GIF (Guía Itinerario Formativo) para cada una de las UD acreditadas.

(Indicar los itinerarios definidos)

- C. Todas las GIFT han sido aprobadas por la CD.

(Indicar los itinerarios aprobados)

- D. Las GIFT incluyen:

- ⇒ Los objetivos generales y específicos para la formación.
- ⇒ La duración de la formación.

- ⇒ Las competencias profesionales a adquirir por el profesional en formación, en cada año de residencia, detallando las actividades asistenciales y el calendario de rotaciones establecido.
- ⇒ Las actividades formativas del plan transversal común.
- ⇒ Las sesiones clínicas y bibliográficas específicas para la especialidad, así como las actividades científicas y de investigación (publicaciones, ponencias, etc.).
- ⇒ Las guardias de la especialidad.
- ⇒ Las actividades de investigación en las que pueden participar los residentes.

(Indicar si las GIFT son acordes con lo establecido por la CD y si se ajustan a lo establecido en el Programa Oficial de la especialidad.

Indicar si las GIF recogen los 7 ítems que deben contener.

Especificar si indican la formación en protección radiológica

Máximo 150 palabras

- E. La CD ha establecido mecanismos de difusión de las GIF de cada una de las UD acreditadas entre los tutores y residentes, así como a todas aquellas figuras en las cuales su conocimiento sea recomendable.

Indicar procedimiento de difusión de las guías a los tutores, jefes de servicio, adjuntos, residentes...

Máximo 100 palabras

- F. Evidenciar que la estructura docente aplica la programación recogida en las GIF.

Máximo 100 palabras

- G. La CD ha establecido mecanismos para su custodia.

Máximo 100 palabras

2.3.6.-PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN (PIF) DEL RESIDENTE

- A. La CD ha establecido las directrices / modelos del plan individual de formación, especificando la periodicidad para su revisión / actualización.

Máximo 100 palabras

- B. El PIF incluye la planificación temporal de actividades formativas teórico-prácticas, como son

- ⇒ Rotaciones (con objetivos, conocimientos, habilidades y actitudes).
- ⇒ Sesiones.
- ⇒ Guardias.
- ⇒ Actividades de investigación.
- ⇒ Otras actividades formativas genéricas para cada residente.

Indicar los PIF elaborados y señalar si se adaptan a la Guía Itinerario Formativo Tipo y a lo indicado por la CD. Especificar si incluyen algunos de los ítems; ejemplo: actividades de investigación.
Máximo 100 palabras

- C. La CD ha establecido el mecanismo para la entrega del PIF al especialista en formación.

Máximo 100 palabras

- D. El tutor ha facilitado a cada especialista en formación su PIF, que incluye todos los elementos, así como la periodicidad con la que se actualiza.

El PIF tiene en cuenta /considera los posibles cambios en las programaciones por motivos como pudieran ser una IT, baja maternal.....

Máximo 100 palabras

- E. La CD ha establecido mecanismos para la custodia del PIF.

Máximo 100 palabras

4.3.7.-PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA

- A. La CD ha establecido el procedimiento y criterios objetivos de evaluación formativa, acordes con la adquisición de competencias durante su proceso formativo.

Máximo 100 palabras

Indicar procedimiento, fecha de aprobación de la CD

- B. La CD ha establecido los criterios para la evaluación de la rotación por el responsable del servicio.

Indicar procedimiento, fecha de aprobación de la CD

Máximo 100 palabras

- C. La CD ha establecido el modelo normalizado del Informe de evaluación formativa y del Informe anual.

Máximo 100 palabras

- D. El Informe de evaluación formativa incluye información sobre la realización de las entrevistas periódicas tutor-residente (trimestrales) y la revisión del libro del residente. También indica si se emplean otras herramientas de seguimiento del desarrollo competencial

Máximo 100 palabras

- E. El informe anual incluye:

⇒ Los informes de evaluación formativa.

