Govern
de les Illes Balears

Servei de Salut

Plan de Gestión de la Calidad:

Unidad Docente ……..

Modificaciones		
Revisión	Fecha	Descripción

Elaborado: Unidad Docente y D.G. Evaluación y Acreditación	Aprobado: Director ……
Sr. Jefes de Estudios U.D. …….. Bartomeu Puig Valls Jefe Formación D. General Evaluación y Acreditación	

1. Gestión del Plan de Gestión de la Calidad

El presente Plan de Gestión de la Calidad es el documentos que describe la Gestión de la Calidad de la Unidad Docente ……., siguiendo las directrices del artículo 29 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, en materia de calidad de la estructura docente y de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La elaboración ha corrido a cargo de la UD y la Dirección General de Evaluación y Acreditación, de la Consejería de Salud y Consumo, órgano competente en materia de formación sanitaria especializada de la comunidad autónoma de les Illes Balears.

Su aprobación ha sido realizada por el Director de la UD, quedando la evidencia de su aprobación reflejada en la portada del propio documento, así como su edición.

El Plan de Gestión de la Calidad se encuentra disponible en la página web de la Direcció General d'Avaluació i Acreditació de la Conselleria de Salut i Consum

2. Introducción

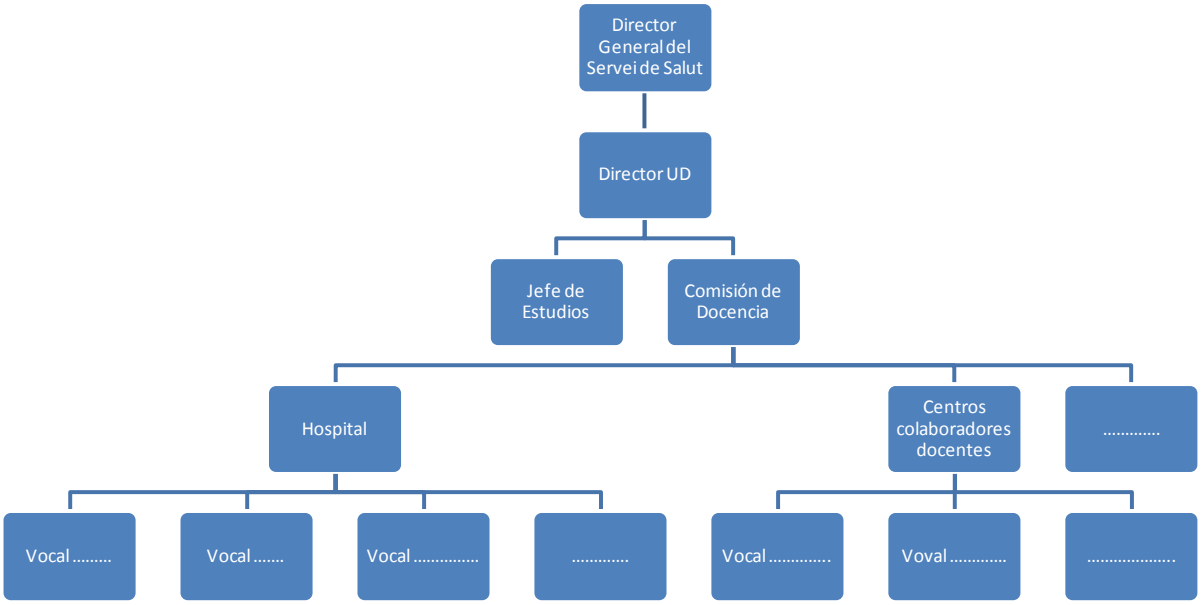
Antecedentes

Unidad Docente

3. Organización de la Unidad Docente ……

La organización de la Unidad Docente es la reflejada en el organigrama siguiente:

Ejemplo



La **Dirección de la Unidad Docente** corresponde al …….. del Servei de Salut de les Illes Balears.

El **Jefe de estudios** será un tutor de la especialidad de uno de los Centros Hospitalarios Docentes que forman la UD nombrado por el Ib-salut. La comisión de docencia de la UD, presentará una propuesta para el cargo de Jefe de Estudios.

El candidato presentará currículum personal a la Comisión de Docencia. El nombramiento del jefe de estudios tendrá una duración de cuatro años, renovable por una sola vez siendo ratificado su cargo por la comisión de docencia; en este caso, transcurridos ocho años en el cargo, cesará automáticamente, no pudiendo ser nombrado, de nuevo, hasta pasados cuatro años.

Tendrá una dedicación parcial a la UD, que inicialmente será del 25-30% de su jornada laboral, que podrá variar en función del número de residentes en formación y sus funciones serán las dictadas en el Real Decreto 183/2008 y en la Orden SCO/581/2008

Comisión de Docencia

Estará constituida por:

- **Presidente**: Jefe Estudios UD (dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en las votaciones de la comisión para la adopción de acuerdos).
- Un vocal representante **Comunidad Autónoma** (nombrado por la Dirección General de Evaluación y Acreditación de la Consejería Salud y Consumo,).
- Un vocal representante del **Servicio de Salud**, que será el …… del Ib-salut o en quien delegue.
- Vocales de tutores:
  - Un vocal **tutores de……..**
  - Un vocal **tutores de……..**
  - Un vocal **tutores de……..**
  - Un vocal **tutores de……..**
  - Un vocal **tutores de……..**

  La elección de los vocales de los tutores de los hospitales docentes en la Comisión de Docencia se realizará por votación entre los tutores de los centros.
- Vocales residentes
  - …….. vocales (**MIR, EIR, FIR, QIR)**

  Los vocales en la Comisión de Docencia de los residentes serán elegidos mediante votación por los propios residentes
- Un/a **secretaria** con voz y sin voto.

La Comisión de Docencia podrá aumentar o disminuir el número de vocales, según se aumenten los dispositivos docentes y/o el número de residentes de cada centro o especialidad

El nombramiento de los vocales de los tutores tendrá una duración de 4 años y el de los vocales de los residentes de 2 años, transcurrido ese tiempo tendrán que elegirse nuevos vocales en cada dispositivo docente, pudiéndose presentar de nuevo los vocales salientes. Los nombramientos deben ser ratificados por la comisión de docencia.

La periodicidad de reunión de la Comisión de Docencia será como mínimo cada **3 meses** y sus funciones serán las dictadas en el Real Decreto 183/2008 y en la Orden SCO/581/2008

El Presidente de la Comisión de Docencia de la UDM-SM, o por delegación de este en los tutores de los hospitales, se incorporará como vocal a las comisiones de docencia de los hospitales docentes que formen parte de los dispositivos de la UDM-SM.

Subcomisiones de Docencia

Se creará una **subcomisión de docencia ……** con la misión de coordinar la formación de dichos especialistas. El presidente de esta subcomisión, que agrupará a los tutores la especialidad, será vocal nato de la comisión de docencia de la …….
Estará formada por:

- Presidente
- Vocales tutores
  - Un vocal enfermería de …….
  - Un vocal enfermería de …….
  - Un vocal enfermería de ……
- Vocales residentes
  - ….. vocal …..
- Una secretaria con voz y sin voto

Dispositivos docentes asociados a la UD.

Otros dispositivos docentes asociados a la UDM-SM.
La UD contará con la colaboración docente de otros centros o unidades para la formación de los residentes, mediante la firma de convenios o acuerdos de colaboración docente entre distintas entidades públicas.

- ….
- ….
- …..

Tutores de la UDM-SM

El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimento del programa formativo de la especialidad de que se trate. El perfil profesional del tutor se adecuará al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad.

Los candidatos para ser tutores deberán: ser especialista …….., presentar un mínimo de 2 años de experiencia laboral en su especialidad y un mínimo de un año ocupando plaza actualmente en alguno de los dispositivos docentes de la UD, acreditar formación continuada en su especialidad, experiencia investigadora (publicaciones, comunicaciones o proyectos de investigación de evaluación competitiva) y estar interesado por la formación y docencia.

El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo.

El tutor será el mismo durante todo el período formativo, y tendrá asignados hasta un máximo de 5 residentes. El objetivo inicial de la UD es alcanzar una relación de 1 tutor por cada 3-4 residentes.

Los tutores deberán presentar un currículum personal a la Comisión de Docencia para su nombramiento. Los tutores dispondrán de un tiempo de dedicación completa a la UD de 1 día a la semana, este tiempo podrá ser revisable según las necesidades y número de residentes en cada especialidad. En el caso de los tutores-coordinadores, ese día coincidirá con las comisiones de docencia de la UDM-SM.