⇒ Los informes de evaluación de la rotación, de los jefes de las unidades asistenciales/tutores de rotación.

Máximo 100 palabras

4.3.8-PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN ANUAL

- A. La CD ha establecido los criterios para realizar la evaluación anual del residente.
Máximo 100 palabras
- B. La CD ha establecido las posibles medidas a adoptar en el caso de evaluación negativa.
Máximo 100 palabras
- C. La CD ha establecido los mecanismos para la difusión de los criterios de evaluación anual del residente³.
Describir el mecanismo de difusión de los criterios de evaluación anual del residente a los propios residentes y a todos los tutores. Máximo 100 palabras

2.3.9-PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FINAL

- A. La CD ha definido los criterios objetivos para realizar la evaluación final del residente.
Máximo 100 palabras
- D. La CD ha establecido las posibles medidas a adoptar en caso de evaluación negativa.
Máximo 100 palabras
- E. La CD ha establecido los mecanismos para la difusión de los criterios de evaluación final del residente.
Describir el /los mecanismos de difusión de los criterios de evaluación anual del residente a los propios residentes y a los tutores.
Máximo 100 palabras

⇒ 4.4- DESARROLLO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

4.4.1.- ACOGIDA E INFORMACIÓN FUNDAMENTAL AL RESIDENTE

- A. La CD ha establecido el procedimiento de acogida/despida de residentes en el centro docente y en la unidad.
Máximo 100 palabras
- B. La CD ha establecido la información (y su soporte) a entregar al residente en la acogida/despida.

³ Se comunicará por escrito a los residentes el lugar donde se ubicará el tablón oficial de anuncios de la comisión y de sus posibles cambios en el que se insertarán los avisos y resoluciones de la misma. Dicho tablón será el medio oficial de notificación de las resoluciones relativas a las evaluaciones, por lo que la fecha de inserción en el mencionado tablón implicará el inicio del cómputo de los plazos que en cada caso correspondan. Asimismo, se comunicará a través del mismo el lugar y plazo de consulta para la revisión de las calificaciones de la evaluación anual. La existencia de dichos tabloneros de anuncios se entiende sin perjuicio de la utilización de otros medios añadidos, incluidos los telemáticos, que faciliten la divulgación de los citados avisos y resoluciones.

C. La UD dispone de mecanismos para facilitar al residente información específica de la especialidad sobre:

- ⇒ La organización general de la unidad de destino.
- ⇒ La asignación de tutor.
- ⇒ Los procedimientos de funcionamiento del servicio.
- ⇒ Los protocolos de diagnóstico y tratamiento.
- ⇒ La oferta en líneas de investigación.
- ⇒ La cartera de servicios de las unidades asistenciales.
- ⇒ La información para accesos electrónicos a los sistemas de información del centro.

Indicar información. Contenido y forma de acceso.

Máximo 100 palabras

2.4.2.- SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

A. La CD ha establecido protocolos de supervisión que garantizan que la supervisión de residentes de primer año sea de presencia física y llevada a cabo por profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando. Estos especialistas claramente identificados por la Comisión de Docencia y por el residente afectado, visarán por escrito las altas, bajas y resto de documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año, de forma previa a la toma de la decisión ⁴

(Indicar si en los protocolos de supervisión se ha incluido este criterio, supervisión del residente de primer año).

Indicar en si existe protocolo de supervisión en el área de urgencias.

Indicar si existen protocolos de supervisión en las distintas unidades docentes, o protocolos de supervisión por áreas: hospitalización, consultas...)

Máximo 100 palabras

B. La CD ha establecido protocolos de supervisión que garantizan 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, aclarándose perfectamente su nivel de responsabilidad en la toma de decisiones en las urgencias y el resto de las zonas señaladas (Bloque quirúrgico y gabinetes con técnicas invasivas...).

(Indicar si los protocolos de supervisión han incluido este criterio, supervisión decreciente a partir del segundo año de residencia...)