Cada dispositivo docente o centro tendrá un **tutor-coordinador docente** de cada especialidad, que será el responsable de la formación de los residentes en su centro, este será el vocal de la comisión de docencia o de las subcomisiones de docencia de la UDM-SM.

4. Política de Calidad de la Unidad Docente ……

El Plan de Gestión de la Calidad de la **UD** tiene como **finalidad principal la formación de calidad a los alumnos residentes**. Para ello la Unidad Docente se compromete a:

- **Formar en informar de manera teórica y práctica** adecuada a todos los residentes a fin de que adquieran aquellos conocimientos que les permita desarrollar sus responsabilidades futuras.
- **Poner al alcance de los residentes los recursos humanos y tecnológicos disponibles** para una formación de calidad.
- **Cumplir aquellos requisitos legales** que le sean aplicables para el desarrollo de la actividad docente
- Buscar y **alcanzar niveles elevados de satisfacción** de sus residentes y de la Administración.
- **Prevenir y reducir los riesgos existentes** para los trabajadores que aseguren un nivel excelente en términos de seguridad y salud.
- **Formar y hacer partícipes** a los residentes en las **iniciativas encaminadas a la seguridad del paciente**.

Todas estas líneas de actuación están enmarcadas dentro de un marco de mejora continua enfocada a la mejora de las actividades docentes de la Unidad Docente.

Dr. …….
Director Unidad Docente ……..……..l

5. Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente

5.1 Compromiso de la Dirección

La Dirección de la Unidad Docente se compromete y está implicada en la acreditación de la misma, recogiendo dicho compromiso mediante la aprobación y difusión de la Política de Calidad.

Mediante la misma la Dirección muestra su apoyo en los órganos docentes y se compromete al cumplimiento estricto de la normativa aplicable.

Como parte de su compromiso en la mejora, la Dirección de la Unidad Docente define anualmente objetivos de calidad. Para la definición de los objetivos de calidad se tienen en cuenta aquellas directrices establecidas por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social, el Servicio de Salud de las Illes Baleares y la Consejeria de Salud y Consumo del Govern de les Illes Balears. Los Objetivos de calidad se encuentran recogidos en el **Anexo I del Plan de Gestión de la Calidad**.

La asignación de recursos humanos y económicos para el correcto funcionamiento, queda recogido tanto en los objetivos establecidos por la Dirección, como en los presupuesto de la Unidad Docente. En la Revisión del Sistema se realiza una evaluación de la suficiencia de los recursos asignados.

Para asegurar el correcto funcionamiento de la Unidad Docente, la Dirección/Gerencia se compromete a aportar los recursos necesarios. La dotación de personal de la Unidad Docente es la descrita en el capítulo 3.:

La aprobación del Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente por parte de la Dirección/Gerencia queda recogida mediante la firma del presente documento.

El funcionamiento de la Unidad Docente es revisada anualmente según lo indicado en el procedimiento **PG-08 Revisión del Plan de Gestión de la Calidad por la Dirección** recogido en el anexo II.

La aprobación recogida en la portada del presente documento, deja evidencia de la aprobación formal por parte de la Dirección de la Unidad Docente del Plan de Gestión de la Calidad.

5.2 Documentación del Plan de Gestión de la Calidad

El Sistema Documental del Plan de Gestión de la Calidad consta de los siguientes documentos.

De manera global se dispone del propio documento del Plan de Gestión de la Calidad el cual dispone en sus distintos apartados:

La **definición documentada de la organización y aspectos generales** sobre su funcionamiento como:

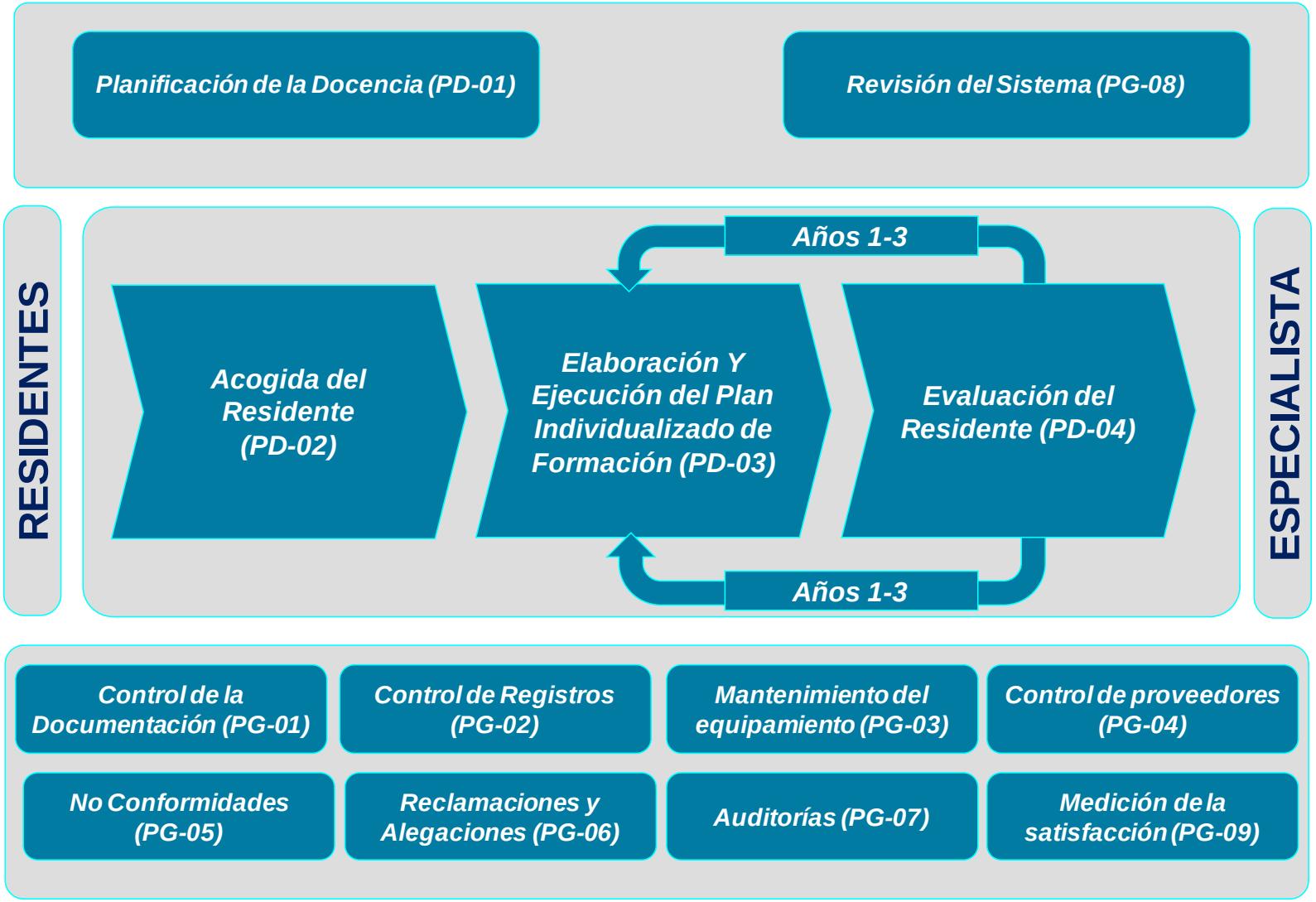
- Descripción de la organización
- Sistemática de elección de representantes de los residentes de la comisión de docencia
- Organización y funcionamiento de la Comisión de Docencia
- Sistema de elección de los representantes de los tutores en la Comisión de Docencia
- Mecanismos de coordinación de los centros con las unidades docentes
- Composición de los Comités de Evaluación y criterios de nombramiento
- Acreditación y nombramiento de tutores
- Método de selección del residente para las distintas comisiones del Hospital-Centro Docente

se encuentran recogidas en el **apartado 3** del presente documento-

Política de Calidad de la Unidad Docente –recogida en el **apartado 4** del presente documento-

Objetivos de Calidad –recogidos en el anexo I del presente documento-

La **identificación de los procesos y los procedimientos** en donde se describen las actividades necesarias para la formación postgrado de especialistas en …….se encuentran recogidas en el Mapa de Procesos siguiente:


Planificación de la Docencia (PD-01)
Revisión del Sistema (PG-08)
RESIDENTES
Años 1-3
Acogida del Residente (PD-02)
Elaboración Y Ejecución del Plan Individualizado de Formación (PD-03)
Evaluación del Residente (PD-04)
Años 1-3
ESPECIALISTA
Control de la Documentación (PG-01)
Control de Registros (PG-02)
Mantenimiento del equipamiento (PG-03)
Control de proveedores (PG-04)
No Conformidades (PG-05)
Reclamaciones y Alegaciones (PG-06)
Auditorías (PG-07)
Medición de la satisfacción (PG-09)

La descripción, mediante procedimiento- de cada uno de los procesos se encuentran recogidos anexo II del presente documento:

- Procedimientos Docentes
  - Planificación de la Docencia (PD-01)
  - Acogida del Residente (PD-02)
  - Elaboración y Ejecución del Plan Individualizado de Formación (PD-03)
  - Evaluación del Residente (PD-04)
- Procedimientos Generales
  - Control de la documentación (PG-01)
  - Control de los Registros (PG-02)
  - Control de los Proveedores (PG-03)
  - Mantenimiento del equipamiento (PG-04)
  - No Conformidades (PG-05)
  - Reclamaciones y Alegaciones (PG-06)
  - Auditorías Internas (PG-07)
  - Revisión del Plan de Gestión de la Calidad por la Dirección (PG-08)
  - Medición de la satisfacción (PG-09)

Los registros generados como consecuencia de la implantación del Plan de Gestión de la de la Calidad de la Unidad Docente y de sus anexos se encuentran identificados en el Anexo III. De cada uno de los registros identificados en el presente Plan de Gestión de la Calidad se ha definido:

- Responsable de archivo
- Lugar de archivo
- Periodo de conservación

5.3 Recursos

5.3.1 Recursos humanos

Para la gestión de los recursos humano en el capítulo 3 se han definido los perfiles de el Jefe de Estudios y de los tutores en donde se define el perfil requerido, las habilidades exigidas y las funciones y responsabilidades de los mismo.

5.3.2 Equipamiento

El equipamiento empleado por el residente se encuentra dentro del conjunto del equipamiento del centro. Las actividades para el correcto funcionamiento de los equipos –calibración, ajuste, mantenimiento preventivo, etc- se encuentran controlados según las indicaciones del Marco de Calidad de la Conselleria de Salut i Consum.

5.3.3Autorizaciones

Los centros sanitarios en donde se ubican los centros docentes ……. se encuentran inscritos en el Registro de Centros Servicios y Establecimiento Sanitarios de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears

5.4 Medición análisis y mejora

El centro docente dispone de diversos métodos para la medición, análisis y mejora del Plan de Gestión de la Calidad.

Con una periodicidad anual, la Unidad Docente de realizará una encuesta de satisfacción a sus residentes. La encuesta empleada para la medición de la satisfacción del cliente se encuentra recogida en el Anexo V. La sistemática para la realización de las encuestas de satisfacción se encuentran recogidas en el procedimiento PG-09 Medición de la Satisfacción de Residentes.

Las Auditorías Internas se realizan conforme a lo descrito en el Procedimiento de Auditoría Interno. Los auditores empleados para la realización de las auditorías son independientes de la unidad auditada

La Unidad Docente, ha definido los indicadores recogidos en el Anexo IV en donde se recogen los indicadores de los procesos docentes. En el caso de no cumplirse los resultados previamente establecidos se iniciará el proceso de no conformidades.

Cualquier incumplimiento de los establecidos en el Plan de Gestión de la Unidad Docente supondrá el inicio de las actividades descritas en el procedimiento de Control de No Conformidades

	Anexo I: Objetivos de Calidad de la Unidad Docente	**Rev.:** 00
		Data: 31/05/10

Objetivos	Actividades	Recursos	Responsable	Plazo de Ejecución
Implantar Plan de Gestión de la Calidad	Jornadas formativas sobre el Plan de Gestión de la Calidad		Comisión de Docencia	Sep 2010
	Difundir mediante intranet el Plan de Gestión de la Calidad		Comisión de Docencia	Sep 2010
Aumentar la proporción de residente tutor pasando de 1 tutor por 5 residentes a 1 tutor por 3 residentes	Consultar a los adjuntos de la Unidad Docente sobre disponibilidad	-	Comisión de Docencia	Jun 2011
Aumentar la satisfacción de los residentes	Modificar el Manual de Bienvenida		Comisión de Docencia	Jun 2010
	Mejorar el curso de incorporación de la UDM-SM		Comisión de Docencia	Jun 2010
	Crear el curso de los EIR		Subcomisión de Enfermería	Jun 2010

	Anexo I: Objetivos de Calidad de la Unidad Docente	**Rev.:** 00
		Data: 31/05/10

Elaborado: Unidad Docente de ……. y D.G. Evaluación y Acreditación	Aprobado: Director …….

Procedimiento: Planificación de la Docencia (PD-01)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Planificación de la Docencia (PD-01)

1.- Objeto

Planificar la docencia de la UD mediante la elaboración del Plan de Formación.

2.- Alcance

Residentes de todos los dispositivos docentes

3.- Descripción

Por parte de la Comisión de Docencia se elabora el Programa Teórico de las especialidades. El Programa Teórico tiene una parte con competencia común con las tres especialidades y un Programa específico para cada especialidad. El Programa constará de cursos, talleres, seminarios y sesiones clínicas y bibliográficas.

- Programa Teórico Común:
- Entrevista clínica
- Entrevista motivacional
- Bioética
- Sistemas de información-Historia Clínica Electrónica
- Soporte Vital Básico
- Soporte Vital Avanzado
- Sesiones Clínicas Generales un día por semana.
- …
- …
- …

……: Se seguirán las directrices según consta en el Programa definido en la ORDEN …….. .

- Un primer nivel que debería ser puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica –biopsicosocial-
- Un segundo nivel para el desarrollo de destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar problemas psicológicos generales
- Un tercer nivel para alcanzar la adquisición de competencias con la finalidad de aplicar técnicas psicoterapéuticas específicas y estructuradas

- Un cuarto nivel referido a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal y ajustada estrictamente a modelos

El Programa tendrá una duración de 380 horas teóricas, 120 horas de ejercicios teórico-prácticos y un mínimo de 16 casos supervisados.

La planificación del Programa Práctico constará de las diferentes estancias formativas en Servicios y Secciones de la propia especialidad.

ITERINARIO FORMATIVO DE LOS MIR		
		Meses
FORMACIÓN NUCLEAR		**… meses**
R1 – R3		
FORMACIÓN ESPECÍFICA (Posibilidad de elegir entre dos trayectos)		**… meses**
R4	Trayecto A	• … • …. • … • ….	… meses
	Trayecto B	• … • … • … • .. • … • … • … • …	… meses

Guardias: Se realizaran de 4 a 5 guardias mensuales durante el primer año en Urgencias Generales y durante los tres años siguientes en …….

Una vez definido el Programa Teórico es la propia Comisión de Docencia quien lo aprueba.

4.- Registros

Programa Teórico

Programa Práctico

Los indicados en el ANEXO III como consecuencia del proceso de Planificación de Docencia

5.- Documentación

ORDEN ……

Procedimiento: Acogida del Residente (PD-02)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Acogida del Residente (PD-02)

1.- Objeto

Realizar la incorporación de los residentes a fin de que esta sea los más efectiva posible informando sobre los elementos de funcionamiento de la UD

2.- Alcance

Todos los residentes de la UD

3.- Descripción

La incorporación del residente consiste en:

Bienvenida del residente y presentación del Jefe de Estudios y de los Tutores Coordinadores de los dispositivos docentes.

Se realiza una entrega de documentación a cumplimentar por el residente

- Documentación para el Registro Nacional Especialistas en Formación –MSPS-
- Documentación para la CCAA
- Entrega de la encuestas de incorporación para el residente que deberá cumplimentar y entregar el mismo día
- Contrato laboral

Presentación e información sobre:

- Estructura docente de la UD
- Dispositivos docentes y sus coordinadores
- Comisión de Docencia: Composición y funciones
- Comité de Evaluación: Composición y funciones
- Tutores: Asignación del tutor al residente
- Programa Formativo: Teórico y práctico
- Presentación de la Unidad de Investigación y de Formación Continuada
- Cronograma formativo: Estancias y rotaciones
- Plan individualizado del residente
- Organización e información de las guardias
- Manutención: Vales de comida, cena, desayuno, etc

- Dormitorios
- Sala de residentes y armarios personales
- Material y suministros: batas, zuecos, fonendoscopios, lavandería, etc.
- Revisión salud laboral: Analítica y revisión médica

Presentación equipo RRHH

- Contratación laboral
- Deberes y derechos: incompatibilidades
- Legislación vigente
- Nominas
- Bajas laborales
- Vacaciones y permisos

Se realizará la entrega de la Guía del Residente de la UD en la que constaran los siguientes puntos:

- Introducción
- Localización de los dispositivos docentes de la UD
- Estructura de la UD
- Regulación de la formación sanitaria especializada: RD 183/2008 y RD 146/2006
- Marco laboral. UD
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hospitales acreditados
- Otros servicios docentes
- Programa práctico de la especialidad / Rotaciones
- Programa de actividades
- Evaluación de la residencia
- Biblioteca
- Vacaciones y permisos
- Tutores

- Rotaciones externas
- Difusión y entrada de información: carpetas, datos y correo personalizado
- Nóminas
- Bolsas de estudio
- Anexo: formularios

Además se impartirán un curso de incorporación del residente sobre el funcionamiento de la UD y otro sobre urgencias generales y …….