Indicar en qué áreas se han establecido estos protocolos, especificando claramente si existen en el área de urgencias. Indicar si existen protocolos de supervisión de las distintas unidades docentes, o protocolos de supervisión por áreas: hospitalización, consultas...)

Máximo 100 palabras

C. Los protocolos de supervisión están actualizados.

⁴ Extraído del informe del estudio conjunto de los defensores del pueblo, “las urgencias hospitalarias en el SNS, derechos y garantías de pacientes”.

Máximo 100 palabras

- D. Los protocolos de supervisión están consensuados con la dirección del centro y el o los responsable/s de la/s unidad/es asistencial/es.

Máximo 100 palabras

E. Los
prot
ocol
os

supervisión se han difundido y son conocidos por los profesionales del centro.

Máximo 100 palabras

- F. Los protocolos de supervisión se han difundido y son conocidos por los residentes.

Máximo 100 palabras

2.4.3.- ROTACIONES INTERNAS

- A. En el centro se realizan las rotaciones internas necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos docentes establecidos en el Plan individual.

(En función de lo indicado por el residente, o de si existen mecanismos de seguimiento por la CD)

Máximo 100 palabras

- B. Las actividades asistenciales, docentes e investigadoras realizadas durante la rotación interna se registran en el Libro del residente.

Máximo 100 palabras

4.4.4.- ROTACIONES EXTERNAS

- A. En el centro se programan y realizan las rotaciones necesarias para asegurar el cumplimiento del programa formativo oficial de la especialidad

(Debe incorporar tabla con las rotaciones realizadas por el centro en dispositivos distintos del auditado)

Máximo 100 palabras

- B. Las rotaciones externas son propuestas por el tutor a la CD, justificando su necesidad (ampliación de conocimientos o por el aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad).

Máximo 100 palabras

- C. Las rotaciones externas han sido autorizadas por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma.

Máximo 100 palabras

- D. Las rotaciones externas cumplen los criterios establecidos en cuanto al tiempo máximo de duración:

⇒ En el caso de especialidades de 4 ó más años formativos, el periodo de rotación externa no puede tener una duración superior a 4 meses continuados, en un año, ni 12 meses totales en el conjunto del periodo formativo.

⇒ En el caso de especialidades de 1, 2 ó 3 años formativos, el periodo de rotación externa no puede tener una duración superior a 2, 4 ó 7 meses respectivamente, en el conjunto del periodo formativo.

Máximo 100 palabras

- E. Las actividades asistenciales, docentes e investigadoras realizadas durante las rotaciones externas de los especialistas en formación se registran en el Libro del residente.

Máximo 100 palabras

4.4.5.- PARTICIPACIÓN DEL RESIDENTE EN ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN.

- A. El residente participa en las actividades formativas previstas en su plan individual, y estas se registran en el libro del residente.

(Indicar muestralmente el registro en el libro del residente del plan transversal común, sesiones generales y bibliográficas, guardias y cursos externos)

Máximo 100 palabras

B. El centro docente

e potencia la participación del residente en actividades de investigación (publicaciones y ponencias).

Máximo 100 palabras

- C. Las actividades de investigación quedan registradas en el Libro del residente.

Máximo 100 palabras

2.4.6.- PARTICIPACIÓN DEL TUTOR EN ACTIVIDADES GENÉRICAS DE FORMACIÓN.

- A. Se realiza la detección anual de las necesidades formativas en los tutores a petición de la Comisión de Docencia o el Jefe de estudios, sobre métodos educativos, con otros aspectos relacionados con los programas formativos o con el proceso de evaluación.

(Indicar a través de qué procedimiento se ha hecho la consulta. Ejemplo; mail, al finalizar algún curso y si lo tienen registrado.