4.- Registros

Los indicados en el ANEXO III como consecuencia del proceso de acogida

5.- Documentación

Guía del Residente

Procedimiento: Elaboración y Ejecución del Plan Individualizado de Formación (PD-03)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Elaboración y Ejecución del Plan Individualizado de Formación (PD-03)

1.- Objeto

Planificar, supervisar las actividades llevadas a cabo por los residentes.

2.- Alcance

Todos los residentes de la UD

3.- Descripción

Una vez realizada la incorporación del Residente el Jefe de Estudios elabora el Plan Individualizado de Formación según las tablas adjuntas. La rotación por los distintos dispositivos variará de tal manera que no se produzcan solapamientos entre residentes y servicios.

En cada una de las rotaciones por los servicios se realizará una evaluación objetiva al terminar la rotación. Esta valoración la realizará el tutor coordinador del servicio donde el residente está rotando. Los residentes disponen de un plazo de un mes para entregar la valoración objetiva a la Comisión de Docencia. La valoración objetiva se enviará mediante correo interno al Jefe de Estudios UD.

En el libro de residente el tutor coordinador firmará la rotación correspondiente.

Paralelamente el residente valora las rotaciones en los diferentes servicios. Para la realización de la valoración se realiza conforme a la encuesta de residentes.

Todas las acciones contempladas en el procedimiento son responsabilidad del residente.

A. MIR

Mes	Servicio	Duración (meses)
Formación nuclear		

Mes	Servicio	Duración (meses)
Formación nuclear		
Formación específica		

4.- Registros

Los indicados en el ANEXO III como consecuencia del proceso de acogida.

5.- Documentación

Procedimiento: Evaluación del Residente (PD-04)

*1.-**Modificaciones***

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

1.- Objeto

Realizar la evaluación de los residentes

2.- Alcance

Todos los residentes de la UD

3.- Descripción

Según el REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el periodo de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativa, anual y final. La intención de los cambios que introduce el RD en la evaluación es que ésta sea continuada, de manera que se puedan corregir los defectos en la formación del residente durante el proceso de aprendizaje.

La Comisión de Docencia siguiendo las normas del RD introduce una serie de instrucciones y documentos para consultar, que pretenden conseguir que la evaluación sea lo más objetiva y justa posible.

A Evaluación formativa

A.1 Entrevistas periódicas

Consta de entrevistas periódicas tutor residente de manera estructura y pactada –mediante formato de entrevista- aconsejándose la realización un mínimo de 4 por cada año formativo. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente y en los informes de evaluación formativa. No hay un modelo oficial establecido para este tipo de entrevistas. Realizamos la siguiente propuesta como modelo de entrevista entre tutor y residente.

Anexo 1. Entrevista Tutor-Residente

Nombre del tutor:

Nombre del residente:

Año de residencia: R1 R2 R3 R4 Promoción: 20 - 20

MIR ☐ PIR☐ EIR☐

Fecha de la entrevista: Nº de entrevista: 1 2 3 4

1) ¿Se han puesto en práctica las propuestas de mejora pactadas en la última entrevista?

SI NO No aplicable

2) ¿Se han repasado los objetivos docentes de la rotación?

SI NO No aplicable

3) ¿Se han detectado problemas en la aplicación del programa docente?

SI NO No aplicable

Qué problemas:

4) ¿Se han pactado propuestas de mejora para resolver los problemas detectados?

SI NO No aplicable

Qué propuestas:

5) ¿Crees que es necesaria alguna medida desde Docencia para mejorar la formación?

SI NO No aplicable

Qué medidas:

Comentarios del residente:

Comentarios/ recomendaciones tutor:

Firma del tutor: Firma del residente: Lugar y fecha:

Fecha de la próxima entrevista:

A.2 Valoración objetiva

Además se complementará mediante valoración objetiva. El registro que se utiliza se denomina **ficha 1**, y es común para todos los residentes de la UD. La debe cumplimentar el adjunto con el que el residente rota. En caso necesario, la podría cumplimentar de forma conjunta con el tutor.

Ficha 1:

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Ficha 1

EVALUACION ROTACION

APELLIDOS Y NOMBRE:
NACIONALIDAD:
CENTRO: Hospital Son Dureta
ESPECIALIDAD:
AÑO RESIDENCIA: °
TITULACION:
TUTOR:

ROTACION

CONTENIDO	DURACION: DE A
UNIDAD	CENTRO
JEFE UNIDAD ASISTENCIAL	

EVALUACION CONTINUADA

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACION (1)
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	
NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
UTILIZACION RACIONAL DE RECURSOS	

B.- ACTITUDES	CALIFICACION (1)
MOTIVACION	
DEDICACION	
INICIATIVA	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
NIVEL DE RESPONSABILIDAD	
RELACIONES PACIENTE /FAMILIA	
RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO	

CALIFICACIÓN EVALUACION CONTINUADA — CALIFICACION(1) | CAUSA E. NEG (3)

70%A+30%B

CALIFICACIÓN LIBRO ESP. EN FORMACIÓN — CALIFICACIÓN(1) | CAUSA E. NEG (3)

En Palma de Mca, a de de 2006

VISTO BUENO :JEFE DE LA UNIDAD EL TUTOR

Para facilitar la cumplimentación de estas fichas y para unificar los criterios de evaluación se han elaborado dos documentos donde se definen los criterios de evaluación para que los tutores y adjuntos docentes utilicen como guía.

A- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

a. Nivel de conocimientos teóricos adquiridos: asimilación de conocimientos, conceptos y contenidos relativos al área de rotación.

b. Nivel de habilidades adquiridas: demostración de conocimientos prácticos y formación técnica, así como capacidad de enfocar y resolver los problemas.

c. Habilidad en el enfoque diagnóstico o de los problemas: utilización de los conocimientos y habilidades para obtener los datos más relevantes, analizarlos de forma racional y emitir juicios argumentados correctamente.

d. Capacidad para tomar decisiones : entender una situación o problema e identificar sus implicaciones eligiendo en tiempo y forma adecuada, entre varias alternativas.

e. Utilización racional de recursos: utilización de los medios materiales y humanos siguiendo criterios de eficiencia adecuados a cada situación, en función de los recursos disponibles.

B- ACTITUDES

a. Motivación: Concienciación y esfuerzo empleado para cumplir las metas y objetivos establecidos, asumiendo nuevas responsabilidades y retos, con ilusión.

b. Dedicación: intensidad y constancia en la entrega y preocupación por el desarrollo de su trabajo.

c. Iniciativa: Prontitud para actuar cuando se presenta la ocasión. Capacidad para iniciar acciones sin necesidad de que se lo pidan o exijan.

d. Puntualidad y asistencia: Capacidad para llegar en hora a los compromisos adquiridos y cumplir adecuadamente en tiempo y forma las jornadas de trabajo.

e. Responsabilidad: Asumir que la adquisición y aplicación de los conocimientos exigidos para cada nivel implica cumplir con sus obligaciones y el compromiso de responder de sus actos.

f. Relaciones paciente-familia: Capacidad para informar clara y cordialmente al paciente y sus familiares, para escucharles y atender sus necesidades. Actitud íntegra y respetuosa con los derechos del paciente.

g. Relaciones equipo de trabajo: capacidad para la sinergia laboral con los demás, enfocada hacia la consecución de objetivos compartidos.

Los ítems de la valoración son los siguientes:

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

1.-Nivel de conocimientos teóricos adquiridos:

0	Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínico-prácticos válidos; no parece comprender mucho lo que estudia o lee. O bien en apariencia, no suele estudiar o leer
1	Limitados pero suficientes para desempeñar la actividad profesional.
2	Adecuados que le permiten una buena práctica profesional.
3	Excelentes, es brillante.