Indicar con qué regularidad se realiza la detección de necesidades formativas y cómo se hace, así como con qué criterios se hace la selección de tutores (si no son todos), para que realizaran la formación

Máximo 100 palabras

- B. Los tutores participan en las actividades de formación para la adquisición y mantenimiento de competencias relacionadas con metodología educativa (formación en metodología didáctica y técnicas de comunicación, formación en metodología de investigación en Ciencias de la Salud, formación en metodología de gestión de la calidad y mejora y formación sobre bioética y técnicas de motivación) o al programa formativo de su especialidad o evaluación de residentes.

(Indicar si existe normativa en la comunidad autónoma al respecto. Indicar si se ha realizado formación específica para tutores en los dos años anteriores. Especificar si la formación se ha realizado desde la Comunidad autónoma o desde el centro docente. Indicar la formación realizada, duración y asistencia así como el número de tutores del total del centro que hayan participado en la misma.

Máximo 100 palabras

- D. Existe un expediente del tutor

(Indicar si hay normativa en la comunidad autónoma. Documentos sobre el cumplimiento de los criterios de acreditación/reactificación y de la formación realizada. Indicar contenido)

Máximo 100 palabras

4.4.7.- EVALUACIÓN FORMATIVA

- A. Se realizan entrevistas estructuradas tutor-residente de carácter trimestral. El tutor durante la realización de las entrevistas estructuradas revisará la actividad del residente en las guardias realizadas y específicamente el nivel de supervisión del mismo los fines de semana⁵.

Indique el contenido y grado de implantación

Máximo 100 palabras

- B. El tutor comprueba que el Libro del residente se encuentra actualizado y contiene.

- ⇒ Rotaciones internas realizadas.
- ⇒ Rotaciones externas realizadas.
- ⇒ Actividades de formación realizadas correspondientes al Plan transversal común.
- ⇒ Sesiones clínicas y bibliográficas en las que se ha participado.
- ⇒ Guardias realizadas.
- ⇒ Actividades de investigación en las que se ha participado.
- ⇒ Otras actividades formativas en las que haya participado.

(Revisar si incluye las reuniones trimestrales tutor-residente).

Máximo 100 palabras

- C. El tutor elabora el Informe anual, que recoge las actividades asistenciales, docentes y de investigación realizadas por el residente, así como su seguimiento/valoración:

- ⇒ Información correspondiente a la realización de entrevistas estructuradas incluyendo la revisión de la actividad del residente en las guardias realizadas y específicamente el nivel de supervisión del mismo los fines de semana⁶.
- ⇒ Los informes de rotación interna, del jefe de la unidad asistencial/tutor de rotación.
- ⇒ Los informes de evaluación de la rotación externa.

Máximo 100 palabras

- D. El Informe anual se utiliza para reorientar, en caso necesario, el plan individual de formación del residente.

Máximo 100 palabras

⁵ Extraído del informe del estudio conjunto de los defensores del pueblo, “las urgencias hospitalarias en el SNS, derechos y garantías de pacientes”.

⁶ Extraído del informe del estudio conjunto de los defensores del pueblo, “las urgencias hospitalarias en el SNS, derechos y garantías de pacientes”.

4.4.8.- EVALUACIÓN ANUAL

- A. La evaluación anual utiliza como base el Informe anual elaborado por el tutor. Tiene en cuenta las actividades asistenciales, de docencia e investigación realizadas por el residente.

Máximo 100 palabras

- B. El Comité de Evaluación de cada especialidad realiza la evaluación anual del residente, en los 15 días anteriores a la finalización del año formativo, siguiendo las normas objetivas de valoración establecidas por la CD.

Máximo 100 palabras

- C. Los resultados de la evaluación anual se recogen en el acta del Comité de Evaluación y son trasladados a la CD.

Máximo 100 palabras

- D. La CD difunde una reseña, firmada por el presidente, de que ya están disponibles los resultados de la evaluación anual (tablón de anuncios).