2.- Nivel de habilidades adquiridas:

0	No parece capaz de aprender muchas de las destrezas propias de la especialidad.
1	Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero lo consigue.
2	Se adiestra a buen ritmo, de acuerdo a los objetivos señalados en su programa de formación.
3	Excelente ritmo y calidad de los adiestramientos.

3.- Habilidad en el enfoque diagnóstico o de los problemas:

0	No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas.
1	Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones, habitualmente elige el criterio adecuado.
2	Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones casi siempre elige la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados.
3	Siempre elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables. Capacidad de enfoque diagnóstico excelente.

4.- Capacidad para tomar decisiones:

0	Toma decisiones precipitadas que conducen a un error,o no toma decisiones nunca, siempre espera que alguien las asuma.
1	No suele asumir decisiones de cierto riesgo, aunque sus conocimientos se lo permitan.
2	Adopta decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos,y suelen ser correctas
3	Toma decisiones con rapidez y la mejor para su nivel de conocimientos. Conoce sus limitaciones y evita decisiones que sabe que le sobrepasan. Decisiones en ocasiones intuitivas pero exitosas.

5.- Utilización racional de los recursos:

0	Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación.
1	El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. A veces sugiere exploraciones o tratamientos de baja utilidad para el caso.
2	Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta.
3	Piensa siempre en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento decisivos entre los menos arriesgados y menos caros.

B.-ACTITUDES

1.-**Motivación:**

a.-Muestra interés por el paciente y entorno, realizando, si es posible, la historia clínica del paciente de primer día de una forma adecuada.

b.-Estudia los casos clínicos actualizando los conocimientos científicos y colabora voluntariamente, si es posible, en el mantenimiento al día de las historias clínicas de forma detallada.

c.-Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos (intentando obtener el máximo rendimiento).

0	No cumple ninguno de los apartados
1	Cumple el criterio a).
2	Cumple el criterio a) y b).

3	Cumple los tres criterios.

2.- **Dedicación**: Tiempo de dedicación a las labores asistenciales encomendadas (guardias excluidas):

0	El tiempo de dedicación a las actividades del Servicio es escaso.
1	Dedica el tiempo justo a las actividades del Servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes.
2	Su dedicación a las labores del Servicio es la adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada.
3	No sólo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio.

3**.- Iniciativa**:

0	Realiza las actividades específicas de la rotación siempre a demanda del tutor.
1	Realiza las actividades de la rotación habitualmente por propia iniciativa sin necesidad de requerírselo.
2	Propone con frecuencia al tutor actividades clínicas, docentes y de investigación sin ser requerido para ello.
3	Propone y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes y de investigación al resto del equipo.

4.- **Puntualidad/**asistencia a las diversas actividades y nivel de responsabilidad

Cumple el horario normal de trabajo y asume la responsabilidad necesaria ante el paciente.

0	Nunca o casi nunca.
1	Habitualmente.
2	Siempre.
3	Dedicación horaria por encima de su jornada laboral.Alto nivel de responsabilidad

5.- **Relaciones paciente/familia**. Se refiere a la ocurrencia de disfunciones con la familia o el paciente como consecuencia de las actitudes o el comportamiento del Residente.

0	Mantiene una actitud distante, indiferente que genera a veces conflictos innecesarios; suele ser persona no grata a familiares y pacientes.
1	Habitualmente tiene una actitud algo distante en indiferente, sin propiciar relaciones más fluidas, pero no suele ocasionar conflictos innecesarios.
2	Las relaciones son correctas, por lo general las relaciones son fluidas.
3	El Residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes,es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales,y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones en el entorno familia/paciente.

6.-**Relaciones con el equipo de trabajo:**

0	Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del equipo.No participa en las actividades de Equipo (reuniones,sesiones...)
1	Ocasionalmente es poco tolerante o muestra cierta indiferencia ante determinados problemas y/o decisiones del equipo.Participa pasivamente en las actividades mostrando poco interés.
2	Relaciones amigables.Toma interés ante los problemas y/o decisiones del equipo. Participa en las actividades del Equipo con interés.
3	Relaciones amigables.Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, toma de decisiones e iniciativas que implican al equipo. Totalmente integrado.

A.3 Libro de Residente

El Libro del residente es el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente. Es obligatorio.

Está pendiente de que las distintas Comisiones Nacionales de cada especialidad elaboren la estructura básica de los libros del residente. Después, las Comisiones de Docencia de cada hospital deberán realizar una adaptación en su centro.

B. EVALUACIÓN ANUAL Y/O FINAL

La **evaluación anual** tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo. Se calificará como:

a) Positiva: cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

b) Negativa: cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables y no recuperables (artículos 22.1, 2 y 3 del RD).

La calificación de la evaluación anual está compuesta por:

a) Valoración de las rotaciones
b) Actividades complementarias (si procede)
c) Informes jefes asistenciales (si procede).

a. Valoración de las rotaciones

El cálculo de la **media de las rotaciones** incluye los informes de las rotaciones realizadas durante el año (ficha 1). Sin embargo, no se trata de una media aritmética de las calificaciones obtenidas en las distintas rotaciones realizadas. **El cálculo adecuado de dicha calificación debe ser proporcional a la duración de cada una de las rotaciones.**

Ejemplo:

Rotaciones

Contenido	Duración	Calificación
Cirugía Vascular	8 meses	1,69
Cirugía Torácica	1 mes	3
Anestesia y Reanimación	2 meses	1,9

No es correcto:

1,69 + 3 + 1,9 = 6,59
6,59 / 3 = **2,2**

Es correcto:

(1,69 x 8) + (3 x 1) + (1,9 x 2) = 20,32
20,32 / 11 = **1,85**

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Ficha 2

HOJA DE EVALUACION ANUAL DEL RESIDENTES-EJERCICIO LECTIVO

APELLIDOS Y NOMBRE:
CENTRO:
ESPECIALIDAD: AÑO RESIDENCIA
PERMANENCIA EN EL CENTRO
VACACIONES REGLAMENTARIAS
PERIODOS DE BAJA

ROTACIONES

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACION	CALIFICACION (1)	EV. NEG.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

CONTENIDO	TIPO DE ACTIV	DURACION	CALIFICAC (2)	EV. NEG

INFORMES JEFES ASISTENCIALES

CALIFICACION(2)	CAUS EV.NEG

CALIFICACION EVALUACION ANUAL
MEDIA ROTACIONES+A.C.(SI PROCEDE)+INF (S.P.)

CAUSA DE EVALUACION NEGATIVA

En Palma de Mca. a de 2006

Sello de la Institución

EL JEFE DE ESTUDIOS

Fdo.----------

b. Actividades Complementarias

En cuanto la calificación de las **actividades complementarias** creemos que es necesario incluirlas en todos los casos. En algunos centros las actividades complementarias se valoran a partir del segundo año de residencia. De esta forma, en el R1, la puntuación de las rotaciones representará el 90-100% del total; a partir de R2, las rotaciones suponen un 70-80% y las actividades complementarias el 20%.

Proponemos que se evalúen las siguientes actividades complementarias:

a- Actividad investigadora

b- Participación en actividades académicas: presentación de sesiones hospitalarias, ponente en cursos, seminarios.

c- Comunicaciones y publicaciones

Queda a criterio del tutor si se debe puntuar la presentación de sesiones en el servicio y el baremo de puntuación (0-0.3), según el peso de cada actividad.

Se debe evaluar no solo la cantidad de las actividades, sino también la **calidad y contenido** de las mismas: una única publicación de máximo impacto tendrá más valor que varias publicaciones sin impacto alguno; ser el primer firmante será más valorado que aparecer en puestos sucesivos.

c. Valoración del Jefe Asistencial (Jefe del servicio)

Por último pensamos que la implicación de los jefes asistenciales en la docencia de los residentes es imprescindible y por ello es importante aportar su valoración en todos los informes de evaluación anual. Aconsejamos que se solicite **siempre** en caso de **evaluación negativa, excelente o bien a petición del residente.**

4.- Registros

Los indicados en el ANEXO III como consecuencia del proceso de acogida

5.- Documentación

Procedimiento: Control de la Documentación(PG-01)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Control de la Documentación(PG-01)

1.- Objeto

Establecer un sistema de control de los documentos que garantice su disponibilidad en los lugares donde sean necesarios y evite la utilización de documentación obsoleta o no autorizada.

2.- Alcance

Los documentos internos sometidos a control de la documentación son el Plan de Gestión de la Calidad y los anexos relacionados.

3.- Descripción

3.1.- Tipo A/ Documentos principales del Sistema de Integrado de Gestión.