Máximo 100 palabras

4.4.9.- EVALUACIÓN FINAL

- A. El Comité de Evaluación de cada especialidad realiza la evaluación final del residente aplicando las normas objetivas de valoración establecidas por la CD.

Máximo 100 palabras

- B. El Comité de Evaluación de cada especialidad realiza la evaluación final del residente, tras la evaluación del último año de residencia, en el plazo de 10 días desde la fecha en que la CD realiza la convocatoria al comité, trasladando la evaluación de último año.

Máximo 100 palabras

- C. Los resultados de la evaluación final quedan reflejados en el acta del Comité de Evaluación y son trasladados a la CD.

Máximo 100 palabras

- D. La CD difunde una reseña, firmada por el presidente, en el tablón de anuncios u otros medios establecidos para su comunicación, iniciando el plazo de consulta y, en su caso, revisión en la secretaría de la CD, previa a su traslado al Registro Nacional de Especialistas en Formación.

Máximo 100 palabras

4.4.10.- CUSTODIA DE LOS EXPEDIENTES DE LOS RESIDENTES

A. La Comisión de Docencia custodia:

- ⇒ Durante el año lectivo en curso, el plan de formación individual de cada residente.
- ⇒ El itinerario formativo tipo y los registros asociados al seguimiento y evaluación del residente (informe anual, evaluación anual y evaluación final, al menos).

Máximo 100 palabras

B. La CD custodia el pasivo durante 5 años, al menos, tras la finalización de la especialidad (excepto si se produce una solicitud de revisión de la evaluación, en cuyo caso se debe conservar todo el expediente hasta resolución en firme de la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente).

Máximo 100 palabras

⇒ 4
.5-
MEJO

RA DEL PROCESO DOCENTE

4.5.1.- SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS

A. El Jefe de Estudios realiza el seguimiento y medición periódicos de los objetivos alcanzados frente a los establecidos, en relación con la docencia en el centro docente hospitalario, trasladando los resultados a la CD.

Máximo 100 palabras

B. La CD revisa el seguimiento y los resultados de la medición periódica y establece las acciones oportunas para asegurar la consecución de los objetivos anuales.

Máximo 100 palabras

C. Los resultados del seguimiento de objetivos se comunican a la dirección/gerencia del centro docente y se tienen en cuenta para establecer los objetivos del siguiente periodo.

Máximo 100 palabras

4.5.2.- EVALUACIÓN DE LA DOCENCIA POR LOS RESIDENTES, DESDE EL CENTRO O COMUNIDAD AUTÓNOMA

A. Los especialistas en formación evalúan anualmente el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad, incluyendo el funcionamiento y métodos de evaluación empleados.

(Estas evaluaciones las realiza habitualmente la CA correspondiente)

Máximo 100 palabras

B. Los resultados de la encuesta de satisfacción de residentes realizada por el centro docente/comunidad autónoma son difundidos a las unidades docentes.

Máximo 100 palabras

- C. La CD analiza los resultados de la encuesta de satisfacción de los residentes y establece acciones de mejora de la docencia.

Máximo 100 palabras

- D. La información de la encuesta de satisfacción de los residentes se tiene en cuenta para el establecimiento de nuevos objetivos docentes y, en su caso, en la modificación de los procesos relacionados con la docencia.

Máximo 100 palabras

- E. Los resultados obtenidos y las acciones tomadas son difundidos a los residentes para su conocimiento.

Máximo 100 palabras

4.5.3.- INCIDENCIAS Y RECLAMACIONES

- A. El centro docente dispone de un procedimiento para el tratamiento de las incidencias que se produzcan en el proceso docente.

(Detección, registro, análisis, adopción de acciones, implantación de las mismas y cierre)

Máximo 100 palabras

- B. El centro docente dispone de un procedimiento para el tratamiento de las reclamaciones de un paciente hacia un residente. Esta metodología incluye la recepción de las reclamaciones, análisis, adopción de acciones, implantación y cierre.