3.1.1.- Aprobación y distribución de documentos

Los documentos del Plan de Gestión de la Calidad de la UD que hayan sido creados por la Unidad Docente deberán estar aprobados por la Dirección de la Unidad Docente dejando constancia mediante firma. Los documentos que no hayan sido aprobados no podrán ser utilizados, siendo considerados como borradores y no entrarán en vigor hasta el momento de su aprobación.

Los documentos serán distribuidos teniendo en cuenta el alcance y aplicación de los mismos y según el criterio de la Dirección de la Unidad Docente. Los responsables de los centros son los responsables de la elaboración y archivo de las listas de distribución, y de asegurarse de que los documentos se han distribuido conforme a las mismas.

Las copias en papel de documentos obsoletos serán recogidas y destruidas por los responsables de cada centro. Las copias obsoletas que se decidan conservar deberán estar señalizadas como COPIA OBSOLETA.

3.1.2.- Cambios o modificaciones de documentos

Los documentos deberán ser revisados en los siguientes casos:

Cuando se modifiquen las Normas de Gestión de la Calidad, sobre las que se fundamenta el Plan de Gestión.

Cuando existan informes de auditorías que así lo aconsejen.

Cuando se produzcan cambios substanciales en la organización de la Unidad Docente, en su estructura, tecnología, procesos, etc., que afecten al documento.

Cuando se produzcan modificaciones substanciales de requisitos legales u otros requisitos de aplicación.

Además, todas las personas pueden aportar ideas o sugerencias para mejorar los documentos, pero sólo podrán modificarse y aprobarse por la misma persona en funciones (o persona delegada por el mismo) que lo hizo en la versión anterior a la modificación y que consta como responsable.

En la medida de lo posible las modificaciones deberán referenciarse o marcarse en el propio documento en el apartado Modificaciones de la primera página.

Los documentos modificados deberán distribuirse (mediante correo electrónico) con la mayor brevedad a las personas afectadas tal y como se indica en el apartado anterior.

4.- Registros

Los registros derivados de este procedimiento son:

- Lista de autorizaciones
- Hoja de distribución / acuse de recibo
- Control de documentos en vigor

5.- Documentación

Procedimiento: Control de los Registros(PG-02)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Control de los Registros(PG-02)

1.- Objeto

Establecer como se regulan los Registros de Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente.

2.- Alcance

Este procedimiento afecta a todos los registros del Plan de Calidad de la Unidad Docente.

3.- Descripción

Todos los procedimientos del Plan de Gestión de la Calidad de la UD constan de un apartado denominado Registros. En dicho apartado se mencionan los registros asociados a cada procedimiento. Posteriormente en el Anexo III del Plan de Gestión de la Calidad se identifican los registros que se generan, identificando para cada uno de ellos:

- Responsable de archivo
- Lugar de archivo
- Periodo de conservación

Como norma general los registros se conservarán como mínimo durante cinco años y preferentemente en soporte informático, a no ser que la legislación especifique el periodo de tiempo a custodiar los registros en cada caso.

4.- Registros

Todos los registros de gestión Plan de Calidad se archivarán, ya sea en formáto electrónico o en papel, durante un mínimo de 5 años en el servicio/departamento detallado en el Anexo III y bajo la custodia del responsable del mismo servicio/departamento.

5.- Documentos

Procedimiento: Mantenimiento del Equipamiento(PG-03)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente ……..	Aprobado: Director ……..

Procedimiento: Mantenimiento del Equipamiento(PG-03)

1. Objeto

Establecer como se asegura el mantenimiento del equipamiento empleado por los alumnos residentes.

2.- Alcance

Este procedimiento afecta a todos el equipamiento de la Unidad Docente y que sea susceptible de necesitar mantenimiento, calibración, verificación o ajuste.

3.- Descripción

Los responsables de cada uno de los centros deberá disponer de un listado en donde se recojan todos aquellos equipos susceptibles de un mantenimiento, de una calibración, de una verificación o de un ajuste.

El listado constará de los siguientes campos:

- Nombre del equipo
- Código del equipo
- Actividades a las que se debe someter el equipo:
  - Mantenimiento
  - Calibración
  - Verificación
  - Ajuste
- Responsable de las actividades
- Error aceptado del equipo
- Periodicidad de las actividades

Los equipos deberán someterse a las acciones recogidas en el Listado de Equipos pudiendo ser las actividades internas o externas. Las actividades a desarrollar deberán seguir las indicaciones recogidas en las instrucciones de los equipos.

Aquellos equipos que no cumplan los requisitos establecidos para cada uno de ellos deberán indicar FUERA DE USO a fin de evitar su utilización.

4.- Registros

Listado de Equipos

5.- Documentos

Instrucciones de los equipos

Procedimiento: Control de los Proveedores(PG-04)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Control de los Proveedores(PG-04)

1.- Objeto

Definir el proceso empleado para seleccionar y evaluar a sus proveedores, con el fin de asegurar que los servicios o productos satisfacen los requisitos del Plan de Gestión de la Unidad Docente.

2.- Alcance

Este procedimiento afecta a todos los proveedores que suministren productos y/o servicios exclusivamente a la Unidad Docente.

3.- Descripción

Los proveedores serán seleccionados en base a tres criterios:

- Calidad de los productos suministrados y servicios prestados
- Memoria del servicio:
  - Plazos de entrega (cumplimiento de plazos)
  - Cumplimiento de condiciones generales
  - Cumplimiento de condiciones especificadas en contrato o pedido
- Precio

3.1.- Clasificación de Proveedores

Se distinguen los siguientes tipos de proveedores:

- **Apto:** Se encuentran dentro de esta categoría los proveedores que no hayan presentado incidencias significativas durante su relación con la Unidad Docente. También serán aptos los proveedores nuevos. Para el mantenimiento de la clasificación, se tendrá en cuenta los resultados obtenidos en las evaluaciones continuas que se detallan más adelante.
- **No Apto:** Se incluyen dentro de esta categoría a aquellos proveedores que hayan presentado incidencias durante su relación con la Unidad Docente. No se les considera capaces de proporcionar productos y/o servicios en condiciones adecuadas. A estos proveedores no se les podrá contratar mientras se mantenga esta clasificación, salvo en casos de exclusividad o exigencias puntuales del mercado.
  El criterio a emplear para considerar a un proveedor como **No Apto** es:
  - **Incidencias reiteradas:** El proveedor genera incidencias que no afectan al funcionamiento diario de las actividades diarias del hospital, aunque sí lo entorpecen.
    Se penaliza a aquellos proveedores que hayan generado **5 incidencias** durante un semestre.

- **Incidencias graves:** El proveedor genera una incidencia que altera el funcionamiento diario de la Unidad Docente provocando retrasos en la gestión interna de la misma.
  Se penaliza a los proveedores que generen **2 incidencias graves en un semestre**, aparte de lo establecido de forma contractual.

La Comisión de Docencia determina en todo caso si el proveedor es considerado NO APTO.

Evaluación Continua

Si durante la relación con un proveedor éste presenta incidencias en el suministro o servicio, el responsable de contratación y/o compras registra las incidencias ocasionadas registra las incidencias ocasionadas en un "Informe de Incidencias con Proveedores", haciendo constar:

- Nombre del proveedor
- Producto o servicio suministrado
- Descripción de la incidencia
- Identificación del responsable de la tramitación de la incidencia (Responsable de Calidad en Compras).
- Fecha en la que se comunica la incidencia al proveedor
- Incidencia reiterada en los seis meses anteriores
- Observaciones (Solución a la incidencia, reacción, actitud...)

La evaluación continúa y su seguimiento se realiza en la Revisión del Sistema.

Cuando se clasifique a un proveedor como No Apto la Dirección de la Unidad docente comunicará esta situación al proveedor y podrá solicitarle un plan de acción que elimine las causas de las incidencias detectadas.

El jefe de compras y el de contratación mantendrán en vigor el listado de proveedores de la Unidad Docente.

4.- Registros

Informe de incidencias de proveedores

Listado de Proveedores

5.- Documentos

Revisión por la Dirección (PG-08)

	Anexo II	**Rev.:** 00
		Fecha: 31/05/10
		Página 1 **de** 3

Procedimiento: No Conformidades(PG-05)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: No Conformidades(PG-05)

1.- Objeto

Solucionar cualquier incumplimiento de lo establecido en el Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente.

2.- Alcance

Todas las actividades contempladas en la Unidad Docente.

3.- Descripción

Los servicios / productos no conformes se pueden detectar en cualquiera de las fases de los procesos, en las auditorías internas o externas, tras una queja o reclamación o tras el incumplimiento de los indicadores:

Detección:

La persona que identifique una no conformidad identificará las evidencias y abrirá un informe de no conformidad –según anexo VI-.

Unidad solicitante: área / servicio que abre el informe.

Profesional responsable: Jefe de área/servicio o Supervisor.

Fecha de Apertura: Fecha en que se detecta la no conformidad por el responsable de apertura del informe.

Origen/descripción de la no conformidad/incidencia: se cumplimentará describiendo el problema detectado.

Análisis y Solución:

Una vez estudiada la No Conformidad, se deberá indicar en el informe las causas y la acción inmediata acordada, así como el responsable de ejecutarlas. En el caso de que se den varias soluciones inmediatas se documentarán en el campo acción inmediata, comunicándose a los afectados y al Jefe de Servicio.

Cierre:

Una vez comprobada la eficiencia de las acciones tomadas se dará por cerrada la No Conformidad dejando constancia mediante firma y fecha.

4.- Registros

Partes de No Conformidades

5.- Documentos

Reclamaciones y alegaciones (PG-06)

Procedimiento: Reclamaciones y Alegaciones(PG-06)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Reclamaciones y Alegaciones(PG-06)

1. Objeto

Describir cómo se debe actuar cuando se reciban quejas, reclamaciones y sugerencias de residentes para garantizar una respuesta satisfactoria y en un plazo mínimo de tiempo.

2.- Alcance

Este procedimiento es aplicable a todas las quejas, reclamaciones y sugerencias de residentes

3.- Descripción

Las reclamaciones de residentes, que puedan ser presentadas , serán conducidas a la Comisión de Docencia mediante informe explicativo. La Comisión de Docencia verificará la información y recabará más información si fuera preciso.

En el informe deberá cumplimentarse la siguiente información:

- Datos del residente.
- Datos del servicio, actuación o circunstancia que es objeto de la reclamación.
- Motivo de la reclamación.

La Comisión de Formación será responsable de asegurar el correcto tratamiento y resolución de las reclamaciones. Para ello, y en primera instancia, tan pronto haya registrado la reclamación se procederá a comunicarse con el residente de de la reclamación para:

- Acuse de recibo con las explicaciones del procedimiento interno que se aplica en el hospital.
- Notificación de que seguirá un comunicado escrito conteniendo las resoluciones tomadas con respecto a su reclamación: acciones correctivas, etc.

De estas actuaciones queda registro, en formato libre, incorporado al expediente de la reclamación.

Si la respuesta puede darse de forma inmediata, la Comisión de Formación podrá darle respuesta al cliente, previa consulta con el responsable del área afectada o con quien sea pertinente en cada circunstancia.

En todo caso, antes de trasladar cualquier respuesta al residente, se recabará el visto bueno del Jefe de Estudios.

Cuando por su alcance la reclamación no pueda resolverse de forma inmediata, la Comisión de Docencia recabará del responsable del departamento afectado que indique cuál es su dictamen sobre la reclamación:

- si considera que la reclamación es procedente.
- qué causas han originado el problema.

- acciones a tomar / tomadas para su solución.

El responsable afectado deberá preparar su respuesta en la mayor brevedad posible, éste deberá documentarlo en un informe, junto con las acciones inmediatas que se hayan tomado. También en este caso, antes de trasladar cualquier comunicación al paciente o sus familiares, el comunicado será revisado por el Jefe de Estudios.

Cuando, a criterio de la Comisión de Docencia corresponda abrir acciones correctivas se indicará en el Informe de Reclamación, junto con la identificación del informe de acciones correctivas concreto que se haya abierto.

4.- Registros

Informe del Residente
Informe de la Comisión de Docencia
Partes de No Conformidades

5.- Documentos

No Conformidades (PG-05)

Procedimiento: Auditorías Internas(PG-07)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Auditorías Internas(PG-07)

1.- Objeto

Definir el sistema establecido por la Unidad Docente para asegurar la calidad de la docencia post-grado.

2.- Alcance

Todas las actividades, documentación y registros incluidos en el Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente.

3.- Descripción

3.1.- Periodicidad

Las auditorías se llevarán a cabo anualmente de acuerdo con el Programa establecido por la Comisión de Docencia.

3.2.- Personal auditor

El personal auditor deberá ser independiente, en la medida que sea posible, del área auditada. Así mismo deberá poseer suficientes conocimientos, autoridad y autonomía organizativa para que las auditorías resulten significativas y eficaces.

El perfil del auditor deberá ser el siguiente:

- Experiencia superior a 1 año en algún puesto de responsabilidad en una Unidad Docente.
- Formación como auditor en Normas ISO 9001.
- Formación en técnicas de auditorias.

3.3. Programa de auditorías

La Comisión de Formación preparará a finales de cada año el programa de auditorías internas a realizar durante el año siguiente.

Este programa será presentado a la Dirección de la Unidad Docente y contemplará, entre otros, los siguientes puntos:

- Calendario de auditoria
- Alcance de la auditoría: áreas a auditar Auditor que va a realizar la auditoria.

3.4. Realización de la auditoria

Al comienzo del proceso de auditoría, el auditor deberá revisar el Plan de Gestión de la Calidad y la contrastará con los criterios del Ministerio de Sanidad y Política Social para determinar los

puntos de no conformidad. El auditor se puede apoyar en la elaboración de una lista de comprobaciones, cuestionarios, o cualquier otra documentación de apoyo que le servirá como guión para la posterior recogida de evidencias.

El auditor mantendrá una reunión inicial con los responsables de las áreas a auditar, en la que se realizarán las presentaciones necesarias, se confirmará la agenda de la auditoría y se revisará el alcance, objetivos y disponibilidad de recursos e instalaciones previstos para la misma.

El auditor procede a la realización de la auditoría según el programa establecido.

Finalmente, y antes de la elaboración del informe de auditoría, el auditor revisará las desviaciones encontradas con los responsables de los departamentos auditados con el objeto de resolver las dudas acerca de posibles puntos conflictivos.

3.5. Informe de auditoría

Tras la realización de una auditoría se emitirá el correspondiente informe, a fin de aportar información detallada acerca de la situación de las áreas auditadas a la Comisión de Docencia.

La emisión del informe de auditoría será responsabilidad del auditor. Este informe irá firmado por él, fechado y contendrá, al menos, lo siguiente:

- Identificación del documento
- Identificación del auditor
- Fecha de realización
- Áreas auditadas
- No conformidades encontradas
- Conclusiónes del comp. ambiental (puntos fuerte y puntos débiles).

3.6.- Seguimiento de las auditorías

A partir de las no conformidades detectadas deberán solucionarse las no conformidades, según se establece en el procedimiento PG-04 No Conformidades

4.- Registros

- Programa anual de auditorías
- Informes de auditorías internas
- Seguimiento de Acciones Correctivas y Preventivas

5.- Documentos

PG-04 No Conformidades

PG-08 Revisión por la Dirección

Procedimiento: Revisión del Sistema(PG-08)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

1. Objeto

Establecer como se deben realizar las revisiones del Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente.

2.- Alcance

Este procedimiento afecta a todas las unidades que compronen la Unidad Docente

3.- Descripción

La Comisión de Docencia elaborará un informe en donde tratará los temas que se indican a continuación:

a) Seguimiento de los objetivos de calidad

b) Análisis de recursos, de de la capacidad docente de la Unidad y de la formación continua.

c) Los resultados de las auditorías docentes realizadas por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y otras evaluaciones realizadas al centro.

d) Las sugerencias o reclamaciones de los residentes, de los pacientes (y familiares) y de la Administración.

e) Información sobre la satisfacción de los residentes.

f) El resultado de los indicadores de seguimiento de los procesos formativos.

g) El estado de las acciones correctivas o preventivas (véase apartado 9 de este documento).

h) Las acciones de seguimiento de acciones procedentes de revisiones anteriores.

i) Los cambios que pudieran afectar al PGCD establecido.

j) Las recomendaciones para la mejora.

Posteriormente este informe será presentada a la Dirección de la Unidad Docente que mediante acta registrará los resultados de la revisión realizada.

Finalmente la Comisión de Docencia partiendo del Informe de Revisión y de las conclusiones de la Dirección confeccionarán la Memoria Docente anual.

4.- Registros

Los registros derivados de este procedimiento son:

- Informe previo
- Acta de la revisión del Sistema
- Memoria Docente

5.- Documentos

	Anexo II	**Rev.:** 00
		Fecha: 31/05/10
		Página 1 **de** 2

Procedimiento: Satisfacción del Residente(PG-09)

Modificaciones

Revisión	Fecha	Descripción
00	31/05/10	Primera edición

Elaborado: Unidad Docente de ……..	Aprobado: Director ……

Procedimiento: Satisfacción del Residente(PG-09)

1.- Objeto

Describir las actividades encaminadas a la evaluación de la satisfacción del residente con respecto al funcionamiento, la adecuación de los recursos humanos, los materiales y el equipamiento de la Unidad Docente.