Recepción de las reclamaciones, análisis, adopción de acciones, implantación y cierre

Máximo 100 palabras

- C. El centro docente dispone de un procedimiento para el tratamiento de las reclamaciones de los residentes respecto a la docencia del centro y de las calificaciones recibidas.

Recepción de las reclamaciones, análisis, adopción de acciones, implantación y cierre

Máximo 100 palabras

- D. El centro docente dispone de un procedimiento para el tratamiento de las reclamaciones y quejas realizadas por el residente /adjuntos / otros profesionales realizadas en el área de urgencias en relación con problemas o deficiencias encontradas, elevada carga asistencial...⁷

Recepción de las reclamaciones, análisis, adopción de acciones, implantación y cierre

Máximo 100 palabras

- E. El centro docente dispone de un procedimiento para el tratamiento de las reclamaciones de un paciente hacia las actividades asistenciales de los residentes en el área de urgencias⁸.

Recepción de las reclamaciones, análisis, adopción de acciones, implantación y cierre

⁷ Del informe del estudio conjunto de los defensores del pueblo, “ las urgencias hospitalarias en el SNS, derechos y garantías de pacientes

⁸ Del informe del estudio conjunto de los defensores del pueblo, “ las urgencias hospitalarias en el SNS, derechos y garantías de pacientes

Máximo 100 palabras

4.5.4.- AUDITORÍA

- A. Los resultados de los Informes de Auditoría docente del MSSSI y el plan de mejora establecido se archivan y son accesibles para cualquier persona autorizada.

Máximo 100 palabras

- B. Los resultados de la evaluación/auditoría externa y de la evaluación de los planes de mejora correspondientes, en el marco del programa del MSSSI, son conocidos por la dirección del centro, el jefe de estudios, los miembros de la CD y los tutores.

(Incluir relación de personas autorizadas y con acceso a la información de la auditoría y planes de mejora.

Descripción de plan de mejora/acciones correctivas para solucionar los problemas detectados en anteriores auditorías, si éstos se han implantado y si realmente se han solucionado).

Máximo 100 palabras

4.5.5.- ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA

- A. La CD recoge y analiza la actividad docente del centro, como son:

- ⇒ Datos finales o anuales del cumplimiento de los objetivos para la docencia establecidos por el centro.
- ⇒ Resultados de la medición y seguimiento de los procesos a través de indicadores u otras metodologías:
- ⇒ Información de la actividad docente de las unidades (planificación, desarrollo y evaluación de la docencia).
- ⇒ Análisis de la capacidad docente (plazas acreditadas, número de residentes, por año y especialidad, actividad asistencial, número de residentes rotantes de otros hospitales, otras limitaciones docentes).
- ⇒ Información de las incidencias/incumplimientos de los requisitos establecidos para procesos docentes (falta de aplicación de las directrices sobre supervisiones en guardias, cumplimentación inadecuada de los libros de los residentes, tutorización y evaluaciones formativas incompletas, etc.).

Máximo 100 palabras

- B. Toda la información recopilada queda recogida documentalmente, en una Memoria del centro docente o similar.

Máximo 100 palabras

- C. Como consecuencia del análisis de esta información, se establecen y ajustan nuevos objetivos anuales de docencia, y se revisan y modifican, en su caso, los procesos relacionados con la docencia del centro, sus requisitos e indicadores de medición asociados.

Máximo 100 palabras

- D. Las unidades docentes llevan a cabo un análisis anual de la actividad docente desarrollada (ejemplo: memoria anual de la UD) y la remiten a la CD.

Máximo 100 palabras

ⁱ WHO Collaborating Centre for Patient Safety Nini Patient Safety Solutions.
Disponible en: <http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>

ⁱⁱ ISMP España: Lista de medicamentos de alto riesgo.

Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/medicamentos%20alto%20riesgo.pdf>

Prácticas para mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo.

Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/plandecalidadSNS/docs/practicas_seguras_medicamentos_alto_riesgo.pdf