2.- Alcance

Este procedimiento es aplicable a la actividad docente a la Unidad Docente.

3.- Descripción

Al finalizar cada rotación el residente realizará la encuesta de satisfacción y la entregará a la Secretaria de la Unidad Docente.

Anualmente se realizará una encuesta de satisfacción al Servicio de …… de la UD.

Finalmente se tabularan los datos de las encuestas y se presentarán a la Dirección de la UD en la Revisión del Sistema.

4.- Registros

Encuestas de satisfacción

5.- Documentos

PG-08 Revisión del Sistema

Nº	Registro	Responsable de Archivo	Lugar de Archivo	Periodo de Conservación
1	Expedientes de los Especialistas en Formación			
2	Programas teórico-prácticos, vigentes, de formación de especialistas de cada Unidad			
3	Planes de formación del centro y UD's (Programas adaptados a cada una de las Unidades Docentes (Guía o itinerario formativo tipo).			
4	Documento de Acogida de los Especialistas en Formación.			
5	Nombramiento de Jefe de Estudios			
6	Nombramiento de Tutores de cada una de las Unidades			
7	Publicaciones de los Especialistas en Formación, así como Comunicaciones Ponencias a congresos.			
8	Actas de las Reuniones de la Comisión de Docencia			
9	Actas de los Comités de Evaluación de cada una de las Unidades.			
10	Listado de libros y revistas de la especialidad existentes en la Unidad docente			

Nº	Registro	Responsable de Archivo	Lugar de Archivo	Periodo de Conservación
11	Listado de Libros y revistas de la especialidad existente en la Biblioteca del Hospital. Relación de acceso a Bases de Datos Médicos			
12	Memoria Docente anual de la Comisión de Docencia.			
13	Programas adaptados a cada una de las Unidades Docentes (Guía o itinerario formativo tipo).			
14	Planes individualizados de formación.			
15	Memorias Anuales de cada una de las Unidades Docentes			
16	Calendario de Sesiones de cada una de las Unidades y de las Generales del Hospital			
17	Rotaciones individualizadas de cada Especialista en Formación			
18	Libro del Especialista en Formación debidamente cumplimentado			
19	Fichas de Evaluación			
20	Resultados de la Evaluación del residente formativa y anual			

Nº	Registro	Responsable de Archivo	Lugar de Archivo	Periodo de Conservación
21	Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento de cada una de las Unidades			
22	Organización de las guardias de los Facultativos y de los Especialistas en Formación.			
23	Currículo de los Especialistas de cada una de las Unidades			
24	Recursos materiales de cada una de las Unidades			
25	Cartera de Servicios de cada una de las Unidades			
26	Modelo de Historia Clínica y controles de calidad realizados			
27	Empleo de Consentimientos, información a pacientes y toma de decisiones, confidencialidad.			
28	Programa de Formación continuada de cada una de las Unidades			
29	Copia de las Quejas y reclamaciones de cada una de las Unidades			
30	Listado de altas de cada una de las Unidades en el último año con nº hª , diagnóstico			

Nº	Registro	Responsable de Archivo	Lugar de Archivo	Periodo de Conservación
31	Documentos de análisis de la capacidad docente de la Unidad			
32	Registro de las reuniones mantenidas por los tutores de las diferentes unidades con los jefes asistenciales para coordinar la formación especializada, definición del itinerario formativo tipo e individual.			
33	Registro (actas) de las reuniones mantenidas por el Jefe de Estudios con los responsables de gestión (Gerente/Dirección Médica, etc) para la coordinación de la formación.			
34	Evidencias de la evaluación del PGCD.			
35	Informe anual de revisión por la dirección			
36	Encuesta de satisfacción de los residentes, resultados anuales, análisis realizado y acciones de mejora emprendidas.			
37	Actas de reuniones de seguimiento de los objetivos de calidad e indicadores.			
38	Registros del mantenimiento de los equipos empleados por los residentes.			
39	Quejas respecto a la docencia			
40	Reclamaciones de las calificaciones de las evaluaciones (anual y final) por parte de los residentes			

Nº	Registro	Responsable de Archivo	Lugar de Archivo	Periodo de Conservación
41	Documentos análisis auditorias docentes realizadas por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Plan de Mejoras establecido y seguimiento del mismo			
42	Memoria anual del Centro Docente.			

	Anexo IV: Indicadores de Proceso	**Rev.:** 00
		Data: 31/05/10

Proceso	Indicador	Valor umbral	Responsable	Periodicidad
Elaboración y Ejecución del Plan Individualizado de Formación (PD-03)	Nº de sesiones clínicas semanales		Jefe de Estudios	Anual
	N de tutorizaciones mensuales		Jefe de Estudios	Anual
	Nº de sesiones que presentan los residentes		Jefe de Estudios	Anual
	Índice de satisfacción del residente		Jefe de Estudios	Anual
	Nº de publicaciones de los residentes		Jefe de Estudios	Anual
Evaluación del Residente (PD-04)	Nota de los residentes		Jefe de Estudios	Anual

Govern de les Illes Balears
Servei de Salut

Unidad docente ……

FICHA EVALUACIÓN A LOS SERVICIOS DEL RESIDENTE DE LA UD …….

RESIDENTE: R1☐ R2☐ R3☐ R4☐ MIR☐ PIR☐ EIR☐

SECCIÓN EVALUADA: SERVICIO:

TUTOR/A o RESPONSABLE DURANTE LA ROTACIÓN:

PERIODO EVALUADO (meses/año)

1. PREOCUPACIÓN DEL SERVICIO POR TU FORMACIÓN:

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

2. OBJETIVOS:¿Te han entregado un programa ó protocolo de formación personal de la especialidad, adaptado al centro, con rotaciones, sesiones, nº guardias, grado de responsabilidad, etc.?: Grado de acuerdo:

0=Nada	1=Poco	2=Regular	3=Mucho	4=Bastante

3. CUMPLIMIENTO O EXPECTATIVAS DE LA FORMACIÓN:

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

4. TUTOR: Dedicación, reuniones periódicas

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

5. TUTOR: Accesibilidad, satisfacción, apoyo en el desarrollo de actividades formativas

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

6. ADJUNTOS DEL SERVICIO: Accesibilidad, satisfacción, apoyo en el desarrollo de actividades formativas

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

7. SESIONES GENERALES, CLÍNICAS O ESPECÍFICAS DE LA ESPECIALIDAD:

0=Nunca	1= 1 x mes	2= 2 x mes	3= 1 x semana	4= Más de 1 x semana

8. SESIONES BIBLIOGRÁFICAS, CASOS CLÍNICOS Y/O MORBI-MORTALIDAD:

0=Nunca	1= 1 x mes	2= 2 x mes	3= 1 x semana	4= Más de 1 x semana

9. PARTICIPACIÓN EN SESIONES INTER-SERVICIO, COMISIONES HOSPITALARIAS, GRUPOS DE TRABAJO:

0=Nada	1=Poco	2=Regular	3=Mucho	4=Bastante

10. GRADO DE SUPERVISIÓN DEL TRABAJO ASISTENCIAL:

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

11. FORMACIÓN ASISTENCIAL RECIBIDA (actividad asistencial: clínica, quirúrgica, otros)

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

12. ADQUISICIÓN DE HABILIDADES (clínica, quirúrgica, otros)

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

13. FACILIDAD PARA LA ASISTENCIA A CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

14. PARTICIPACIÓN EN TRABAJOS, PUBLICACIONES Ó INVESTIGACIONES DE TU UNIDAD DOCENTE (Aplicable a partir del 2º Año de Residencia)

0=Nada	1=Poco	2=Regular	3=Mucho	4=Bastante

Explica de qué forma: (posibilidad de varias respuestas)

Presentaciones a Congresos	Publicaciones en revistas	Colaboración en libros	Ponencias en Congresos	Otras

15. VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO:

0=Muy insuficiente	1=Insuficiente	2=Aceptable	3=Satisfactorio	4=Muy satisfactorio

Observaciones (tu opinión es muy importante, sugerencias de mejoras docentes en la UDM-SM):

Informe de No Conformidad

Unidad solicitante:			
Profesional responsable		Fecha:	
Descripción de la No Conformidad			
Análisis			
Solución			
¿Ha sido efectiva? Sí No			

Responsable de cierre:
Fecha: