

Guía Para la formación sanitaria especializada en el Hospital General Universitari de Castelló

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

Servicio que lo presenta	Comisión de Docencia
Fecha de elaboración	Abril de 2008
Fecha de actualización	16 julio 2020
Fecha de revisión	Noviembre 2026

Autor/es	Carácter con que actúan
Enrique Cuñat Albert	Vocal de la Comisión de Docencia
Ricardo Tosca Segura	Vocal de la Comisión de Docencia
Gerard Pitarch Bort	Presidente de la Comisión de Docencia
Pilar Andreu Solsona	Vicepresidenta de la Comisión de Docencia

Servicios implicados en la Guía	Consensuado (poner Si o No)
Comisión de Docencia	Sí
Gerencia	Sí

Gestión de modificaciones	Fecha
Aprobado por Comisión de Docencia	08 noviembre 2022
	28 noviembre 2024

Vº Bº

LA PRESIDENTA DE LA
COMISIÓN DE DOCENCIA

Flavia Pronzato Cuello

**DOCENCIA: Guía Para la formación sanitaria especializada
en el Hospital General Universitari de Castelló**

ÍNDICE

- Docencia postgrado de facultativos especialistas.	3
- La salud del residente.	5
- Examen obligatorio de salud.	5
- Comisión docencia.	6
1. Tablón anuncios – Docencia – Buzón sugerencias	6
2. Funciones.	6
3. Composición	8
4. Duración	10
5. Miembros Comisión Docencia	10
6. Relación de Tutores	12
- Tutor.	14
- Normas generales de los programas de formación.	16
- Programa formativo de especialistas.	17
- Libro del residente.	17
- Tiempo de formación.	18
- Objetivos de la formación.	18
- Actividades docentes.	18
- Cursos de formación continuada.	19
- Actividad asistencial.	19
- Guardias.	19
- Actividad orientada hacia la salud de la población atendida.	20
- Rotaciones fuera del Hospital General Universitari de Castelló.	20
- Sesiones clínicas.	21
- Plan de formación transversal común.	21
- Plan de calidad docencia.	25
- Evaluación de la estructura y función docente del hospital. Encuesta a los residentes.	26
- Procedimientos para la evaluación de los residentes.	26
1. Evaluación sumativa.	26
a) evaluación anual	27
b) evaluación final de residencia	29
2. evaluación continuada o formativa	29
- Papel del tutor en la evaluación del residente: informe anual del tutor	31
- <i>Anexo 1: Protocolo de supervisión y asunción progresiva de responsabilidad del residente</i>	34
- <i>Anexo 2: Protocolo de superv. y organiz. de la activid. Asisten. Y docent. De MIR en el SUH</i>	41
- <i>Anexo 3: Circular de guardias (actualizada a mayo de 2023)</i>	60

Esta es una guía donde constan las directrices generales, estructura, organización y funcionamiento de la formación sanitaria especializada en el Hospital General Universitari de Castelló.

DOCENCIA POSTGRADO DE FACULTATIVOS ESPECIALISTAS

El Hospital General Universitari de Castelló está acreditado para impartir docencia desde poco después de su inauguración en 1967.

En la actualidad tiene acreditada la docencia en 30 especialidades MIR (FIR) y 4 EIR:

- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vasculat
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía General y Apto. Digestivo
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Dermatología y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas)
- Enfermería Pediátrica
- Farmacia Hospitalaria
- Hematología y Hemoterapia
 - Medicina del Trabajo
 - Medicina Familiar y Comunitaria
 - Medicina Física y Rehabilitación
 - Medicina Intensiva
 - Medicina Interna
 - Medicina Preventiva
 - Microbiología y Parasitología
 - Nefrología
 - Neumología
 - Neurofisiología Clínica
 - Neurología
 - Obstetricia y Ginecología
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
 - Pediatría y AA.EE.
 - Radiodiagnóstico
 - Urología

La formación postgraduada es el motivo de la estancia del residente en el Hospital, por tanto toda la actividad asistencial, docente e investigadora que desarrolla debe tener este objetivo. Para ello deberá esforzarse en conseguir una preparación excelente en la especialidad que haya elegido, utilizando todas las oportunidades que le brinda el Hospital durante su estancia en el mismo y, como no, también estudiando libros y revistas de la especialidad correspondiente, dentro y fuera del horario laboral.

Durante el período de formación, TODOS los miembros del Servicio serán referentes docentes, así como los miembros de los Servicios por los que realice rotatorios, que deberán proporcionar la tutela adecuada tanto en la actividad asistencial, en la que adquirirá una responsabilidad progresivamente creciente, como en la actividad investigadora. El siguiente referente es el Tutor de Residentes del Servicio, y después, de forma más general, la Comisión de Docencia, la Dirección Médica y finalmente el Director Gerente..

El Hospital General Universitari de Castelló desea la participación activa del residente en el proceso formativo, por lo que está abierto a cuantas sugerencias, quejas o agradecimientos desee hacer, para poder mejorar más todavía. Así, cualquier problema o inquietud que pueda surgir, debe ser comunicado al tutor, al Jefe de Servicio, a la Comisión de Docencia (a través de su representante de residentes en la Comisión de Docencia, o de la secretaria de la Comisión, o bien directamente al Presidente de la Comisión). En caso de considerar necesario contactar con el Director Médico o con el Director Gerente del Hospital, se puede hacer a través de la Secretaría de Dirección. Existe, además, un buzón de sugerencias junto al tablón de docencia de residentes donde pueden depositarse mensajes para intentar mejorar la docencia del hospital.

El tablón de anuncios de docencia está situado junto a la entrada de la cafetería de personal en la tercera planta.

Todos los órganos con responsabilidad en la formación de especialistas del Departamento de Salud de Castelló, tienen como objetivo que el residente reciba una formación y preste un trabajo, que le permita adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada, destinada a alcanzar de forma progresiva (según avance en su proceso formativo) los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

El contrato que firma le obliga, simultáneamente, a prestar un trabajo y recibir una formación práctica; y a la Conselleria a retribuir dicho trabajo y a facilitar la formación práctica profesional que sea necesaria para la obtención del título de especialista en los términos y con los programas que en cada caso determine la legislación vigente.

Como residente, debe prestar sus servicios bajo la dependencia del responsable de la Unidad en la que se encuentre adscrito en cada momento, con sometimiento a las normas de carácter organizativo y de régimen interno que regulan la actividad de la Unidad.

Como trabajador, prestará sus servicios profesionales con vistas a la misión, visión, valores y consecución de los fines propios del Departamento de Salud de Castellón.

Como Residente dedicará las horas que preste en concepto de atención continuada (guardias) a la asistencia urgente y/o especializada del Área de Salud en las Unidades Asistenciales que, oída la Comisión de Docencia, determine la Dirección del Centro, para cumplir con lo establecido en el programa formativo, desarrollando la actividad de acuerdo con la organización funcional del centro para cumplir con los fines propios de la institución sanitaria. A estos efectos, se aconseja que leer la circular 1/2009 (actualizada en mayo 2023) (pendiente de actualización el link de acceso a la circular). Se añade anexo (anexo 1) con la Circular de guardias.

LA SALUD DEL RESIDENTE

¿Quién me puede ayudar de verdad si creo que tengo problemas?. Nuestra profesión tiene como principal finalidad mejorar la salud de nuestros pacientes, pero ¿y nuestra salud, quién la cuida?. El período de residencia nos sirve fundamentalmente para adquirir conocimientos teóricos y prácticos que posibiliten esta mejora de la salud, pero ¿creemos que lo hacemos?. ¿Hacemos lo que sabemos que es bueno para nuestra salud?. Si el médico no aplica sus propios conocimientos, algo está fallando.

En el momento de la incorporación, el residente se ve obligado a responder a las necesidades de los pacientes, de la institución, a sus obligaciones como trabajador, mientras sus competencias básicas están en proceso de construcción.

La vivencia de que las responsabilidades exigidas por el sistema son excesivas y prematuras es habitual en esta etapa. Hay que recordar que los médicos frecuentemente nos resistimos a aceptar los problemas de salud propios y, por lo tanto, a actuar consecuentemente y a aceptar ayuda cuando estamos enfermos. Seguramente los MIR no escapan a esta tónica. Es importante, pues, que ante una enfermedad común o accidente que el residente pueda sufrir, se le anime a tener su propio médico de cabecera, a ser atendido por circuitos que le aseguren una buena atención y a desechar la costumbre de hacer consultas “de pasillo” o de auto medicarse. El **PAIME** (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del Colegio Oficial de Médicos de Castellón ofrece asistencia especializada y confidencial a los profesionales de la medicina (y por lo tanto también a los residentes) cuando tienen problemas psíquicos o de conductas adictivas, con tal de asegurar que reciban un tratamiento adecuado y, por consiguiente, puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles de salud para sus pacientes. El teléfono de atención directa para recibir ayuda es: 964220012. Puedes encontrar más información en <https://comcas.es/portal/paime/index.aspx>. La **Fundación Galatea** trabaja en diferentes programas del ámbito de la prevención y promoción de la salud de los médicos. Con la colaboración de los Laboratorios Almirall, ha editado un manual titulado “La salud del MIR” al que tenéis acceso a través de la página web: <http://www.fgalatea.org>

En el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital General U. de Castellón informarán sobre temas de salud en el lugar de trabajo, tanto acerca de aspectos técnicos (riesgos biológicos, químicos, ergonómicos y físicos) como psicosociales (cargas de trabajo, turnos laborales, estrés, discapacidades...) y atenderán cualquier consulta relacionada con la salud laboral de manera confidencial.

EXAMEN DE SALUD OBLIGATORIO

A partir de la Convocatoria MIR 2005/06 se establece la obligación de realizar a los médicos adjudicatarios de las plazas un examen de salud. Desde el año 2022 este examen se realizará previamente al período de la toma de posesión de la plaza, para comprobar que no sufren ninguna enfermedad ni están afectados por ninguna limitación física o psíquica incompatible con las actividades profesionales que exige el correspondiente programa formativo de la especialidad elegida. El contrato quedará sin efecto si, una vez completado todo el procedimiento previsto en la convocatoria, en virtud de la cual el residente obtuvo plaza, se resuelve la no superación del mencionado examen médico.

Este reconocimiento médico es de carácter obligatorio y se realiza en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital General Universitari de Castelló. Además de esta concreción legal, sabemos que son muchas las circunstancias que hacen que la residencia sea un período sometido al estrés. Es por ello que en la atención a la salud del MIR por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales será especialmente importante: el seguimiento periódico (que permita detectar la adaptación y evolución del profesional novel), adaptar posibles itinerarios formativos, incidir en las medidas preventivas y promover hábitos laborales saludables.

Adicionalmente, los adjudicatarios de plaza en formación deberán aportar en el acto de toma de posesión de sus plazas el certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales del Ministerio de Justicia, acreditativo de que no han sido condenados por delitos contra la libertad e indemnidad sexual.

COMISION DE DOCENCIA

La comisión de docencia es el órgano colegiado al que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades.

La comisión de docencia facilitará la integración de las actividades formativas con las asistenciales ordinarias del Departamento de Salud de Castellón, en la planificación profesional junto a los distintos órganos de dirección. Los tutores de cada servicio o unidad docente acreditada, como representantes de la comisión de docencia, deben estar en continua comunicación con el jefe asistencial de la unidad, para garantizar la adecuada integración de la actividad asistencial con la formativa. En el caso de existir disparidad de criterios y falta de consenso, el tutor levantará acta de la situación y la comunicará a la comisión de docencia para su valoración y dictamen, que se comunicará al jefe de la unidad y al director médico del hospital, o al director de atención primaria si afectara también al ámbito de la Atención Primaria, al igual que al director gerente del Departamento de Salud de Castellón. Desde la Comisión de Docencia se entiende que la actividad asistencial tiene también un carácter docente, en tanto en cuanto posibilita poner en práctica y practicar los conocimientos, habilidades y actitudes que se van adquiriendo de forma progresiva.

El presidente de la comisión de docencia será el jefe de estudios, y le corresponderá la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la docencia especializada.

La secretaría de la Comisión de Docencia está situada en la planta baja del edificio anexo al Hospital General (antigua Caja de Reclutas). El teléfono de contacto es el 964 725088 (Tel. Interno: 454450) y la dirección de correo electrónico es comisiondocencia_hgucs@gva.es.

Podéis encontrar más información en el apartado de Docencia de la página web del Depto. de Salud de Castellón: <https://castellon.san.gva.es/es/especialistas>.

TABLÓN DE ANUNCIOS – DOCENCIA – BUZÓN DE SUGERENCIAS

Existe un tablón de anuncios para Residentes situado junto a la puerta de acceso a la cafetería de personal (3ª Planta). Junto a ellos se encuentra un buzón de sugerencias para recoger aquellos temas que los trabajadores del centro consideren de interés.

Además de este tablón de anuncios físico existe uno en la página web del hospital, en el apartado de docencia.

También se pueden enviar las preguntas o sugerencias a la dirección de correo electrónico de la Comisión de Docencia: comisiondocencia_hgucs@gva.es.

FUNCIONES DE LA COMISION DE DOCENCIA

1. Aprobar y modificar su reglamento interno de funcionamiento.
2. Facilitar la integración entre la actividad asistencial y la formativa.
3. Facilitar la coordinación docente entre los diversos niveles asistenciales.
4. Aprobar un itinerario formativo tipo o estándar de cada una de las especialidades que formen especialistas. El tutor de cada especialidad hará una propuesta del itinerario a la comisión, que garantizará el cumplimiento de los objetivos y contenidos del programa oficial de la especialidad, se adaptará a las características específicas de cada centro o unidad.
5. Garantizar que cada uno de los residentes de las especialidades que se formen en el Hospital, cuentan con el correspondiente plan individual de formación, verificando en colaboración con los tutores de la especialidad de que se trate, su adecuación a la guía formativa o itinerario tipo antes citado. El plan individual de formación lo realizará el tutor.
6. Aprobar el plan de gestión de calidad docente del centro o unidad docente, supervisando su cumplimiento, a cuyos efectos les será facilitada cuanta información sea necesaria por los responsables de las unidades asistenciales y por los correspondientes órganos de dirección y gestión.
7. Elaborar el protocolo de supervisión de los residentes en los términos establecidos en la legislación vigente, para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, como Urgencias y otras que se considere de interés.

8. Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorías docentes.
9. Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios, reuniones científicas, si están relacionadas con el programa formativo, tienen el visto bueno del tutor, jefe de asistencial de la unidad, y se redacta un informe razonado de las bondades del curso, objetivos a conseguir e idoneidad de su asistencia. El número total de días dedicados a estas actividades en el curso, no debe suponer una merma importante de tiempo dedicado a la formación de los distintos rotatorios del plan individual de formación, y por tanto afectar a la consecución de los objetivos docentes de dicha rotación (actualmente la Normativa permite 70 horas al año. Pendiente realización de un itinerario que permita la autorización, de manera excepcional, de sobrepasar las 70 horas de formación).
10. Facilitar la formación continuada de los tutores en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
11. Participar en la acreditación y re acreditación de tutores en los términos que establezca la Conselleria de Sanitat.
12. Cada año se realizará un estudio de la capacidad docente de cada unidad acreditada y se informará a la Dirección del hospital.
13. Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su presidente, las evaluaciones finales y anuales, así como los resultados de sus revisiones y los períodos de recuperación que en su caso correspondan, en los términos previstos en la legislación vigente.

Asimismo, las comisiones de docencia notificarán al Registro Nacional de Especialistas en Formación las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración período formativo, según las instrucciones que dicte el mencionado registro.
14. Comunicar por escrito a los residentes el lugar donde se ubicará el tablón/es oficial/es de anuncios de la Comisión en el que se insertarán los avisos y resoluciones de la misma. Esta comunicación habitualmente se hace mediante la entrega de la Guía de Bienvenida al residente de primer año.

La existencia de dicho tablón 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.
15. Procurar que en los dispositivos del centro o unidad se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes, así como para llevar a cabo la evaluación formativa de las actividades de los mismos, procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales en los términos previstos en la legislación vigente.
16. Procurar que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el centro o unidad docente, exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y postgrado y la formación especializada en ciencias de la salud.
17. Proponer a los correspondientes órganos de dirección que adopten las medidas necesarias para que se dote a las comisiones de docencia y a los tutores de los medios materiales y personales que sean necesarios para la adecuada realización de sus funciones.
18. Garantizar la coordinación y suma de esfuerzos con la Comisión de Calidad Docencia, coincidiendo el nombramiento de presidente, vicepresidente y secretario de ambas comisiones, y haciendo convocatoria conjunta de ambas comisiones cuando el presidente, o en su defecto el vicepresidente, lo considere oportuno y beneficioso.
19. Cuantas funciones les asignen las Comunidades Autónomas, o les atribuyan las disposiciones reguladoras de la formación sanitaria especializada.
20. Aprobar las actas de sus sesiones.

COMPOSICIÓN DE LA COMISION DE DOCENCIA

1. En la Comisión de Docencia existirá, en todo caso, representación mayoritaria de los tutores de la formación y de los residentes.
2. La presidencia de la Comisión de Docencia corresponderá al Jefe de Estudios de formación especializada, que será nombrado por el Gerente del Departamento.
3. Un vicepresidente de la Comisión, que sustituirá al Presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad, será nombrado por el Gerente del Departamento a propuesta del Presidente de la Comisión de Docencia entre profesionales con vocación docente.
4. Las funciones de Secretario, con voz pero sin voto, serán desempeñadas por la persona que designe la Comisión de Dirección entre el personal de los servicios administrativos. Designándose de igual forma un Secretario suplente en caso de vacante, ausencia o enfermedad.
5. El número de vocales en la Comisión de Docencia será como máximo de 20, más el secretario.
6. Existirá una representación mayoritaria del conjunto de los tutores y residentes, a cuyos efectos se tendrá en cuenta el número de titulaciones y naturaleza de las especialidades, el número de residentes que se formen en cada una de ellas, así como las características de la unidad o del hospital. Habrán cuatro representantes de los tutores hospitalarios elegidos por votación entre todos ellos, preferentemente uno por cada uno de los cuatro bloques (Materno-Infantil, Servicios Centrales, Servicios Médicos y Servicios Quirúrgicos). También habrán otros cuatro representantes de los residentes, preferentemente uno de cada bloque, incluyendo a los residentes de medicina del trabajo, que serán elegidos por votación por los residentes de cada bloque. Cuando algún tutor o residente cese como miembro de la comisión antes de finalizar su nombramiento, le sustituirá el siguiente en número de votos; si éste no existe, el miembro saliente propondrá un sustituto y en su defecto lo propondrá el presidente de la comisión. En todos los casos debe tener la aprobación de la Comisión y el nombramiento será por el tiempo que quede hasta la siguiente votación.

BLOQUES Unidades Docentes	Nº Resid/año	Total Residentes	Máx. MIR por Bloque
MATERNO-INFANTIL-INTENSIVOS			
GINE-OBSTETRICIA	2	8	34
PEDIATRIA	4	16	
MEDICINA INTENSIVA	2	10	
SERVICIOS CENTRALES			
ANALISIS CLINICOS	1	4	52
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	4	
FARMACIA	2	8	
RADIODIAGNOSTICO	3	12	
MICROBIOLOGIA	1	4	
NEUROFISIOLOGIA	1	4	
MED TRABAJO	2	8	
HEMATOLOGIA	2	8	
SERVICIOS MÉDICOS			
ALERGOLOGÍA	1	4	69
CARDIOLOGÍA	2	10	
APARATO DIGESTIVO	2	8	
ENDOCRINOLOGÍA	1	4	
MEDICINA INTERNA	3	15	
MEDICINA PREVENTIVA Y S.P.	1	4	
NEFROLOGIA	2	8	
NEUMOLOGÍA	1	4	
NEUROLOGIA	1	4	
REHABILITACIÓN	2	8	
SERVICIOS QUIRÚRGICOS			
ANESTESIA RYUD	3	12	64
ANGIOLOGÍA Y CIR. VASCULAR	1	5	
DERMATOLOGÍA	1	4	
CIRUGIA GRAL Y AD	2	10	
COT	3	15	
ORL	1	4	
OFTALMOLOGIA	1	4	
UROLOGIA	2	10	

7. Al menos un vocal de la Comisión de Docencia será designado en representación de la Comunidad Autónoma por el órgano competente de la misma en materia de formación sanitaria especializada.
8. Un vocal designado por la Dirección como órgano de dirección coordinador de la infraestructura asistencial.
9. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se garantizará mediante la incorporación a la Comisión, de jefes de estudios de formación especializada (antes denominados coordinadores de Unidad Docente) y de vocales de residentes que representen al otro nivel. Por tanto habrá representación de la Comisión de Docencia de Medicina Familiar y Comunitaria (jefe y un residente), de Medicina del Trabajo (jefe) y de Matronas (tutora).
10. Un representante del Comité de Evaluación e Investigación Clínica (actual CEIM) o de la Comisión de Investigación Clínica, con nombramiento de tutor a elegir por la Comisión de Docencia.
11. La tutora de Urgencias Hospitalarias.

12. En los procedimientos de revisión de las evaluaciones podrán incorporarse a la Comisión de Docencia, a los solos efectos de dichos procedimientos, los vocales que corresponda en los términos y supuestos previstos por la legislación aplicable.

DURACIÓN

La duración del nombramiento de los miembros de la Comisión de docencia será de cuatro años, excepto de los representantes de los residentes que será de dos años.

MIEMBROS COMISION DOCENCIA

JEFA DE ESTUDIOS y PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

D^a Flavia Pronzato Cuello. Médico Especialista de Pediatría. Hospital General Universitari de Castelló

VICEPRESIDENTE DE LA COMISION DE DOCENCIA

D. Ricardo Tosca Segura. Jefe de Servicio de Pediatría.

COORDINADOR CURSOS EVES

D. Juan Bou Estelles. Responsable de la Unidad de Formación.
Despacho en el pasillo de Dirección (adjunto a Dirección de Enfermería).

COORDINADOR DE LA UNIDAD DOCENTE de Medicina Familiar y Comunitaria.

D. José Baleriola Julve
Edificio Anexo Hospital General Universitari de Castelló

COORDINADORA DE LA UNIDAD DOCENTE de Medicina del Trabajo

D^a Angelina Martín Herrera
Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral. Valencia



Composición Comisión de Docencia Hospital General Universitario de Castelló
(Noviembre 2024)

Estructura	Miembros	Adscripción actual
Presidenta	D^a Flavia Pronzato Cuello	Servicio Pediatría Hospital General U. Castelló
Vicepresidente	D. Ricardo Tosca Segura	Jefe Servicio Pediatría Hospital General U. Castelló
Representante de la Comunidad Autónoma	D. Elías Aguilera Arzo	Inspección Médica. Dirección Territorial Sanidad Castellón
Representante de la Unidad Docente	D. José Baleriola Julvez	Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria
Representante de estudiantes grado UJI	D^a Elena Sorli Clemente	Servicio Oftalmología. Hospital General U. Castelló.
Representante de Subcomisión de enfermería Especializada	D^a Eva Arconada Sans	Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital General U. Castelló
Representante órgano de Dirección coordinador infraestructura asistencial	D. Raúl Ferrando Piqueres	Gerente Hospital General U. Castelló
Representante de Medicina del Trabajo	D^a Angelina Martín Herrera	Coordinadora Formación MIR Medicina del Trabajo
Representante CEIm (Comisión Ética de Investigación de Medicamentos)	D. Raimundo García Boyero	Servicio Hematología Hospital General U. Castellón
Representantes de los tutores	D. Sergio García Muñoz Bloque Servicios Centrales	Servicio Farmacia Hospitalaria Hospital General U. Castelló
	D^a Susana Altaba Tena Bloque Servicios Médicos	Servicio Medicina Intensiva Hospital General U. Castelló
	D^a Laura Granel Villach Bloque Servicios Quirúrgicos	Servicio Cir. Gral. Y Apto. Dig. Hospital General U. Castelló
	D^a Gloria Gil Grangel Bloque UDM Pediatría	Servicio Pediatría y sus AA.EE. Hospital General U. Castelló
Representantes de los Residentes	D. David Marín Delgado Bloque Servicios Centrales. R4	Servicio Farmacia Hospitalaria Hospital General U. Castelló
	D. Ignasi Segarra Vidal Bloque Servicios Médicos. R4	Servicio Cardiología Hospital General U. Castelló
	D. Pedro Javier Plazas Font Bloque Servicios Quirúrgicos. R4	Servicio Cir. Gral. Y Apto. Dig. Hospital General U. Castelló
	D^a Gema Fernández Lozano Bloque UDM Pediatría. R3	Servicio Pediatría y sus AA.EE. Hospital General U. Castelló
Vocales	D^a Ester Picazo Domingo	Servicio de Urgencias Hospital General Universitario Castelló
	D. Juan Bou Esteller	Adjunto Docencia Dirección de Enfermería.

RELACIÓN DE TUTORES Y ÁREA PEDAGÓGICA CORRESPONDIENTE

ESPECIALIDAD	Apellidos	Nombre
ALERGOLOGÍA	TORRES GORRIZ	M ^ª CRUZ
ANALISIS CLINICOS	MARTÍNEZ GASPAR	TERESA
ANALISIS CLINICOS	PALAU CANOS	TERESA
ANATOMIA PATOLÓGICA	ANDRADE CADENA	PAUL
ANATOMIA PATOLÓGICA	NICOLAU RIBERA	M ^ª JESÚS
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN	ABRIL TIRADO	CRISTINA
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN	AZNAR MILLÁN	OLGA MARÍA
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN	DE MIGUEL CABRERA	M ^ª ISABEL
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN	JÁTIVA PORCAR	M ^ª ROSA
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	GENOVÉS GASCÓ	BEATRIZ
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	PIQUERES FALCÓ	CLARA
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	MOLINA CASABÁN	MARTA
APARATO DIGESTIVO	RODRÍGUEZ INSA	RAÚL
APARATO DIGESTIVO	FIGUEROLA SORIA	ANNA
APARATO DIGESTIVO	FORÉS BOSCH	ANA
CARDIOLOGIA	PÉREZ GOZALBO	JANA M ^ª
CARDIOLOGIA	PERNIAS ESCRIG	VICENTE
CARDIOLOGIA	VENTURA HARO	SILVIA
CARDIOLOGIA	MELERO LLORET	JOANA
CARDIOLOGIA	GUNTURIZ BELTRÁN	CLARA
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	BELTRÁN HERRERA	HOMERO ALFREDO
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	COSA RODRÍGUEZ	REBECA
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	GÓMEZ TORRES	IRENE
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	GRANELL VILLACH	LAURA
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	MAIOCCHI	ANA KARINA
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	QUERALT MARTÍN	RAQUEL
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	PASTOR MORA	JUAN CARLOS
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	ALIAGA HILARIO	ELENA
CIRUGÍA GENERAL Y A.D.	MENOR DURAN	PEDRO DANIEL
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMAT.	FERNANDEZ FERNANDEZ	NURIA
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMAT.	BENAVENTE LAZO	WILLIAM PAUL
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMAT.	MESADO VIVES	ADELA
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMAT.	JORDÁ GÓMEZ	PABLO
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMAT.	RAMÓN LÓPEZ	KATIA
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMAT.	ROMERO MARTINEZ	JOSE MIGUEL
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	ABELLÁN GALIANA	PABLO
FARMACIA HOSPITALARIA	COMPANY ALBIR	M ^ª JOSE
FARMACIA HOSPITALARIA	GARCÍA MUÑOZ	SERGIO
HEMATOLOGÍA-HEMOTERAPIA	SERRANO PICAZO	LUIS
HEMATOLOGÍA-HEMOTERAPIA	FREIRIA ALBERTE	CARMEN

HEMATOLOGÍA-HEMOTERAPIA	CLARÓS BARRACHINA	NURIA
M. FAMILIAR Y COMUNITARIA	PICAZO DOMINGO	ESTER
MEDICINA DEL TRABAJO	BELLIDO CAMBRÓN	M ^ª CARMEN
MEDICINA DEL TRABAJO	DUNCA BLOANCA	ALINA
MEDICINA FÍSICA Y RHB	PEÑA PACHES	LAURA
MEDICINA FÍSICA Y RHB	PINA BUDET	SANTIAGO
MEDICINA FÍSICA Y RHB	VAZQUEZ DÍEZ	JUAN BAUTISTA
MEDICINA INTENSIVA	ALTABA TENA	SUSANA
MEDICINA INTENSIVA	BERNAL JULIÁN	FRANCISCO
MEDICINA INTENSIVA	GALARZA BARRACHINA	LAURA
MEDICINA INTENSIVA	HERMOSILLA SEMIKINA	IRINA
MEDICINA INTENSIVA	MATEU CAMPOS	LIDON
MEDICINA INTERNA	CERVERA CABRERA	PAULA
MEDICINA INTERNA	DÍAZ CARLOTTI	MARITZA DANIELA
MEDICINA INTERNA	GUINOT SOLER	M ^ª TERESA
MEDICINA INTERNA	RUIZ PADILLA	FRANCISCO JAVIER
MEDICINA INTERNA	PASCUAL CASTELLANOS	GUILLEM
MEDICINA PREVENTIVA	CARBALLIDO FERNÁNDEZ	MARIO
MICROBIOLOGÍA	SABATER VIDAL	SUSANA
MICROBIOLOGÍA	MORENO CORDOBA	MARTA
NEFROLOGÍA	PASCUAL FELIP	M ^ª JOSE
NEFROLOGÍA	PÉREZ ALBA	ALEJANDRO
NEUMOLOGIA	FABREGAT NEBOT	SANDRA
NEUMOLOGÍA	ROMERO FRANCES	LAURA
NEUMOLOGÍA	CUENCA PERIS	SELENE
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	GHINEA NUTA	ALINA DENISA
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	PARRA ESCORIHUELA	SILVIA
NEUROLOGÍA	RENAU LAGRANJA	JULIA
NEUROLOGÍA	CAMPILLO ALPERA	M ^ª SOLEDAD
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	CHACALTANA	HUGO
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	SERRA RUBERT	ANNA
OFTALMOLOGÍA	GURREA ALMELA	MARIA
OFTALMOLOGÍA	EL ABDELLAH HAJJI	NAHED
OFTALMOLOGÍA	VILLALONGA PESUDO	MARIA DEL ROSARIO
OFTALMOLOGÍA	SURIANO	MAYERLING MERCEDES
OTORRINOLARINGOLOGÍA	BOTERO VARGAS	MAYRA
PEDIATRIA Y SUS AAEE	GIL GRANGEL	GLORIA
PEDIATRIA Y SUS AAEE	MOLINI MENCHÓN	NATALIA
PEDIATRIA Y SUS AAEE	MORELL ÚBEDA	CARLOS
PEDIATRIA Y SUS AAEE	ALVAREZ MARTIN	MARTA
PEDIATRIA Y SUS AAEE	CUBELLS SERRA	INMACULADA
PEDIATRIA Y SUS AAEE	DAPENA ARCHILES	MARTA
PEDIATRIA Y SUS AAEE (LA PLANA)	SALIDO CAPILLA	CRISTINA

RADIODIAGNÓSTICO	EXPÓSITO DÍAZ	RUTH
RADIODIAGNÓSTICO	GRIMALT GARCÍA	LAURA
RADIODIAGNÓSTICO	LORENZO GÓRRIZ	ANTONIO
RADIODIAGNÓSTICO	NAVARRO BALLESTER	ANTONIO
RADIODIAGNÓSTICO	REVERT ESPI	RAFAEL
RADIODIAGNÓSTICO	TAMAYO VÁSQUEZ	ALEJANDRO
RADIODIAGNÓSTICO	HERRANZ MARTÍN	ELENA
RADIODIAGNÓSTICO	DIAZ-USECHI LAPLAZA	RAÚL
RADIODIAGNÓSTICO	APARISI PONS	MARC
UROLOGÍA	BARRIOS ARNAU	LAURA
UROLOGÍA	MONSONÍS USÓ	ROSA
UROLOGÍA	MARTINEZ MENEU	PEDRO
UROLOGÍA	GARAU PERELLÓ	CARMEN
UROLOGÍA	PONCE BLASCO	PAULA
UROLOGÍA	RODRIGO ALIAGA	MIGUEL
EIR OBS Y GINE (MATRONAS)	ARCONADA SANS	EVA
EIR OBS Y GINE (MATRONAS)	HONRUBIA CEBRIAN	M ^ª DOLORES
EIR OBS Y GINE (MATRONAS)	LABERNIA GIMENO	SARA
EIR FAMILIA	BOIX SALES	M ^ª MAR
EIR TRABAJO	HERNANDO SACRISTAN	JAIRO
EIR TRABAJO	SAMPER GOTERRIS	CARLOS
EIR PEDIATRIA	MORENO GARRIGA	M ^ª ROSA
EIR PEDIATRIA	CORTES ZAPATERO	ESTHER

TUTOR

1. El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.
2. El perfil profesional del tutor se adecuará al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad.
3. 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. Asimismo, el tutor, con la finalidad de seguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con los residentes, otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.
4. El tutor, que, salvo causa justificada o situaciones específicas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialistas, será el mismo durante todo el período formativo, tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes y, como mínimo, un residente a su cargo.
5. Las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas.
6. La designación de tutor se efectuará por el Director Gerente. El jefe de La Unidad Asistencial propondrá mediante informe motivado a la Comisión de Docencia el nombramiento de tutor de su especialidad, y el

cese cuando proceda, entre los facultativos de La Institución que se encuentren en posesión del título de especialista correspondiente. Si la comisión valora su idoneidad elevará la propuesta al Director Gerente.

7. Son funciones del tutor:

- Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.
- Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.
- La propuesta, a la Comisión de Docencia, de los planes individuales de formación, para cada uno de los Especialistas en formación a su cargo.
- Dar a los residentes y especialistas instrucciones escritas específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias del residente. (Punto4, art 15-183/2008)
- La supervisión directa y continuada de la realización de los programas señalados a los Especialistas en formación a su cargo, y el control de su actividad asistencial en cuanto forme parte del programa, sin perjuicio de las facultades de dirección que competen al Jefe de la unidad asistencial.
- El fomento de la participación en actividades docentes e investigadoras de la unidad acreditada.
- La evaluación continuada o formativa, anual y final de los Especialistas en formación, y y en las revisiones que proceda.
- La elaboración de una memoria anual de las actividades docentes, con participación específica de los Especialistas en formación en cada unidad acreditada, y su remisión una vez visada por el jefe de la Unidad, a la Comisión de Docencia.
- Elaboración de una descripción de la organización de las guardias de los residentes de su unidad, y de los de otras unidades que realicen guardias en su servicio.
- Revisar mensualmente el libro del residente.
- Custodiar los expedientes de los residentes.
- Realizar y custodiar los registros de cuantificación de los objetivos teórico-prácticos del programa de formación.
- Comunicar las actividades docentes (teóricas de formación) a los residentes y al presidente de la comisión de docencia para el cumplimiento de la Guía de Actividades Docentes (GIADO).
- Participar en los Comités de Evaluación.

NORMAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN.

Dentro de las normas generales y comunes a todos los programas de formación establecidos en virtud de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, se recogen los siguientes requisitos:

1. Estar en posesión del título oficial, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, legalmente establecido en función de la Especialidad.
2. Haber superado la prueba de oposición a nivel nacional (MIR, FIR, BIR, etc.)
3. Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el Hospital General Universitari de Castelló y el especialista en formación.
4. La formación mediante residencia es incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado. Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo.
5. La duración de la residencia será la fijada en el programa formativo de la especialidad.
6. Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa de formación, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.
7. La actividad profesional de los residentes será planificada por los responsables de los servicios conjuntamente con la comisión de docencia de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del Hospital.

Otra legislación de interés:

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

Para más información, en la página web del Ministerio de Sanidad está toda la normativa con referencia a la formación de especialistas:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/formacionEspecializada/registroNacional/home.htm>

PROGRAMA FORMATIVO DE ESPECIALISTAS

La Comisión Nacional de cada Especialidad ha elaborado un programa formativo de Especialista, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde consta el programa docente de obligado cumplimiento a lo largo de la estancia en el Hospital como especialista en formación. Es aconsejable que los residentes lo lean y consulten regularmente. Se entrega al residente junto con el libro del residente, en el momento de elegir la plaza.

Los programas formativos de las diferentes especialidades se han publicado en el B.O.E. y se pueden consultar en la siguiente dirección del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/formacionEspecializada/acreditacionUnidadesDocentes/legislacion/programasVigor/home.htm>

El sistema de formación de un facultativo especialista tiene por objeto facilitar la adquisición por el residente de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para prestar con eficacia la asistencia a los pacientes de su especialidad, tanto en el medio hospitalario como en el extra hospitalario, para realizar funciones de diagnóstico, tratamiento, prevención, promoción de la salud, educación sanitaria y, para asumir su autoformación continuada.

El plan formativo de la especialidad está adaptado a cada unidad docente (el servicio en el hospital, los otros servicios implicados, las rotaciones en otros hospitales y demás dispositivos sanitarios implicados), a través de su correspondiente Guía/Itinerario Formativo Tipo. El tutor debe entregar al residente esta guía tipo a su llegada al servicio.

Además, la guía tipo se adapta a las necesidades y características de cada residente a través del Plan Individual de Formación, que diseñarán de forma conjunta el residente y su tutor año tras año.

LIBRO DEL RESIDENTE

El libro del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo. Tiene carácter obligatorio pero no hay que olvidar que también es un derecho del residente que se lo supervise el tutor y el comité de evaluación. En el libro se hace el registro individual de actividades que evidencian el progreso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.

En el libro se deben registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas. Debe servir de instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

El Libro es un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente. El Libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre PROTECCIÓN DE DATOS de carácter personal y secreto profesional.

La comisión nacional de cada especialidad debe diseñar la estructura básica del libro y posteriormente será aprobado por el Ministerio de Sanidad. Mientras esto no se haga en todas las especialidades, se utilizará el libro del residente diseñado y aprobado por la Comisión de docencia de este hospital que sigue la filosofía de portafolios reflexivo.

Desde 2014 se está utilizando un libro del residente diseñado por la Comisión de docencia uniforme para todo el hospital, con una estructura más cercana al portafolios, con una reflexión sobre el proceso formativo. Se puso en marcha en la promoción de residentes que empezó en el periodo 2014-15 por lo que es de obligado cumplimiento para los residentes que empezaron ese año y posteriores.

TIEMPO DE FORMACIÓN

Cada especialidad tiene un período de formación entre cuatro y cinco años. La duración, descontadas las vacaciones, no podrá ser inferior al 75% del programa para superar la evaluación anual. En casos de ausencia justificadas por causas mayores y/o legalmente establecidas como la incapacidad temporal (baja) o el descanso maternal, la Comisión de Docencia proveerá los procedimientos oportunos para la posible recuperación.

En función del período de formación legislado, las especialidades de cinco años son: Angiología y Cirugía Vasculuar, Cardiología, Cirugía General y Digestiva, Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Medicina Intensiva, Medicina Interna y Urología; y el resto son de cuatro años.

OBJETIVOS DE LA FORMACION

Los objetivos en la formación de los futuros especialistas durante su período de residencia, con carácter general y sin perjuicio de la especificidad de determinadas especialidades, son los que se describen a continuación:

- Conocer y cumplir la legislación y normativa vigente relacionada con su actividad asistencial, docente e investigadora.
- Conocer y respetar los derechos y deberes de los pacientes.
- Conseguir capacidad y dominio en la obtención de información a través de la anamnesis, de la realización de una exploración física adecuada, el uso e interpretación de las pruebas complementarias, todo dentro de la metodología diagnóstica, para llegar a un juicio diagnóstico, y siempre plasmándolo de forma legible en la historia clínica.
- Familiarizarse con la interpretación de los resultados de las diferentes tecnologías diagnósticas, aprendiendo sus características y también las limitaciones de los datos que suministran. Debe entrenarse para efectuar por sí mismo las técnicas más habituales de la práctica clínica diaria, pudiendo además desarrollar con mayor profundidad determinadas técnicas según las características del servicio donde se forme.
- Adquirir responsabilidad plena en el cuidado del paciente, atendiendo muy especialmente los aspectos referentes a la relación médico-paciente y con conocimiento y pleno respeto a los derechos del paciente recogidos en el ordenamiento jurídico sanitario.
- Llevar a cabo su labor asistencial con la consiguiente formación científica, aprendiendo a utilizar las fuentes de datos científicos (bases de datos bibliográficas, revistas médicas) de forma adecuada, de acuerdo con la filosofía general de la Medicina Basada en la Evidencia. También debe adquirir conocimientos de Epidemiología Clínica con el fin de desarrollarse tanto en tareas asistenciales, como docente y de investigación (adquirir capacidad para el desarrollo de proyectos de investigación clínica). Debe aprender a comunicar su experiencia y desarrollar su propia metodología de trabajo.

ACTIVIDADES DOCENTES

Los diferentes servicios organizan sesiones clínicas y bibliográficas, siendo obligatoria la asistencia de los Residentes, puesto que se organizan para familiarizar a los mismos con la adquisición de criterios clínicos, y mejorar su habilidad en la utilización y valoración de técnicas de diagnóstico, además de contribuir a la actualización continuada de conocimientos. Se trata, de conseguir su participación activa, por lo que serán los propios residentes coordinados por el tutor, quienes preparen las sesiones bajo la supervisión del tutor y el Jefe del Servicio.

También deben asistir los residentes a las Sesiones Clínicas Generales de Hospital, para lo cual se les comunicará su realización con antelación suficiente. Esta información constará en el tablón de anuncios de Docencia.

La Comisión de Docencia propondrá anualmente la realización de cursos de formación de especial interés para los residentes, sobre todo los publicados en el DOGV con la organización de la EVES (Escuela Valenciana de Estudios de la Salud), y teniendo en cuenta las preferencias mostradas por los mismos. El Hospital facilitará la participación de los residentes en aquellos cursos que resulten de utilidad para su formación.

El Curso de Protección Radiológica, de obligatoria realización para todos los residentes, está organizado por la EVES a través de su oferta de cursos online de formación transversal para residentes.

El Hospital posibilita la utilización de sus instalaciones para el desarrollo de las actividades docentes de interés.

CURSOS FORMACION CONTINUA Y CONTINUADA

Desde el despacho de Formación Continua y Continuada, la enfermera responsable de la Unidad de Docencia, realiza una labor que puede ser interesante para vosotros y debéis conocer. Organiza los cursos de formación continuada y continua que se imparten en nuestro Hospital, a través de la Escuela Valenciana para Estudios de la Salud (EVES), y vehiculiza las solicitudes de estos cursos en nuestro centro. Algunos cursos son muy interesantes para vosotros. Sus bases se publican el D.O.C.V. durante los últimos meses de cada año.

Por otro lado, se ha puesto en marcha una plataforma de formación del Departamento de Salud (Plataforma't) donde se podrán realizar cursos de formación continuada por el personal del departamento.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y REponsABILIDAD PROGRESIVA

El especialista en formación debe incorporarse plenamente a las labores asistenciales del servicio en el que se encuentre rotando, bajo la supervisión de un médico de plantilla de acuerdo con su grado de formación. Se debe cumplir con el Protocolo de Supervisión y Asunción Progresiva de Responsabilidad del Residente de la Comisión de Docencia y de cada uno de las Unidades que dispongan uno específico, como es el caso del servicio de Urgencias Hospitalarias.

Se debe facilitar la progresiva adopción de responsabilidades, dependiendo del año de formación, de las habilidades, aptitudes y actitud del residente.

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física, y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos servicios del centro o unidad por los que están rotando o prestando servicios de atención continuada (guardias). Por tanto los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos de relevancia clínica o administrativa relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

GUARDIAS

Durante todo el período de formación el residente realizará Guardias Médicas en diferentes unidades asistenciales y con responsabilidad diferente de acuerdo al año de formación, siguiendo los criterios de la Programa formativo de su Especialidad y la Circular 1/2009 del Director Gerente del Departamento de Salud Castellón. **(ANEXO V del Manual de Acogida y en el sitio: aplicaciones departamentales/documentación/circulares** ((acceso solo desde la red sanitaria)).

Los documentos de relevancia clínica no los puede firmar solo el residente de primer año; éstos deben tener el visado del especialista que le supervisa.

En todo momento el residente debe seguir el protocolo de supervisión y asunción progresiva de responsabilidad.

La Comisión de Docencia no cree conveniente convalidar las guardias en Urgencias, salvo en aquellos casos que el Ministerio haya aceptado la convalidación de todo un curso o año de residencia.

ACTIVIDAD ORIENTADA HACIA LA SALUD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Las actividades que realizará el residente desde el punto de vista de la población atendida serán:

1. Atención integrada sobre todo el proceso de enfermar. Desarrollo de actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población de forma integrada, basándose en:

- a) El conocimiento de los factores que condicionan el enfermar no solo de las personas sino también de la población.
- b) El dominio de las técnicas necesarias para modificarlos a lo largo de todo el proceso de enfermar.

2. Actividades de investigación. Con el fin de priorizar la intervención sobre los problemas de salud más importantes en la población y la atención especial a los grupos de riesgo, es necesario adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para:

- c) Detectar los problemas de salud y los grupos de riesgo.
- d) Estudiar y valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de los métodos diagnósticos y de las intervenciones terapéuticas existentes.
- e) Programar la utilización eficiente de los recursos disponibles.
- f) Evaluar las actividades realizadas.

3. Coordinación con otros niveles de asistencia sanitaria, especialmente la atención primaria de salud.

ROTACIONES FUERA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

Durante el periodo de formación el residente pasará la mayor parte del tiempo en el Servicio correspondiente a su especialidad, pero también realizará rotatorios por otros Servicios del Hospital, diferentes para cada especialidad, e incluso por otros hospitales. Estos rotatorios externos son muy importantes en la formación, incluso en algunas ocasiones imprescindibles, y posibilitan contactar con otros grupos de trabajo, que siempre es muy enriquecedor.

Las rotaciones externas NO PREVISTAS en la acreditación otorgada al Centro o Unidad, deben ser autorizadas por la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat. Para ello deben ser propuestas por el tutor a la Comisión de Docencia, utilizando el modelo específico para este fin, donde se especifican los objetivos (ampliación de conocimientos o aprendizaje de técnicas no practicadas en este hospital, y necesarias según el programa de la especialidad), la duración de la rotación (fecha de inicio y final), el servicio y centro hospitalario de destino del rotatorio, y los rotatorios anteriores ya realizados (destino donde hizo las rotaciones y su fecha de inicio y finalización). Esta propuesta del tutor debe llevar también la firma, dando su conformidad, del residente, y se deberá comunicar la realización del rotatorio al jefe de servicio.

Antes de marzo de 2008 estas rotaciones las autorizaba el Ministerio, pero desde el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, y sobre todo desde las "GUIA PARA LA TRAMITACIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS" remitidas desde la dirección General de Evaluación, Ordenación e Investigación con fecha 3 de marzo de 2008, las autoriza la Conselleria de Sanitat.

Una vez valorada la idoneidad la Comisión de Docencia remitirá su informe junto con la propuesta del tutor, el informe de la Comisión de Docencia del Centro destino, compromiso del Gerente de continuar abonando las retribuciones, a la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat, en un plazo mínimo de TRES MESES antes del inicio de la rotación, para que la autorización o rechazo de la Conselleria llegue dentro del plazo necesario.

Se aconseja que estas rotaciones NO se realicen durante el primer año de residencia. Se exige que el residente esté en nuestro hospital durante los últimos quince días del último año de residencia.

RESTRICCIONES:

- No podrán superar los 4 meses continuados dentro de cada período de evaluación anual.
- En el conjunto del período formativo no podrán superar:
 - 12 meses para especialidades de duración igual o superior a 4 años
 - 7 meses para especialidades de duración igual a 3 años
 - 4 meses para especialidades de duración igual a 2 años y,
 - 2 meses para especialidades de duración igual a 1 año.

SESIONES CLÍNICAS

Recordamos que siguiendo las instrucciones de la “Comisión de Tutores” (Comisión para la Calidad Docente), todos los especialistas en formación están **obligados a asistir a las Sesiones Clínicas Generales de Hospital** que se celebran en el Salón de Actos del Hospital (3ª. planta, junto a la Cafetería), con una cadencia mensual. Dichas sesiones comenzaran a partir del mes de Octubre, hasta Junio.

El residente debe participar activamente y fomentar las sesiones de su servicio, tanto clínicas, bibliográficas, de medicina basada en la evidencia, y las realizadas entre varios servicios, etc.

Dentro de la Comisión de Docencia hay una subcomisión de tres miembros, encargados de la programación y desarrollo de las Sesiones Clínicas Generales de Hospital. Esta subcomisión presenta en la Comisión de Docencia un calendario anual con la programación de 12 sesiones entre octubre y junio, tras su estudio y valoración se aprueba y se le da publicidad entre las Unidades. Además durante este período, previa valoración de la Comisión de Docencia, está también la posibilidad de intercalar alguna otra sesión si el tema y oportunidad se considera de interés general.

Este listado anual con las sesiones se publica en septiembre, y permite conocer con mucha antelación la programación y favorecer la asistencia. Además con una semana de antelación se distribuyen unos anuncios de la SCGH entre todas la Unidades del Hospital y la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, como recordatorio de la sesión para que nadie la olvide, dada la obligatoriedad a los especialistas en formación.

Como control de asistencia, al entrar a la sesión el residente pasará su tarjeta corporativa por el lector.

La comisión de docencia nombrará un responsable de entre sus miembros, para la supervisión de cada SCGH. Una vez terminada la SCGH éste redactará un acta en la que consta el/los ponente/s, el servicio encargado, el tema presentado y el número de asistentes.

PLAN DE FORMACIÓN TRANSVERSAL COMÚN

JUSTIFICACIÓN

La formación formal de los actuales especialistas tiene unos déficits en sus contenidos que vienen determinados por no tener en cuenta como debe ser y que debe saber el médico que necesita la sociedad del siglo XXI. Así, nos encontramos con déficits importantes en aspectos humanísticos, éticos, técnicas de comunicación, investigación médica y la gestión clínica.

Los argumentos para la incorporación de estas materias en la formación de especialistas los encontramos en los siguientes hechos:

- Cambios en el rol médico-paciente de los que se deriva que se primó, en primer lugar, la defensa de los derechos y la autonomía del paciente (carta de derechos y deberes del enfermo), y por otro lado el aumento del nivel cultural de la población al tener ésta mayor acceso y comprensión de la información médica.

- Cambios demográficos que comportan cierto desconocimiento de la realidad social de la población inmigrada (cultura, idioma, religión, etc.) Este hecho hace más vulnerable al especialista y se ponen más en evidencia los déficits en habilidades comunicativas.
- La ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que en su artículo 5 apartado 1,c resalta el deber del profesional de respetar, la personalidad dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso deben ofrecer una información adecuada y suficiente para que aquéllos puedan ejercer su derecho sobre el consentimiento a dichas decisiones.
- En el apartado 1,b del mismo artículo hace referencia al deber que tiene el profesional de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos. En definitiva ha de conocer la dimensión económica de la infra o supra utilización o de la utilización inadecuada de los recursos que se tienen al alcance.
- La opinión de los propios profesionales sobre la formación recibida en aspectos que consideran de máxima relevancia.

Las dos características básicas del mismo son:

- Por una parte es común a los residentes de todas las especialidades y está pensado para que sea válido para todas ellas; ya sean médicas, quirúrgicas o las que corresponden a servicios centrales.
- Por otra parte es complementario al programa específico oficial de cada especialidad con el objetivo de proporcionar una formación más integral, que facilite al futuro especialista una mejor respuesta a nuevas necesidades.

ESTRUCTURA

Los cursos de formación continua y complementaria del hospital fueron asumidos desde hace tiempo por la Escuela Valenciana de Estudios Sanitarios. Es este organismo el que se encarga de organizar cada año los cursos de formación tanto del personal sanitario y no sanitario como de los residentes.

Cada año se ofertan publicados en el DOGV y los alumnos tienen que rellenar una instancia para poder realizarlos.

Desde la Comisión de docencia se propone la siguiente estructura de la formación transversal, independientemente de la exigida en cada especialidad en su programa formativo:

- | | |
|--|----------|
| • Habilidades comunicativas | 20 horas |
| • Bioética | 20 horas |
| • Metodología de investigación | 20 horas |
| • Lectura crítica de artículos | 20 horas |
| • Búsqueda bibliográfica y en bases de datos | 20 horas |
| • Salud pública | 10 horas |
| • Gestión clínica | 10 horas |
| • Curso de soporte vital básico y avanzado | 20 horas |

- | | |
|---|-----------|
| • Protección radiológica | Según BOE |
| • Prevención riesgos laborales | 10 horas |
| • Prevención y transmisión de infecciones hospitalarias | 5 horas |

PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO

- Los residentes pueden realizar los cursos durante toda la residencia (4 o 5 años). Ya que la admisión a los mismos sigue criterios no controlables por la Comisión de Docencia, se ha llegado a un acuerdo con la Unidad de formación del hospital para que los residentes tengan una cierta prioridad para su realización, llegando al compromiso de su admisión en alguno de los años de residencia.
- Una vez se publica la convocatoria de los cursos se informa a los tutores de los que se adaptan a la formación transversal y se insta a que se soliciten.
- El tutor debe hacer constar en el control y evaluación de la formación del residente la propuesta, realización y superación de estos cursos.
- Cada curso tiene sus propios criterios de evaluación y acreditación. Si es superado consta como mérito y se obtiene un diploma acreditativo oficial.
- Este plan es de mínimos por lo que los tutores podrán ampliarlo si lo consideran oportuno.
- La comisión de docencia evaluará al final del periodo de formación del residente la realización correcta del plan de formación transversal.
- La Comisión de docencia junto con la Gerencia y los jefes de servicio debe facilitar mecanismos para que los residentes puedan asistir a los cursos:
 - Adecuando las guardias y facilitando los cambios.
 - Acabar un poco antes la jornada para cursos que se realizan en otras localidades.

COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN LA FORMACIÓN TRANSVERSAL COMÚN

Conocimientos

- Ética (bioética, autonomía de pacientes, derechos de pacientes: infancia, personas mayores; agotamiento de recursos terapéuticos, confidencialidad. El/la profesional conoce el código deontológico de su profesión y los principios éticos a seguir en su comportamiento profesional).
- Desigualdades como determinantes de salud (socioeconómica, sexo/género, edad, etnia/procedencia cultural y zonas geográficas desfavorecidas).
- Visión integral, holística y psicosocial (abordaje integral, continuidad asistencial. La valoración debe conllevar una visión integral que conjugue los aspectos clínicos o biomédicos, los funcionales, los mentales y los sociales. Conocimientos sobre los determinantes psicológicos y sociales del enfermar. El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad de vida).
- Enfoque comunitario y de salud pública (promoción, protección, prevención, vigilancia de la salud y seguridad de las intervenciones. El/la profesional posee conocimientos sobre el desarrollo de contenidos,

orientaciones y estrategias que facilitan a los individuos (pacientes y entorno familiar) aprender a adaptarse y a vivir con mayor calidad de vida).

- Conocimiento de los procesos asistenciales, planes integrales y de calidad. Conocimiento de herramientas de gestión (clínica, por procesos, por competencias). Conocimiento de la estructura organizativa, de la cartera de servicios y de los derechos y deberes de los usuarios. Conocimiento de los recursos necesarios o facilitadores de su tarea que existen en el entorno y pueden estar a su alcance.
- Conocimientos de atención sanitaria basada en la evidencia.
- Uso eficiente de los recursos sanitarios.
- Protección radiológica

Habilidades

- Trabajo en equipo (El /la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo).
- Manejo de la muerte (aspectos culturales, de la agonía, duelo, sedación, proceso de donación, intento de suicidio, solicitud de necropsias).
- Soporte vital básico.
- Soporte vital avanzado.
- Manejo de documentación clínica, registros (documentación del sistema de información de su centro. Capacidad de analizar la documentación clínica realizando la selección, extracción y codificación. El/la profesional manifiesta en su práctica diaria poseer destrezas en la obtención de datos, transformación de datos en información y agudeza en la explotación de los mismos).
- Manejo de la confidencialidad e intimidad.
- Metodología de evaluación (cuadro de mandos, indicadores,...El/la profesional conoce los criterios, técnicas y herramientas de evaluación) Gestión del conocimiento.
- Estrategias de gestión y dirección (El/la profesional haya incorporado la perspectiva de género a sus habilidades sobre dirección y gestión y las transmita utilizando un lenguaje inclusivo y no sexista).
- Manejo de las TICs orientadas a la actividad clínica, docente e investigadora (internet, correo electrónico, herramientas informáticas de la organización, conocimiento del idioma).
- Metodología docente El/la profesional conoce las metodologías y técnicas didácticas y pedagógicas para diseñar, coordinar e impartir actividades docentes.
- Técnicas de investigación (El/la profesional conoce las metodología y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo. Creación, diseño y desarrollo).
- Participación, intersectorialidad y recursos comunitarios (El/la profesional tiene que conocer los recursos a nivel local de otros sectores con efectos sobre la salud de la población, para establecer líneas de colaboración y de intervención).
- Dominio independiente de la lengua inglesa, según se describe en el Marco común europeo de referencia para las lenguas.

Actitudes

- Asertividad (Habilidad para expresar la información, las necesidades y limitaciones de nuestro trabajo o cualquier contenido comunicativo que implique petición de cambio de conducta, crítica, etc., de un modo que no sea agresivo ni pasivo).
- Amabilidad (El profesional es una persona de fácil trato) Autonomía y colaboración (El/la profesional no necesita tutorización ni supervisión permanentemente. Así mismo, está a disposición de quien lo requiera para establecer mecanismos de cooperación. Es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima).
- Capacidad de integración entre las áreas y líneas (El/la profesional vive la organización como un todo, sin departamentos o estructuras estancas, sabiendo establecer mecanismos de relación entre todos ellos) Pro actividad (El/la profesional induce y hace cosas, sin necesidad de esperar a que se las pidan o sugieran).
- Empatía (El/la profesional establece sus relaciones interpersonales en base a un comportamiento de acercamiento procurando establecer conexión con las necesidades y planteamientos de los otros).
- Actitud de aprendizaje y mejora continua (El/la profesional busca continuamente cómo obtener aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria).
- Eutanasia y herramientas para gestionarla.

PLAN DE CALIDAD DE DOCENCIA

Los centros hospitalarios tienen la responsabilidad de desarrollar una actividad de la máxima calidad posible en sus facetas de asistencia, docencia e investigación. Con el fin de lograr una mejora continua de la docencia que se ofrece a los médicos internos residentes, según lo dispuesto en el Real Decreto 183/2008, el Hospital General Universitario de Castelló ha implementado el Plan de Calidad de Docencia (PCD), disponible en la página web de la Comisión de Docencia.

El PCD es el documento que expresa la misión y la visión docente del hospital, describe los recursos humanos y materiales destinados a la docencia en formación especializada, analiza las fortalezas y debilidades del centro en materia de docencia, define unos objetivos docentes y los indicadores que se emplean para verificar su progresión y, con estos datos, establece un plan de mejora.

El objetivo final del PCD es ofrecer una docencia de alta calidad a los MIR que asegure la adquisición de los conocimientos y las habilidades necesarias. Para ello se evalúan regularmente numerosos aspectos relacionados con la docencia y con la investigación, de modo que se pueda verificar la mejora conseguida y se puedan detectar los déficit en determinadas áreas para ofrecer los mejores servicios docentes. Esto incluye verificar que cada especialidad y cada residente disponen de itinerarios formativos actualizados e individualizados, comprobar que las evaluaciones formativas se realizan en el plazo y forma establecidos o identificar el nivel de los tutores de residentes en cuanto a capacidad y acreditación en formación. El PCD evalúa la satisfacción de los residentes con la docencia recibida en los rotatorios y en su servicio de origen, así como la satisfacción con el Programa de Formación Transversal Común. También intenta promover la investigación de los residentes, monitorizando las publicaciones nacionales e internacionales, las comunicaciones a congresos y los proyectos de investigación en que ha participado cada residente. Se evalúa la capacidad docente global del hospital y su nivel de atracción. En todos estos aspectos se busca la mejora continua y permanente que permita alcanzar un mayor nivel docente año tras año.

Una característica fundamental del PCD es la participación activa de los MIR en la mejora de los procesos de docencia. Para ello es fundamental que el médico residente cumplimente las encuestas de satisfacción y que remita cualquier queja o sugerencia a través de cualquiera de las vías establecidas (en las propias encuestas de satisfacción, a través de su tutor o directamente a la Comisión de Docencia). Estas sugerencias son esenciales para verificar que se recibe una enseñanza adecuada y permiten fijar nuevos objetivos para ofrecer una docencia excelente.

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DOCENTE DEL HOSPITAL. ENCUESTA A LOS RESIDENTES

Todos los cursos los especialistas en formación mediante una **ENCUESTA ANÓNIMA** realizarán una evaluación de la estructura, funcionamiento, adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad docente del hospital en la que se están formando, como de los servicios por los que realiza rotaciones, como de las instalaciones comunes del hospital. Los residentes de primer año evaluarán diversos aspectos de la bienvenida y recibimiento.

Los resultados de la encuesta son analizados por la Comisión de Docencia, y de sus conclusiones surgen puntos de mejora y acciones a realizar, que se comunican a la Dirección Gerencia del Departamento para su conocimiento y colaboración en la ejecución de dichas acciones.

Evaluarán la efectividad de las funciones de tutoría y supervisión de su tutor, el desarrollo de actividades de formación (sesiones clínicas, seminarios, revisiones bibliográficas...)

Dicha evaluación también se realiza de forma continua ya que el residente puede en cualquier momento comunicar cualquier queja o sugerencia a los miembros de la Comisión de Docencia, o incluso de forma anónima a través del buzón de sugerencias situado junto al tablón de anuncios de Docencia de la tercera planta.

La información que se obtiene de estas evaluaciones, sobre todo de la ENCUESTA, es la que permite implementar acciones de mejora en la formación, por lo que es muy importante que participes en su cumplimentación. El último mes de cada año de residencia recibirás en tu correo electrónico el enlace para completar la encuesta online.

La Comisión de Docencia y la Comisión de Calidad Docencia (comisión de tutores) también realizan la evaluación continuada de la estructura y función docente del hospital, al igual que cada uno de los actores de la docencia.

PROCEDIMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

La evaluación de la formación está regulada por la Orden del Ministerio de Presidencia 155/1995 de 22 de junio (BOE 30 junio de 1995), Real Decreto 183/2008 y la Orden 581/2008, Real Decreto 183/2008, la Orden 581/2008 y la Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. Dada la importancia que el procedimiento de evaluación tiene en la obtención del título de especialista, se muestra un resumen de los puntos más importantes, aunque se recomienda la lectura de esta última resolución (<http://www.boe.es/boe/dias/2018/04/19/pdfs/BOE-A-2018-5385.pdf>).

Evaluación del residente

Realizamos dos tipos de evaluación docente:

1. Evaluación sumativa:
 - a) Anual
 - b) Final del periodo de residencia
2. Evaluación continuada o formativa

1. Evaluación Sumativa

Tiene como objetivo certificar el nivel de la o el residente al finalizar un determinado período de formación (rotación, año, especialidad). Se realiza, por tanto, para medir el nivel de formación alcanzado y acreditar las capacidades adquiridas con el fin de garantizar la competencia profesional.

La evaluación sumativa permite identificar elementos de mejora docente en relación al alumnado, la organización, el proceso formativo, u otros, e introducir cambios en sucesivos procesos de aprendizaje.

Los instrumentos de la evaluación sumativa son, entre otros:

- Exámenes: escritos tipo test, preguntas y respuestas cortas, examen oral tradicional.
- Imágenes clínicas: dermatológicas, radiológicas, electrocardiográficas, etc.
- Revisiones de historias clínicas.
- Análisis curricular: evalúa las actividades formativas valorando los conocimientos adquiridos.

- ECOE.

a) Evaluación anual

Tiene la finalidad de calificar a los residentes al finalizar cada año del programa formativo. Se llevará a cabo por el correspondiente comité de evaluación 15 días antes de que acabe el año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación en los términos previstos en la ley.

El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente, y debe contener como mínimo:

Informes de la evaluación formativa, incluyendo informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones durante el año de que se trate, y la participación del residente en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el correspondiente programa.

Informe de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo.

Informes que se soliciten a la jefatura de otras unidades asistenciales que participan en la formación.

Procedimiento

Anualmente se evaluará al especialista en formación, en el último mes de su año de residencia; por lo que debe permanecer en el hospital y no realizando una rotación externa.

Esta 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.

La evaluación puede ser positiva o negativa.

El tutor redactará un informe anual, que será un instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Este informe debe contener:

- Informes de evaluación formativa, incluyendo los de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas que se hayan podido realizar durante el año de que se trate y la participación de cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con la Programa formativo.
- Informes de evaluación de rotaciones externas autorizadas.
- Informes de los jefes asistenciales por donde haya rotado el residente, si se solicitan o lo realizan por voluntad propia.

Se debe hacer en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el curso formativo.

El comité de evaluación trasladará los resultados de la evaluación a la Comisión de Docencia, para posteriormente publicar una notificación firmada por el presidente en el tablón de anuncios. Tras esta publicación se tendrán 10 días para poder consultar las calificaciones, en la secretaría de la comisión y en el horario que se especifique.

Durante los 10 días posteriores a la publicación en el tablón, se podrá solicitar por escrito ante la Comisión de Docencia, la revisión de las evaluaciones negativas no recuperables en los términos previstos en el artículo 24 del Real Decreto 182/2008.

Transcurridos los 10 días, el presidente de la comisión de docencia convocará a los comités de valoración para trasladarles las evaluaciones positivas del último año de residencia y las negativas del último año no recuperables (por no haberse formulado solicitud de revisión), para que con carácter inmediato se proceda a llevar a cabo las evaluaciones finales.

La Comisión de Docencia en el plazo de 15 días desde la publicación en el tablón de anuncios, remitirá Registro Nacional de Especialistas en Formación la relación de las evaluaciones positivas y negativas, especificando en este último caso, si son recuperables o no.

La evaluación será:

Positiva: se ha alcanzado el nivel exigible para considerar cumplidos los objetivos del programa formativo del año de que se trate.

Negativa: en caso contrario. Pueden contemplarse varios supuestos de evaluaciones anuales negativas (ver guía de directrices generales)

Comités de Evaluación

Para cada una de las especialidades cuyos programas de formación se desarrollen, se constituirá un Comité de Evaluación cuya función será la evaluación anual y final de los Especialistas en formación. La evaluación se efectuará utilizando las calificaciones de cero a diez.

Compondrán los Comités de Evaluación:

- El Jefe de Estudios del Hospital, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse;
- El presidente de la subcomisión que en su caso corresponda (pendiente de instrucciones de la Conselleria);
- Un facultativo del servicio y con título de Especialista de la especialidad que proceda, designado por la Comisión de Docencia;
- El Tutor asignado al Especialista en formación que deba ser evaluado;
- El Vocal de la Comisión de Docencia designado por la Comunidad Autónoma.
- El Secretario del Comité de Evaluación, con voz pero sin voto en sus reuniones, será el Secretario de la comisión de Docencia o de la Comisión Asesora, según proceda.

El Comité de Evaluación hará constar en las correspondientes actas las evaluaciones anuales y finales.

En el bloque de rotaciones hay que hacer constar el título del contenido, la unidad en la que se ha realizado, el centro hospitalario, la duración, aconsejable en meses o fracción; y la calificación. En caso de evaluación negativa hay que hacer constar la causa y redactar un informe justificativo.

En el bloque de actividades complementarias se incluirán cursos, seminarios, etc. realizados durante el año lectivo. Para que puedan ser evaluadas se debe aportar la documentación acreditativa de su realización y características, al Comité de Evaluación. Aunque no se considera una actividad obligatoria por la Orden Ministerial, sí es ampliamente aconsejable por nuestra Comisión de Docencia. En el caso de no poder reflejar todas las actividades por falta de espacio, el tutor puede agruparlas en grupos homogéneos de calificación y evaluar cada grupo.

La calificación otorgada se reflejará en el acta de la sesión del Comité de Evaluación y se notificará a la Comisión de Docencia.

Cuando la evaluación anual sea negativa, el Comité de Evaluación decidirá entre las siguientes alternativas:

- Si la evaluación negativa se debiera a falta de conocimiento o insuficiente aprendizaje susceptible de recuperación, se establecerá una recuperación específica y programada que el Especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año lectivo, conjuntamente con las actividades propias de éste, quedando supeditado el seguimiento del programa, y la prórroga anual del correspondiente contrato por los restantes nueve meses, a la evaluación positiva del mencionado período de recuperación. Es decir, el Especialista en formación será definitivamente evaluado al término del periodo de recuperación, y el contrato se prorrogará inicialmente, por tres meses, quedando supeditada su prórroga anual al resultado de la evaluación.
- Si la evaluación negativa se produjera por reiteradas faltas de asistencia no justificadas, o por notoria falta de aprovechamiento o insuficiente aprendizaje no susceptibles de recuperación, el Comité lo notificará a la Comisión de Docencia y a la Dirección del centro a fin de que se proceda, de conformidad con el procedimiento legalmente aplicable, a la rescisión del contrato. Salvo que el residente solicite revisión de la evaluación según el artículo 24 del Real Decreto 183/2008.
- Cuando la evaluación negativa se deba a períodos prolongados de suspensión del contrato, por incapacidad laboral transitoria u otras causas legales de imposibilidad de prestación de servicios superiores al 25 por 100 de la jornada anual, el Comité de Evaluación establecerá la prórroga del período formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa del año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso.

Una vez completado el período de recuperación que corresponda se procederá a su evaluación. La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite revisión según artículo 24 del Real Decreto 183/2008.

La repetición completa del año requerirá el informe previo de la Comisión de Docencia y será resuelta por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prórroga del período formativo conllevará la prórroga del contrato.

b) Evaluación final de residencia

Tiene la finalidad de verificar el nivel de competencias adquirido durante todo el período de residencia y calificar a los residentes para que accedan al título de especialistas.

Esta evaluación se realizará a los residentes después de la evaluación del último año de residencia, en el plazo de 10 días desde la fecha en que el presidente de la comisión de docencia convoque los comités de evaluación y les traslade las evaluaciones del último año. El plazo será de 5 días si proviene de evaluación anual negativa de último año. Ver artículo 25 del real Decreto 183/2008.

El comité de evaluación, a la vista del expediente completo de todo el período de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones:

- Positiva.
- Positiva destacado.
- Negativa.

Si el residente tiene una evaluación positiva en todos los cursos del período de formación, no podrá evaluarse negativamente.

Si el residente quiere optar a la calificación de destacado con mención, o de destacado con mención especial de la comisión nacional de su especialidad, debe solicitar revisión y la realización de una prueba a dicha comisión.

Cuando la evaluación final sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión a la comisión nacional de la especialidad para realizar la prueba ordinaria o extraordinaria, a través de la comisión de docencia.

Los comités de evaluación trasladarán a la comisión de docencia las evaluaciones, para que publique en el tablón de docencia una reseña firmada por el presidente, para que en el plazo de 10 días puedan consultarse en la secretaría de la comisión las calificaciones de las evaluaciones finales.

En la reseña del tablón de docencia debe constar:

- Nombre, apellidos y firma del presidente de la comisión de docencia, y en su defecto del vicepresidente.
- Información a los interesados respecto que a partir de su publicación se iniciará el cómputo de 10 días para solicitar la revisión de las evaluaciones finales, positivas y negativas, ante la comisión nacional de la especialidad.
- Diligencia específica del presidente de la comisión de docencia para hacer constar la fecha exacta de su publicación.

Transcurridos los 10 días, el presidente de la comisión de docencia remitirá de inmediato al Registro Nacional de Especialidades en Formación las evaluaciones finales y las solicitudes de evaluación de las mismas.

2. Evaluación continuada o Formativa

La evaluación formativa tiene lugar a lo largo de todo el proceso formativo y aporta información sobre el nivel de aprendizaje que se va alcanzando, el método, el ritmo, etc. permitiendo introducir los cambios necesarios y remediar a tiempo las deficiencias encontradas en dicho progreso. Se utiliza para monitorizar el aprendizaje de los objetivos predefinidos y vinculados a competencias concretas, y para dar retroalimentación continua y constructiva al o la residente. Ha de ser más frecuente que la evaluación sumativa.

Partiendo de la base de lo absurdo de realizar un examen convencional, sí es conveniente de alguna manera el realizar una evaluación de capacitación de habilidades adquiridas para lo cual sería necesario:

- **ELABORACIÓN POR PARTE DE CADA SECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE** de unos mínimos de habilidades que el residente ha de adquirir tanto teóricas como prácticas, a partir de las cuales se puede
- **ELABORAR UNA EVALUACIÓN** por parte del tutor de dicha sección respecto a cada punto considerado como mínimo y con una graduación, que ha de entregarse al tutor de la especialidad al finalizar el rotatorio por la sección.
- **ELABORAR UNA AUTOEVALUACIÓN** para ser cumplimentada por el residente respecto a cada punto considerado como mínimo de habilidades adquiridas y valoración los medios proporcionados para ser adquiridas, de cada sección y con una graduación que ha de entregarse al tutor de la especialidad al finalizar el rotatorio por la sección.

Al finalizar el año de rotatorio, en reunión el tutor de la especialidad y los tutores de cada sección, determinarán la valoración final de cada residente la cual se presentará en la Comisión de Docencia.

En el informe anual debe constar esta evaluación y cada tutor debe utilizar los instrumentos que considere más apropiados. Estos instrumentos de evaluación formativa son, entre otros:

- **Entrevistas estructuradas periódicas entre tutor y residente**, con calendario pactado y para evaluar objetivos concretos, en número no inferior a cuatro por año formativo adaptado a los bloques formativos. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente.
- **Realización del libro de residente en forma de portafolio**, mediante la colección de pruebas y evidencias de determinadas competencias. Con este método es la persona en formación quien dirige su aprendizaje y evaluación, reflexionando sobre su práctica en el contexto; los documentos o pruebas que obtiene pertenecen a la práctica real del desempeño alcanzado y el déficit.
- **Informes de las rotaciones internas y externas**, que debe evidenciar el cumplimiento de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras previstas en su plan individual de formación.
- Videograbaciones de la práctica clínica: muy útiles para evaluar la relación con pacientes y el desarrollo de las habilidades de comunicación.
- Evaluación mediante lista de comprobación (check list), realizada por el tutor de una estancia formativa concreta (contiene las competencias que el especialista en formación debería haber adquirido en esa rotación concreta).
- Evaluación de 360º grados: la realizan personas que tienen relación directa con el o la residente (superiores, colegas, pacientes y sus familiares).
- Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE): es una prueba que evalúa las competencias profesionales a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas reales. Su potencia radica en la mezcla de métodos de evaluación que permiten explorar tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo.
- Simuladores, maniquís, o pacientes simulados: estos métodos se pueden usar de forma aislada o incorporados a una ECOE.
- Exámenes: escritos tipo test, preguntas y respuestas cortas, examen oral tradicional.
- Imágenes clínicas: dermatológicas, radiológicas, electrocardiográficas, etc.
- Revisiones de historias clínicas.
- Análisis curricular: evalúa las actividades formativas valorando los conocimientos adquiridos.

La mayoría de instrumentos para evaluar sirven con fines sumativos y formativos, según las circunstancias y la finalidad de la evaluación.

- **La evaluación continuada del residente se realiza por parte del tutor y los médicos del servicio que participan de su formación en un período de tiempo determinado.** Así, siempre que el tutor y el Jefe de servicio lo crean conveniente, pueden consultar con otros miembros del servicio la evolución-progresión de los distintos aspectos de la formación del residente. Después el tutor y el jefe de servicio o unidad, por las que el residente haya rotado, efectuarán una evaluación continuada de su paso por la unidad. Las conclusiones de dicha evaluación se reflejarán en la ficha 1 del Ministerio siguiendo las instrucciones de la

Subdirección General de Recursos Humanos fechado en Madrid el 27/06/1996 y la Orden Ministerial del 22 de Junio de 1995, mientras no sean derogadas por normativa específica del Ministerio.

- Esta evaluación continuada debe hacerse patente por escrito en un acta de evaluación formativa, como mínimo en cada trimestre, y remitir una copia a la Comisión de Docencia.

PAPEL DEL TUTOR EN LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE: INFORME ANUAL DEL TUTOR

(Consultar Protocolo: "Papel del tutor en la evaluación del residente").

El tutor debe realizar un obligatoriamente informe anual de todos los aspectos relacionados con la evaluación del residente, ya sea formativa como sumativa. Este informe deberá presentarlo en el tribunal de evaluación del residente y formará parte de la evaluación anual de dicho residente.

Estructura del informe

Este informe deberá recoger la siguiente información:

- Identificación del residente y periodo evaluado
- La realización de las entrevistas estructuradas: Constará cuantas se han hecho y una reflexión sobre el proceso de aprendizaje del residente, de sus problemas importantes y de las posibles desviaciones de su PIF. Se realizarán 4 o más al año y preferentemente a mitad del periodo de rotación.
- La revisión del libro del residente: Anualmente el tutor deberá evaluar el libro y al menos trimestralmente, pudiendo coincidir con las entrevistas, comprobar que el residente lo lleva al día. En esta revisión se deberá comprobar el nivel de cumplimiento de adquisición de competencias, la realización de cursos, de actividad docente e investigadora
- Los informes de las rotaciones internas y externas: En todas las rotaciones del residente el tutor deberá realizar un informe en el que se hará constar si se han cumplido los objetivos previstos en su PIF. Además, registrará la satisfacción del residente en la rotación y los problemas detectados.
- Informe de otras posibles pruebas de evaluación aplicadas: Algún tipo de prueba/examen, ECOE, mini-cex, resolución de caso clínico, sesiones bibliográficas, etc.
- Informes de jefes asistenciales/tutores rotaciones: Se adjuntarán los informes del Jefe de Servicio o de los tutores responsables de las rotaciones. Las puntuaciones del rotatorio son de 0 a 10 puntos. Para las puntuaciones mayores de 9 se exigirá un informe del tutor, de no existir se le puntuará 9.
- Informe final en que se proponen modificaciones o adaptaciones del PIF del año siguiente: En este informe se deben justificar estas modificaciones para corregir déficits formativos o áreas de especial interés para el residente.

Criterios de realización y evaluación del libro del residente

Realización

En el proceso de elaboración de un portafolio se reconocen cuatro momentos diferentes: **recolección, selección, reflexión y proyección.**

- **La recolección** es la actividad primaria y debe realizarse en función de los propósitos que persigue cada unidad de aprendizaje. Este proceso de búsqueda necesita de una orientación por parte del tutor, ya que es el que determina qué conocimientos, habilidades y actitudes se pretenden alcanzar; las actividades, tareas, guías y pruebas parciales que se realicen durante el proceso propio del aprendizaje también son elementos que hay que considerar en este proceso de recolección.
- **La selección**, segundo paso en este proceso de desarrollo de un portafolio consiste básicamente en que de todo el material recopilado el residente selecciona aquel que a su juicio, le parece representativo y significativo en función de la intencionalidad de los aprendizajes surgidos.
- **La reflexión** es el tercer paso en el proceso del desarrollo del portafolio y uno de los momentos esenciales para justificarlo como un sistema de aprendizaje, pues el residente deberá hacer referencia a los elementos seleccionados explicando las razones que motivaron su elección y la importancia que le ven en función de los contenidos por aprender y los propósitos que los orientan. Las reflexiones deben ser solicitadas por

escrito, cada documento que se anexe al portafolio debe llevar una clara exposición y reflexión de los contenidos.

- Finalmente, tenemos la etapa de **proyección**, considerada una mirada hacia adelante y la demostración de la autonomía lograda en el aprendizaje de determinados contenidos. Es el momento en que el residente puede mirar la carpeta como “un todo” y emitir un juicio de valor sobre la calidad de los aprendizajes logrados. Las etapas de reflexión y proyección constituyen el momento en el que el portafolio se transforma en una “carpeta de evaluación”, ya que será a través de las explicaciones escritas u orales como el tutor podrá evidenciar los logros reales de aprendizaje de sus residentes explicación de las reflexiones.

Al inicio el residente deberá tener:

- Claridad para asumir los propósitos y estrategias de esta forma alternativa de aprendizaje y evaluación.
- Claridad para analizar y convertir los propósitos y contenidos disciplinarios en términos de mandatos o tareas por realizar; (identificar las competencias a aprender).
- Habilidad para determinar previamente criterios para la ordenación de los materiales (índice de clasificación)

Durante el proceso de recolección de evidencias de aprendizaje, el residente debe mostrar:

- Cumplimiento de las actividades de carácter obligatorio.
- Preocupación porque exista coherencia entre los trabajos presentados y los aprendizajes propuestos.
- Preocupación por mejorar los aspectos del aprendizaje considerados deficitarios (comprobados por medio de procesos de autoevaluación, coevaluación o heteroevaluación)
- Preocupación por profundizar los aspectos del aprendizaje considerados óptimos.
- Preocupación por la entrega del material complementario de carácter no obligatorio.
- Claridad para determinar los criterios de elaboración de sus propias pautas de autoevaluación (rúbricas).
- Claridad para la presentación de informes de avance de su aprendizaje.
- Claridad en las explicaciones sobre los aprendizajes logrados (ya sean solicitadas o convenidas).

Al finalizar el año el residente deberá evidenciar:

- Claridad para informar sobre logros de aprendizaje obtenidos.
- Habilidad para seleccionar y reflexionar sobre sus evidencias más exitosas de aprendizaje y ser capaz de montar con éstas un panel demostrativo.

Evaluación1
modelo de informe anual del tutor

Hoja de evaluación del libro del residente

Residente:
Año:
Especialidad:

Ítem		Mal	Regular	Bien	Excelente
Forma					
Itinerario formativo					
Competencias/Objetivos	Genéricos				
	Específicos				
Reflexión	¿Qué tengo que hacer?				
	¿Qué he aprendido?				
	¿Dificultades?				
	¿Qué me falta?				
	¿Cómo lo voy a hacer?				
Técnicas/procedimientos	Registro				
	Autoevaluación				
Técnicas quirúrgicas	Registro				
	Autoevaluación				
Actividades docentes	Cursos				
	Congresos				
	Reflexión				
Investigación	Cursos				
	Congresos				
	Publicaciones				
Incidente crítico	Descripción				
	Reflexión				
Reflexión final					
Puntuación Total					

COMENTARIOS:

Mal = 0; Reg = 1; Bien = 2; Excelente = 3. Puntuación Máxima 66 Puntos (Se corresponde + 1 sobre 10 al final de la nota del rotatorio)

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y ASUNCIÓN PROGRESIVA DE RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

Servicio que lo presenta	Comisión de docencia
Fecha de elaboración	Noviembre 2008
Fecha de revisión	Noviembre 2026

Autor/es	Carácter con que actúan
Ricardo Tosca Segura	Jefe de estudios
Enrique Cuñat Albert	Vicepresidente de la Comisión de docencia

Servicios implicados en la Guía	Consensuado (poner Si o No)
Comisión de docencia	Sí

Gestión de modificaciones	Fecha
	Febrero 2011
	Enero 2013
	Enero 2015
	Abril 2018
	Mayo 2020
	Noviembre 2022
	Noviembre 2024

Vº Bº

El Protocolo adjunto ha sido aprobado por la Comisión de Docencia del Departamento de Castellón en fecha de 28 de noviembre de 2024.

Ha sido refrendado por la Dirección Médica.

COORDINADOR

RESPONSABLE DE CALIDAD

JEFE DE ESTUDIOS



ÍNDICE

1. Objetivos	36
2. Ámbito de aplicación.....	36
3. Bases legislativas.	36
4. Supervisión de las actividades asistenciales.....	38
4.1 Generalidades.....	38
4.2 Actividades de carácter ordinario.....	38
4.3 Actividades a realizar en áreas de Urgencias. (Ver protocolo específico).....	39
5. Protocolos relacionados aprobados por la Comisión de Docencia que lo completan..	40

1. Objetivos

El presente protocolo de actuación tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen las/los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente.

La Comisión de Docencia del Hospital General Universitario de Castellón ha elaborado este protocolo en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos del sistema de formación sanitaria especializada. Dicho artículo indica que: “Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación 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”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, una vez aprobado, el protocolo es elevado a los órganos de dirección del centro para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

2. Ámbito de aplicación.

El presente documento es aplicable a todos los residentes (MIR, FIR, EIR) que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en nuestro Departamento de Salud de Castellón. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Departamento como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente no dependiente de nuestro Departamento de Salud se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestro Departamento.

Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Departamento de Salud realicen en Centros o Unidades externos.

3. Bases legislativas.

La base la encontramos en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero; el cual en sus arts 14 y 15 establece.- Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente.

A continuación se transcribe literalmente los Artículos citados:

• Artículo 14. El deber general de supervisión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

• **Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.**

- El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la 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, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

- En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
- La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los facultativos especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

- La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.
- En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

- Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación 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.

4. Supervisión de las actividades asistenciales.

4.1 Generalidades.

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

- **Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda.**

Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de autorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

- **Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa.**

El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.

- **Nivel 3. Responsabilidad mínima.**

El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Asimismo, se consideran dos periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades del residente progresan con el paso del tiempo.

4.2 Actividades de carácter ordinario.

Habitualmente, los niveles de responsabilidad y la necesidad de supervisión inherentes a las actividades asistenciales que deben realizar los residentes en el aprendizaje de su especialidad están definidos en los programas formativos que para cada especialidad elabora su correspondiente Comisión Nacional.



Sin embargo, esto no siempre es así. Para aquellas especialidades cuyo programa formativo no especifique dichos niveles de responsabilidad, se solicitará al tutor/es de residentes que se incluyan en la Guía Docente de su especialidad.

a) Residentes de primer año.

Como norma general, para los residentes de **primer año** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

○ Anamnesis y exploración física	Nivel 1
○ Solicitud de pruebas diagnósticas básicas.	Nivel 1*
○ Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	Nivel 2**
○ Indicación/validación de tratamiento farmacológico.	Nivel 2***
○ Realización/informe de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.	Nivel 1,2,63****
○ Información a paciente/familiares	Nivel 1
○ Decisión de alta hospitalaria.	Nivel 2***
○ Realización de partes judiciales cuando existen daños	Nivel 3

* Analítica y radiología simple / Ecografía

** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones

*** Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.

**** El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento.

El nivel 1 sólo será aplicable a procedimientos de muy baja complejidad.

b) Residentes de segundo año o sucesivos.

Para los residentes de **segundo año o sucesivos** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

○ Anamnesis y exploración física	Nivel 1
○ Solicitud de pruebas diagnósticas.	Nivel 1
○ Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 1
○ Realización/informe de procedimientos diagnósticos terapéuticos	Nivel 1, 2 ó 3*
○ Información a paciente/familiares	Nivel 1
○ Decisión de alta hospitalaria.	Nivel 2
○ Realización de partes judiciales cuando existen daños	Nivel 2 ó 3

* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

4.3 Actividades a realizar en áreas de Urgencias. (Ver protocolo específico)

a) Normas generales de supervisión.

- La supervisión durante el primer año de la residencia deberá ser necesariamente de presencia física, a cargo de un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente.
- La supervisión en años sucesivos de residencia será preferentemente de presencia física.

- Cuando se trate de una supervisión localizada, el Servicio o Unidad Docente correspondiente, deberá elaborar por escrito un plan de formación para preparar a los residentes previamente al inicio de este tipo de actividad de guardia. Dichos planes deberán ser aprobados por la Comisión de Docencia y la Dirección.
- Los documentos generados por los residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente.
- Tal y como se deriva de los puntos anteriores, la supervisión de los residentes de primer año nunca podrá depender de forma exclusiva de un residente mayor.

b) Niveles de responsabilidad y graduación de la supervisión.

- Para los residentes de **primer año** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

○ Anamnesis y exploración física.	Nivel 1 ó 2
○ Solicitud de pruebas diagnósticas básicas.	Nivel 1 ó 2*
○ Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	Nivel 2 ó 3**
○ Indicación/validación de tratamiento farmacológico.	Nivel 2 ó 3***
○ Realización/informe de procedimientos diagnóstico o Terapéutico	Nivel 2 ó 3****
○ Información a paciente/familiares.	Nivel 1 ó 2
○ Decisión de ingreso o alta hospitalaria	Nivel 2 ó 3***

* Analítica y radiología simple / Ecografía

** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endos / Punciones.

*** Se requiere el visado por escrito realizado por un especialista.

****El nivel será decidido por el especialista que supervise el procedimiento.

- Para los residentes de **segundo año o sucesivos** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

○ Anamnesis y exploración física	Nivel 1 ó 2
○ Solicitud de pruebas diagnósticas.	Nivel 1 ó 2
○ Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 1 ó 2
○ Realización/informe de procedimientos diagnósticos terapéuticos	Nivel 1, 2 ó 3*
○ Información a paciente/familiares	Nivel 1 ó 2
○ Decisión de ingreso o alta hospitalaria.	Nivel 1 ó 2

El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad del proceso.

5. Protocolos relacionados aprobados por la Comisión de Docencia que lo completan

- Protocolo de supervisión de residentes en urgencias.
- Protocolo de supervisión y prescripción farmacéutica del residente en la atención de urgencias.

**PROTOCOLO DE SUPERVISION Y ORGANIZACIÓN DE LA
ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DOCENTE DE LOS M.I.R EN EL SUH**

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN**

Servicio que lo presenta	URGENCIAS
Fecha de elaboración	2009
Fecha de revisión	2011, 2019. 2024
Fecha de revisión	

Autor/es	Carácter con que actúan
Dra. Ester PICAZO DOMINGO	<i>Tutora General de Residentes del SUH</i>
Dr. Federico GUERRERO JIMENEZ	<i>Jefe de Servicio de Urgencias y UMCE</i>

Servicios implicados	Consensuado
URGENCIAS	SI
COMISION DE DOCENCIA	SI

Gestión de modificaciones	Fecha

Vº Bº
EL JEFE DE SERVICIO/ SECCIÓN

1. SUPERVISION DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

A. Generalidades.

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. SUPERVISIÓN ALTA: La supervisión debe ser DIRECTA. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente. (Nivel de supervisión alto que se corresponde con nivel de responsabilidad bajo)

Nivel 2. SUPERVISIÓN MEDIA. La supervisión debe ser DIRECTA. El residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse por el residente, bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla. **(Nivel de supervisión medio que se corresponde con nivel de responsabilidad media)**

Nivel 3. SUPERVISIÓN_BAJA. Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutoría directa, pero garantizando la supervisión a demanda del residente. (El tutor siempre debe tener información por otras vías diferentes a la observación directa y el residente informará en todo momento de su adecuada progresión.) Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicitando supervisión si lo considera necesario. El tutor siempre debe dar respuesta a la petición de supervisión del residente. (Nivel de supervisión bajo que se corresponde con nivel de responsabilidad alta).

B. TABLA DE SUPERVISIÓN EN URGENCIAS.

Supervisión Alta: 3 / Supervisión Media: 2 / Supervisión Baja: 1

Responsabilidad Alta: 3 / Responsabilidad Media: 2 / Responsabilidad Baja: 1

Competencias/ tareas	R1				R2/R3						R4					
	Etapa inicial		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final	
	Sup	Res	Sup	Res	Sup	Res	Sup	Res	Sup	Res	Sup	Res	Sup	Res	Sup	Res
Aprendizaje de campo en Área de Urgencias Hospitalarias																
Manejo diagnóstico y terapéutico en un primer nivel las urgencias médico-quirúrgicas y traumatológicas atendidas en hospital	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Saber hacer: - Colocación de sonda nasogástrica/ Toracentesis terapéutica/ Soporte vital avanzado/ Tratamiento eléctrico en la parada cardiorrespiratoria/ Trombolisis/ Parto normal	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Manejo diagnóstico y terapéutico en zona de críticos de las urgencias médico-quirúrgicas y traumatológicas atendidas en hospital	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Saber hacer: - Acceso venoso central - Cricotirotomía - Pericardiocentesis - Ecografía	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Anamnesis y exploración física	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Solicitud de pruebas diagnósticas básicas	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales Indicación/validación de tratamiento farmacológico	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Realización/informe de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Información a pacientes/familiares	3	1	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3
Decisión de ingreso o alta hospitalaria	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Conocer las indicaciones y sabe interpretar: -Exámenes de laboratorio y -Exámenes de radiología	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Manejar el diagnóstico y los criterios de derivación de: -Hipercalcemia/Hipocalcemia -Hipernatremia/Hiponatremia -Hiperpotasemia/Hipopotasemia	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3
Manejar el paciente en situación de urgencia: -Insuficiencia suprarrenal aguda (crisis addisoniana)	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3
Manejar las técnicas: inyección, autoanálisis, autocontrol, tratamiento intensivo de la Diabetes Mellitus	3	1	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3
Manejar el paciente con Diabetes Mellitus en situación de urgencia: - Complicaciones agudas	3	1	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3

2. RECURSOS HUMANOS. ORGANIZACION y ESTRUCTURA DE LA GUARDIA.

*** RESIDENTES de PRIMER AÑO (R-1).**

Existirá una agrupación de R1 de las siguientes especialidades:

- -Medicina de Familia
- -Medicina Interna.
- -Cardiología
- -Neumología
- -Digestivo
- -Neurología.
- -Nefrología
- -Hematología
- -Neurofisiología.
- -Medicina de trabajo
- -Rehabilitación.
- -Psiquiatría
- -Microbiología
- -UCI
- -Anestesia y Reanimación
- -Cirugía
- -Oftalmología
- -Otorrinolaringología
- -Urología
- -Anatomía Patológica
- -Oncología Médica y Radioterápica
- -Endocrino
- -Alergia
- -Medicina Nuclear

Estos residentes estarán constituidos en equipos de guardia en un número de 4 diarios (máximo 5), de forma que 1º-2º módulo será cubierto por los residentes de Medicina de Familia y el 3º-4º módulo por el resto de las especialidades que realizan guardias en urgencias según la circular 1/2009 actualizada en mayo del 2023 (ANEXO-1).

La guardia empieza a partir de las 15 h los días laborables y a las 9 los sábados y festivos.

DISTRIBUCIÓN DE GUARDIAS DE LOS R-1 de MEDICINA FAMILIA EN EL SUH:

El nuevo programa de Medicina de Familia publicado en julio del 2024 establece número de 3 guardias al mes en el servicio de urgencias hospitalarias. Actualmente hay acreditadas 16 plazas.

CIRCULAR 1 / 2009. ACTUALIZACION MAYO 2023
(ANEXO – 1)
**DISTRIBUCIÓN DE GUARDIAS DE LOS R-1 de HOSPITALARIA EN EL SUH
(OCTUBRE 2024)**

ESPECIALIDAD	N.º DE RESIDENTES	N.º DE GUARDIAS/MES URGENCIAS	N.º DE GUARDIAS / MES ESPECIALIDAD
MEDICINA INTERNA	3	2 durante 1 año	3
MEDICINA DIGESTIVA	2	2 durante 1 año	3 en M.I.
NEFROLOGÍA	2	2 durante 1 año	3
NEUROLOGÍA	2	2 durante 1 año (enero-febrero rotatorio y guardias en PSQ)	3
ENDOCRINOLOGIA	1	2 durante 1 año	3 en M.I.
CARDIOLOGÍA	2	3 durante 1 año	2
ALERGOLOGIA	1	2 durante 1 año	3 en M.I.
HEMATOLOGÍA	1-2	2 durante 1 año	3
NEUROFISIOLOGÍA	1	3 durante 1 año	2 en NRL
MICROBIOLOGÍA (si médico)	1	2 durante 3 meses	
MEDICINA DEL TRABAJO	2	1 durante 1 año	4 en COT
ANÁLISIS CLÍNICOS (si médico)	1	2 durante 3 meses	
REHABILITACIÓN	1	2 durante 1 año	3 en COT
PSIQUIATRÍA	2	2 durante 6 meses	
PSIQUIATRÍA INFANTIL	0	1 durante 6 meses	
UCI	2	2 durante 4 meses	
ANESTESIA	3	3 durante 4 meses	
ORL	1	1 durante 3 meses	
UROLOGÍA	2	1 durante 3 meses	
RADIOLOGÍA	3	1 durante 6 meses	
OFTALMOLOGÍA HGUCS	1	1 durante 3 meses	
OFTALMOLOGÍA HPROVINCIAL	1	1 durante 3 meses	
CIRUGÍA GENERAL	2	1 durante 3 meses	
CIRUGIA VASCULAR	1	1 durante 3 meses	
ONCOLOGÍA MÉDICA	2	4 durante 1 año	
ONCOLOGÍA RT	1	4 durante 1 año	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	3 durante 1 año	
DERMATOLOGIA	0-1	3 durante 1 año	
MEDICINA NUCLEAR H. PROVIN	1	3 durante 1 año	



ORGANIGRAMA MENSUAL DE GUARDIAS DE **R-1 DE HOSPITAL** EN EL SUH

	JUN – AGO			SEP – NOV			DIC – FEB			MAR – MAY		
M. Interna 1 - 2 - 3	2			2			2			2		
M. Digestiva 1 - 2	2			2			2			2		
Nefrología 1 - 2	2			2			2			2		
Neurología 1- 2	2			2			2 (Excepto ENERO - FEBRERO)			2		
Neumología	2			2			2			2		
Hematología 1 - 2	2			2			2			2		
Endocrinología	2			2			2			2		
Alergología	2			2			2			2		
Rehabilitación 1	2			2			2			2		
Cardiología 1 - 2	3			3			3			3		
Microbiología										2		
Neurofisiología	3			3			3			3		
M. Trabajo 1 - 2	1			1			1			1		
Anestesia 1	3	3	3	3								
Anestesia 2					3	3	3	3				
Anestesia 3									3	3	3	
UCI 1					2	2	2	2				
UCI 2									2	2	2	
Radiología 1	1			1								
Radiología 2							1			1		
Radiología 3				1			1					
Cirugía General 1							1					
Cirugía General 2										1		
Cirugía Vasculat				1								
Oftalmología HGUCS										1		
Oftalmología H.P.										1		
Urología 1							1					
Urología 2										1		
Psiquiatría 1	2			2								
Psiquiatría 2							2			2		
Psiquiatría 3							0			0		
ORL										1		
Oncología Médica 1 - 2	4			4			4			4		
Oncología RT	4			4			4			4		
Análisis Clínicos										2 ¿		
A. Patológica	3			3			3			3		
Dermatología	3			3			3			3		
Medicina Nuclear H. P	3			3			3			3		

*** RESIDENTES de SEGUNDO AÑO (R-2).**

Los residentes de **segundo año** realizarán guardias en urgencias siguiendo el Plan formativo de guardias establecido por la dirección del Hospital y recogido en la **CIRCULAR 1/2009 del 23 de enero. Actualizada en mayo 2023 (ANEXO 2).**

Con objeto de intentar compatibilizar al máximo la actividad docente con la asistencial, se dispondrá que los R 2 de Especialidades. tendrán como actividad prioritaria la asistencia en urgencias de aquellos pacientes que más en relación estén con su especialidad , si bien eso no ira en detrimento de un actividad laboral más global en determinados momentos de la guardia , según la presión asistencial y la distribución uniforme y equitativa de tareas entre los componentes de la guardia de urgencias , ya que se considera que la formación hospitalaria debe ser lo más multidisciplinar posible para completar tanto una formación médica general como especializada. Este concepto de formación se encuentra en la línea y tendencia que hoy tanto se propugna como formación del futuro MIR, con “un inicio de tipo troncal generalizado y posterior formación especializada”.



DISTRIBUCIÓN DE GUARDIAS DE LOS R-2 de HOSPITALARIA EN EL SUH
(OCTUBRE 2024)

ESPECIALIDAD	N.º de RESIDENTES	N.º de GUARDIAS AL MES	PERIODO
MEDICINA INTERNA	3	3	12 meses
MEDICINA DIGESTIVA	2	1	12 meses
NEFROLOGÍA	2	1	12 meses
NEUROLOGÍA	1	1	12 meses
ENDOCRINOLOGIA	1	2	12 meses
CARDIOLOGÍA	2	2	12 meses
NEUMOLOGÍA	1	1	12 meses
ALERGOLOGIA	1	SEGÚN ROTATORIO	12 meses
HEMATOLOGÍA	2	1	12 meses
NEUROFISIOLOGÍA	1	1	6 meses
MICROBIOLOGÍA (si médico)	1	1	6 meses
MEDICINA DEL TRABAJO	2	3	12 meses
ANÁLISIS CLÍNICOS (si médico)	1	1	9 meses
REHABILITACIÓN	1 o 2	1	12 meses
UCI	2	1	6 meses
ANESTESIA	3	1	12 meses
ORL	1	1	12 meses
UROLOGÍA	2	1	6 meses
RADIOLOGÍA	3	1	6 meses
OFTALMOLOGÍA HGUCS	1	1	6 meses
OFTALMOLOGÍA H PROVINCIAL	1	1	6 meses
CIRUGÍA GENERAL	2	1	6 meses
CIRUGÍA VASCULAR	1	1	6 meses
ONCOLOGÍA MÉDICA	2	1	12 meses
ONCOLOGÍA RT	1	1	12 meses
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	1	6 meses
DERMATOLOGIA	0	1	12 meses

(*) ALERGOLOGIA: durante R-3 y R-4 realizará 2 Guardias / mes en Urgencias

(Anexo 2)
ORGANIGRAMA MENSUAL DE GUARDIAS DE R-2 DE HOSPITAL EN EL SUH.

	JUNIO – AGOSTO	SEPT – NOVIEM.	DICIE – FEBRERO	MARZO – MAYO
Digestivo 1 - 2 Nefrología 1 - 2 Hematología 1 - 2 Rehabilitación 1 – 2 Neumología 1 Neurología 1	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes
M. Interna 1 - 2 - 3	3 guardias/mes	3 guardias/mes	3 guardias/mes	3 guardias/mes
Medicina del Trabajo 1 - 2	3 guardia / mes	3 guardia / mes	3 guardia / mes	3 guardia / mes
Cardiología 1 - 2	2 guardia / mes	2 guardia / mes	2 guardia / mes	2 guardia / mes
Endocrinología	2 guardia / mes	2 guardia / mes	2 guardia / mes	2 guardia / mes
Anestesia 1 - 2 - 3	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes
UCI 1	1 guardia / mes	1 guardia / mes		
UCI 2			1 guardia / mes	1 guardia / mes
Neurofisiología		1 guardias / mes	1 guardias / mes	
Alergología (*)	2 guardia / mes	2 g 5 g 5 g	5 g 1 g 1 g	1 guardia / mes
Dermatología			1 guardia /mes	1 guardia/mes
Anatomía Patológica	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes
Oncología Médica 1 - 2	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes
Oncología RT	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes
ORL	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes	1 guardia / mes
Urología 1	1 guardia / mes	1 guardia / mes		
Urología 2			1 guardia / mes	1 guardia / mes
Oftalmología HGUCS	1 guardia / mes	1 guardia / mes		
Oftalmología H. PROVIN			1 guardia / mes	1 guardia / mes
Cirugía General 1	1 guardia / mes	1 guardia / mes		
Cirugía General 2			1 guardia / mes	1 guardia / mes
Cirugía Vascular	1 guardia / mes	1 guardia / mes		
Radiología 1	1 guardia / mes	1 guardia / mes		
Radiología 2			1 guardia / mes	1 guardia / mes
Radiología 3		1 guardia / mes	1 guardia / mes	
Análisis Clínicos (si médico)		1 guardia / mes	1 guardia / mes	
Microbiología (si médico)	1 guardia / mes	1 guardias / mes		

(*) ALERGOLOGIA: durante R-3 y R-4 realizarán 2 **Guardias / mes** en Urgencias

*** RESIDENTES de TERCER y CUARTO AÑO (R3 y R4)**

Los residentes de **tercer y cuarto año** que realizan guardias en urgencias son los residentes de Medicina de y Familia comunitaria. Estos residentes son los que deben asistir con prioridad a los pacientes más críticos y por lo tanto los candidatos a Box de vitales.

Los residentes de **tercer año** ejercerán su labor controlando, necesidades del momento y en colaboración con los Adjuntos consultores que aparecen reflejados en la hoja de distribución de funciones durante guardia.

Los residentes de **cuarto año** se ubicarán en la observación B. El trabajo en dicha observación consistirá en el manejo de los pacientes desde el principio hasta el destino final del mismo, es decir: revisión de anamnesis, valoración de la situación, conocimiento de las pruebas solicitadas, revisión de tratamientos pautados e indicación de otros que se consideren en función de la patología del paciente, revisión y valoración de los resultados analíticos, así como corrección y tto de las disfunciones que se observan en los mismos (tto. de hiperglucemias, alteraciones del potasio, etc.) y todas aquellas otras actuaciones necesarias hasta decidir su destino final (alta hospitalaria, comentar a los especialistas correspondientes, remisión a consultas externas...etc.).

Según las necesidades del servicio y/o la presión asistencial del momento asistirán pacientes pendientes de visita en el pasillo B y que sean candidatos para ubicarse en observación B.

3. OBJETIVOS DOCENTES EN EL SUH

Estos objetivos descritos a continuación son para los residentes que hacen guardias en el hospital fuera de su unidad, siendo los específicos de cada residente en su unidad descritos en los protocolos guía de los programas de cada especialidad. En todos los servicios de urgencias hay una serie de principios comunes en cuanto a la coordinación con la vertiente asistencial de la actividad en la urgencia de los residentes, los métodos de aprendizaje y ciertas habilidades y capacidades a adquirir. Estos puntos se pueden definir como sigue:

3.1 CAPACIDADES Y HABILIDADES A lo largo de todo el periodo formativo, se deben adquirir ciertas capacidades:

1. Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.
2. Identificar los problemas de salud del paciente. Podemos definir como objetivos más concretos: Saber realizar la historia clínica, exploración física, solicitud e interpretación de pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento adecuado, así como elaboración de informe de alta.
3. Adecuar la acción más apropiada para cada problema con el propio paciente y la familia.
4. Informar y educar según las necesidades de cada paciente.
5. Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente.

Una de las habilidades prioritarias por las características del trabajo de una urgencia es la comunicación médico-paciente; La comunicación, junto con los conocimientos médicos, la exploración física y la toma de decisiones constituyen los componentes esenciales de la competencia clínica. Las técnicas de comunicación se deben enseñar y deben ser aprendidas, ya que no se trata de algo inalterable, sino que se ha de enseñar con el mismo rigor que se enseñan las técnicas de exploración física. El saber médico se transmite en el cara a cara con el paciente; es tan importante lo que se dice como la forma de decirlo.

3.2 MÉTODOS DE APRENDIZAJE

1. Autoaprendizaje: consiste en el estudio y uso de herramientas. Para adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de la competencia y adquisición de habilidades en el uso de herramientas básicas (búsqueda bibliográfica diagnóstica y terapéutica). En este apartado convergen distintas actividades: estudio cotidiano a iniciativa del propio residente, aprendizaje dirigido con lecturas recomendadas, resolución de problemas y discusión de casos de pacientes reales. La preparación de sesiones puede basarse en casos clínicos que se hayan visto durante una guardia o la preparación de un tema concreto de relevancia importante y de manejo complicado en los pacientes que se ven durante una guardia. Es bastante utópico pensar en la realización o preparación de una sesión durante la propia guardia, pero sí para recopilar información, bases de datos y la experiencia clínica necesaria para orientar y hacer práctica una sesión.

2. Aprendizaje de campo: colocar al residente en una situación real en el que su autoaprendizaje pueda tener lugar, pudiendo verse inmerso en la complejidad de las funciones y tomas de decisiones como profesional. Se puede realizar a través de observación directa (el residente ve lo que hace el adjunto), intervención tutorizada (actividad realizada delante del adjunto) e intervención directa no supervisada directamente.

3. Clases: literalmente son la transmisión unidireccional de información, sobre todo de alguna materia compleja. Este tipo de actividad no suele tener cabida en el desarrollo de una guardia. Suelen ser recomendaciones concretas y/o exposición breve de algún tema.

4. Trabajo grupal: en las guardias podría equivaler a aprovechar e interaccionar con las diferentes habilidades de los distintos miembros del equipo de guardia, incluidos residentes de años superiores con más experiencia.

5. Talleres: adquisición de habilidades en pequeños grupos. Es práctico en la enseñanza de procedimientos que se realizan en la Urgencia: paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, punción lumbar, canalización de vías centrales...Inicialmente como observadores y en siguientes oportunidades realizándolas bajo vigilancia, hasta hacerlo de modo autónomo.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS De forma específica pasaremos a detallar los contenidos formativos de competencias a adquirir relacionadas con la atención al individuo por unidades, patologías y técnicas:

Manejo de pacientes con urgencias de origen cardiovascular e hipertensión:

1. Síndrome coronario agudo. CODIGO IMA
2. Parada cardio-respiratoria.
3. Insuficiencia cardiaca aguda.
4. Arritmias cardíacas.
5. Pericarditis aguda.
6. Trombosis venosa profunda.
7. Tromboembolismo pulmonar.
8. Obstrucción arterial periférica aguda/disección aórtica.
9. Crisis hipertensiva.
10. Urgencia hipertensiva.
11. Emergencia hipertensiva.

Manejo de pacientes con urgencias de origen respiratorio:

1. Disnea aguda.
2. Hemoptisis masiva.
3. Neumotórax.
4. Parada respiratoria.
5. Crisis de asma grave.

Manejo de pacientes con urgencias de origen digestivo y hepatobiliar.

1. Abdomen agudo: obstrucción de vías biliares, pancreatitis, etc.
2. Hemorragia digestiva.
3. Insuficiencia hepática.
4. Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones gastrointestinales: gastroenteritis aguda, toxiinfecciones alimentarias, hepatitis víricas.

Manejo de pacientes con patología infecciosa.

1. Manejo diagnóstico del síndrome febril.
2. Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones respiratorias: catarro, gripe, otitis y sinusitis agudas, faringitis agudas, amigdalitis aguda, bronquitis agudas y agudización infecciosa del EPOC, neumonía adquirida en la comunidad.
3. Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones urinarias: cistitis agudas, pielonefritis, infecciones urinarias recurrentes, prostatitis, orquiepididimitis.
4. Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones cutáneas: víricas, bacterianas y micosis.
5. Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de antropozoonosis.
6. Diagnóstico y manejo inicial de sepsis. CODIGO SEPSIS.

Manejo de pacientes con complicaciones agudas de la diabetes mellitus.

1. Prevención y tratamiento de complicaciones agudas.

Manejo de pacientes con complicaciones agudas de las enfermedades tiroideas y otras enfermedades endocrinológicas:

1. Crisis tirotóxica.
2. Coma mixedematoso.
3. Insuficiencia suprarrenal aguda (crisis addisoniana).

Manejo de pacientes en situaciones urgentes de origen neurológico:

1. Cefaleas y algias de la cara.
2. Síndrome vertiginoso.
3. Síncope.
4. Enfermedad cerebrovascular. CODIGO ICTUS
5. Demencia y deterioro cognitivo.
6. Cuadro confusional agudo.
7. Neuropatías.
8. Enfermedades de los pares craneales.
9. Epilepsia.
10. Infecciones del SNC: meningitis, encefalitis.

11. Alteraciones del nivel de conciencia: coma.
12. Tumor cerebral.
13. Enfermedad neuromuscular.
14. TCE moderado/grave/leve.

Manejo de pacientes en situaciones urgentes hematológicas:

1. Sospecha diagnóstica y criterios de derivación de un paciente con hemopatía maligna: 2. Leucemia aguda.
3. Síndrome mielodisplásico.
4. Síndrome mieloproliferativo.
5. Síndrome linfoproliferativo
6. Hipergammaglobulinemia monoclonal.

Manejo de pacientes en situaciones urgentes en salud mental:

1. Intentos de autolisis.
2. Agitación psicomotriz.
3. Crisis psicótica.
4. Cuadro de manía e hipomanía

Manejo de urgencias por conductas de riesgo adictivo

1. Intoxicación etílica.
2. Sobredosis de drogas de síntesis y derivados anfetamínicos.
3. Sobredosis de cocaína.
4. Sobredosis de heroína (opiáceos).
5. Sobredosis de benzodiazepinas.

Realización de técnicas: Saber realizar las siguientes técnicas terapéuticas:

1. Sueroterapia.
2. Oxigenoterapia.
3. Aerosolterapia.
4. Colocación de una sonda vesical.
5. Acceso venoso periférico

6. Gasometría arterial.
7. Toracocentesis.
8. Colocación de sonda nasogástrica.
9. Sondaje vesical.
10. Soporte vital básico.
11. Soporte vital avanzado.
12. Tratamiento eléctrico en la parada cardiorrespiratoria.
13. Trombólisis.
14. Ventilación mecánica no invasiva.

Saber realizar e interpretar las siguientes técnicas diagnósticas:

1. Analítica básica.
2. Monitorización de constantes.
3. Recogida de exudado: ótico, faríngeo, nasal, uretral, oftálmico.
4. Recogida adecuada de muestras cutáneas, esputo, orina, heces.
5. Punción lumbar.
6. Electrocardiograma.
7. Glucemia capilar basal.
8. Tira reactiva de orina.
9. Lavado gástrico.
10. Tacto rectal.

Por otra parte, el médico residente tendrá la obligación de conocer los Protocolos de Actuación Médica Consensuados y Actualizados que se encuentran a su disposición de todos los facultativos en la Intranet.

4. NORMATIVA GUARDIAS

- 1. Todos los residentes tienen la **OBLIGACION** de consultar, con la suficiente antelación, las guardias que tienen asignadas mensualmente en el Servicio de Urgencias y que han sido programadas por su coordinador y el responsable clínico correspondiente. Para ello, pueden acceder a la información a través de los canales habituales (coordinadores, secretaría de Urgencias), pero de modo oficial accediendo con sus claves al Portal del Empleado del Departamento donde estarán publicadas con al menos 15 días de antelación.
- 2. La no realización de la guardia sin causa justificada se considera motivo de sanción y puede acarrear no cumplir con los objetivos docentes que permiten la acreditación como especialista.
- 3. Con el fin de evitar cualquier error de agenda, se habilitará un sistema SMS para recordar dicha guardia con 48 horas de antelación.
- 4. Cualquier situación que impida la realización de una guardia es responsabilidad del residente, por lo que deberá ser gestionada con la suficiente antelación para evitar ausencias que impactan negativamente sobre pacientes y compañeros.
- 5. En el caso de solicitar vacaciones se recuerda la obligatoriedad de notificarlo con la suficiente antelación (al menos una semana) para una correcta programación de las guardias. Deben indicar a los responsables si el periodo solicitado coincide con alguna guardia agendada en urgencias.
- 6. Así mismo, las vacaciones y las bajas serán notificadas no sólo a los servicios responsables del residente sino a la secretaria de urgencias del Hospital General de Castellón (igelmo_cla@gva.es) lo antes posible para poder gestionar los ajustes necesarios en el calendario de guardias.
- 7. Los residentes pueden cambiar las guardias que les han sido asignadas con la suficiente antelación, pero no cederlas pues las guardias se consideran parte de la formación del currículum docente y son obligatorias. Si alguien al no poder cambiar una guardia debe cederla por algún

motivo ineludible, deberá contactar con el responsable del servicio de Urgencias para solicitar una nueva fecha ese mes, ya que el número de guardias mínimo al mes debe cumplirse por motivos formativos según convenio firmado en la Comisión de Docencia del departamento de Salud de Castellón.

-8. Los residentes NO pueden abandonar el hospital durante el horario de guardia, aunque estén en turno de descanso. Si alguien por algún motivo ineludible, debe abandonar durante el horario de guardia el Hospital, deberá contactar con el Jefe de la Guardia que comunicará a la dirección a través del Parte de guardia el nombre de residente y la hora de salida del Hospital.

5. PROPUESTAS del SERVICIO DE_URGENCIAS.

1º El servicio de urgencias se compromete a seguir impartiendo el **Curso** de 40 horas lectivas sobre la **Asistencia a las Patologías Urgentes más frecuentes**, durante el primer mes tras la incorporación de los residentes. El curso va dirigido a todos los residentes de 1 año de todas las Especialidades.

2º Durante el proceso de formación especializada las unidades docentes deben acreditar la adquisición de competencias y destrezas por parte de los médicos residentes (MIR), de forma que sean capaces de progresar en la adquisición de responsabilidades cada vez mayores. Esta labor no puede desligarse de un sistema de evaluación con capacidad de acreditar que los objetivos formativos se han alcanzado e identificar a aquellos MIR que aún no consiguen dichos objetivos.

3º La formación en la medicina de urgencias no es patrimonio de ninguna especialidad, sino que debe ser universal para todos los MIR de especialidades asistenciales y su enseñanza y aprendizaje solo se puede hacer en los Servicios de Urgencias. Teniendo ello en cuenta, nuestro servicio debería realizar evaluación de todos los residentes que realizan guardias con el propósito de valorar la evolución formativa del MIR y detectar precozmente aquellas carencias que puedan poner en riesgo su formación o la seguridad del paciente.

4º El servicio de urgencias asumiría la **supervisión directa** (en sus distintos niveles) **de todos los residentes** que tengan que realizar guardias en urgencias durante su periodo de formación.

CIRCULAR: 1/2009

Fecha: 23 de enero de 2009

ÓRGANO DEL QUE EMANA: Gerente del Departamento

DESTINATARIOS: Comisión de Dirección, Comisión de Docencia, Jefe de Servicio de Urgencias, Jefes de las distintas especialidades con docencia, Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria y Comisión de Docencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

ASUNTO: Organización de las guardias del personal Residente en Formación, dependiente del Hospital General Universitario de Castelló

Primera reforma: actualización de 1 de junio de 2009 **Segunda**

reforma: actualización de 1 de diciembre de 2009 **Tercera**

reforma: actualización de 1 junio 2010

Cuarta reforma: actualización de 1 abril 2011 **Quinta**

reforma: actualización de 9 de mayo 2011 **Sexta**

reforma: actualización de 17 de junio 2013 **Séptima**

reforma: actualización de 28 de enero 2015

Octava reforma: actualización de 21 de mayo de 2015 **Novena**

reforma: actualización de 21 de marzo de 2016 **Décima**

reforma: actualización de 20 de junio de 2016 **Undécima**

reforma: actualización de 21 de mayo de 2018 **Duodécima**

reforma: actualización 2020

Decimotercera reforma: actualización 28 de junio 2021

Decimocuarta reforma: actualización 2 de mayo 2023

DILIGENCIA para hacer constar que el presente documento conteniendo la Circular 1/2009, expedida en 16 páginas, y actualizada con fecha 2 de mayo de 2023, SUSTITUYE ÍNTEGRAMENTE A LA VERSIÓN ANTERIOR.

En Castellón de la Plana, 3 de mayo de 2023

EL GERENTE DEL DEPARTAMENTO

Firmado digitalmente por RICARDO ANGEL TOSCA

RICARDO ANGEL

SEGURA

Nombre de reconocimiento (DN): cn=RICARDO

ANGEL|TOSCA|SEGURA, serialNumber=73379011H,

c=ES, o=CIUDADANOS, ou=ACCV, o=CIUDADANOS, o=ACCV, c=ES

Fecha: 2023.05.03 07:58:46 +02'00'

ou=CIUDADANOS, o=ACCV, c=ES

TOSCA|SEGURA

Dr. Ricardo Tosca Segura

CIRCULAR: 1/2009
Fecha: 23 enero 2009

ÓRGANO DEL QUE EMANA: Gerente del Departamento

DESTINATARIOS: Comisión de Dirección, Comisión de Docencia, Jefe de Servicio de Urgencias, Jefes de las distintas especialidades con docencia, Unidad Docente Multiprofesional de Atención de Familia y Comunitaria y Comisión de Docencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

ASUNTO: Organización de las guardias del personal Residente en Formación, dependiente del Hospital General Universitario de Castelló

	PÁG.
INDICE	2
ANTECEDENTES	4
Necesidad del cambio	4
Modelo de organización de las guardias de los residentes en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario General de Castellón	5
Mejora de la formación de los Residentes de Primer año de urgencias	5
Adecuación de los recursos humanos	5
Supervisión de la actividad	6
Curso de formación	6
Programa de guardias consensuado	6
Guardias de los médicos residentes de segundo año	6
Plan formativo	6
Actividad a desarrollar	7
Número de guardias a realizar	7
Planificación y cronograma	7
Guardias de los residentes mayores	8
Regla general	8
Excepción	8
Protocolo de obligada observancia	8
Adaptación de los programas de formación	8
Comunicación y difusión	8
Implantación	8
PRIMERA REFORMA: ACTUALIZACIÓN A 1 DE JUNIO DE 2009	8
Justificación de la reforma	8
Casuística de la no realización de la guardia asignada	9
Por causas de fuerza mayor	9
Por la realización de rotatorios externos, asistencia a congresos, cursos, exámenes... y otros permisos durante el periodo de R2	9
Derechos y obligaciones	9
SEGUNDA REFORMA: ACTUALIZACIÓN A 1 DE DICIEMBRE DE 2009	9
Planillas de guardias: Confección – elaboración de las distintas planillas	10
Responsables	10
Modelo de planilla uniformado	10
Tiempo y entrega	10
Planilla provisional	11
Planilla definitiva	11
Realización de cambios de guardia	11
Solicitud de cambio de guardia entre dos compañeros	11
Solicitud de cambio de día de guardia	11
Supervisión y aceptación del cambio solicitado	11
Imposibilidad de realizar una guardia por acontecimiento grave imprevisto	12
Sustituto de guardia	12
Requisitos	12



TERCERA REFORMA: Actualización a 1 de JUNIO de 2010	12
CUARTA Y QUINTA REFORMA: Actualización a 1 ABRIL y 9 MAYO 2011	13
SEXTA REFORMA: Actualización a 17 de JUNIO de 2013	13
SÉPTIMA REFORMA: Actualización a 28 de ENERO de 2015	13
OCTAVA REFORMA: Actualización a 21 de MAYO de 2015	13
NOVENA REFORMA: Actualización a 21 de MARZO de 2016	13
DÉCIMA REFORMA: Actualización a 20 de JUNIO DE 2016	13
UNDECIMA REFORMA: Actualización a 21 de MAYO de 2018	13
DUODÉCIMA REFORMA: Actualización 2020	13
DECIMOTERCERA REFORMA: Actualización 28 de junio de 2021	13
CONCLUSIÓN	14
DOCUMENTACIÓN ANEXA	14
Anexo 1. Distribución guardias de los R1 en urgencias	15
Anexo 2. Distribución de guardias de los R2 en urgencias	16

ANTECEDENTES

A) Necesidad del cambio.

La Gerencia del Departamento de Salud de Castellón aprobó en enero de 2009 un nuevo Modelo de Organización de las guardias de los residentes en el Servicio de Urgencias, contenido en la Circular 1/2009.

Tal como se expresaba en los antecedentes de la misma, el nuevo Modelo respondía a la necesidad de adaptarse al cambio normativo que supuso la entrada en vigor del *RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada*, que obliga a la supervisión de los residentes e imposibilita que los de primer año firmen documentos clínicos, ya que en el apartado 3 del art. 15 del citado RD 183/2008, se establece lo siguiente:

“La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en el centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada”.

“Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”.

Además, en el artículo 15.5 del mencionado RD 183/2008, se indica que:

“Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación 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”

La Comisión de Docencia del HGUCS elaboró y aprobó el *“Protocolo de Supervisión y Asunción Progresiva de Responsabilidad del Residente”* en Noviembre de 2008, revisado por última vez en noviembre de 2015. Dicho protocolo establece el grado de supervisión de las actividades asistenciales y su nivel de responsabilidad; de manera que, dependiendo del año de formación, de las habilidades, aptitudes, actitud y competencia del residente, se vaya adoptando una responsabilidad progresiva creciente e inversamente proporcional a la necesidad de supervisión.

Todos los residentes, como licenciados en Medicina y Cirugía, y contratados por la sanidad pública, tienen el derecho a recibir formación docente de su especialidad; pero, también el deber, ante la sociedad, de prestar un servicio asistencial a nuestros conciudadanos.

Dadas las características de las tareas que se desarrollan en el Área de Urgencias, resulta extremadamente difícil una supervisión pormenorizada de los médicos en los periodos iniciales de su formación.

En este contexto, los procesos asistenciales en el Área de Urgencias deben permitir conseguir un equilibrio entre la adecuada formación de nuestros

residentes en el Área de Urgencias y la calidad del servicio ofrecida a los pacientes.

Con estos antecedentes, tanto los órganos con responsabilidad docente del Hospital, como la Dirección, vieron la necesidad de un cambio sustancial en la organización de la actividad asistencial de la guardia del hospital de forma que se ajustase a la legalidad vigente establecida en el Real Decreto 183/2008, y garantizase los aspectos docentes de los residentes en sus guardias, así como la atención eficiente y de calidad en el Área de Urgencias.

Desde la publicación en enero de 2009 de la mencionada circular, se han sucedido hasta diez reformas de la misma. Si bien es verdad que las reformas tercera a décima tan sólo se refieren a cambios en el número o distribución de los residentes que realizan guardias, las reformas primera y segunda sí que constituyeron cambios de calado en la redacción inicial de la circular.

En el proceso de gestación del modelo ha sido oída e informada la Junta de Hospital, en las sesiones celebradas los días 26 de junio (Acta 6/2008), 25 de Septiembre (Acta 7/2008) y 30 de Octubre (Acta 8/2008); Además el Gerente ha celebrado reuniones con los diferentes Jefes de Servicio con docencia y con los diferentes tutores de la especialidad, con los que ha consensuado el modelo, presentado a la Comisión de Calidad de la Docencia –compuesta por los tutores y por la Comisión de Docencia- por su presidente, Dr. Tosca, a instancias del Gerente (Acta 5/2008, de 5 diciembre). Finalmente, el Gerente presenta a la Comisión de Dirección el borrador de Circular conteniendo el nuevo modelo organizativo de las guardias médicas del personal residente en formación, en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Castelló, que es valorado con idoneidad, en su reunión celebrada el pasado 14 de enero (Acta 1/2009).

Por todo ello, y correspondiendo al Gerente del Departamento de Salud el *dictar instrucciones internas sobre el funcionamiento y organización del Departamento de Salud*, de conformidad con el artículo 32 de la Ley 3/2003, de 6 de Febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, a propuesta de la Comisión de Dirección, resuelve aprobar el nuevo Modelo de Organización de las guardias de los residentes en el Servicio de Urgencias y sus Anexos.

MODELO DE ORGANIZACIÓN DE LAS GUARDIAS DE LOS RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CASTELLÓN

1. Mejora de la formación de los Residentes de Primer Año en Urgencias:

1.1. Adecuación de los recursos humanos. Se deberá adecuar el número de R1 de guardia al número de adjuntos del Servicio de Urgencias.

En esta adecuación, no se debe superar la ratio de 1,5 R1 por Adjunto. Se aconseja la ratio 1:1; es decir, un R1 por cada Adjunto de urgencias. Esto

conllevará una reducción importante del número de guardias que hacían los R1 en urgencias; y, a su vez, un aumento de las guardias de su especialidad o de su rotatorio, en el primer año.

- 1.2. Supervisión de la actividad.** Toda la actividad asistencial de los R1, tanto programada como urgente, debe ser supervisada por un especialista, que firmará en todos los documentos correspondientes.
- 1.3. Curso de formación.** Será obligatoria la asistencia de todos los médicos residentes R1 al curso de Urgencias.
- 1.4. Programa de guardias consensuado.** Todos los residentes médicos de primer año deben realizar guardias en puertas de urgencia, según la cadencia consensuada entre el Jefe de Urgencias y el tutor del residente. Se entiende que la mayoría de las guardias que se realicen lo serán de la especialidad o del rotatorio del residente, durante el primer año (ANEXO 1)

2. Guardias de los médicos residentes de segundo año.

- 2.1. Plan formativo.** Se distribuirán las guardias de los R2 en el Servicio de Urgencias siguiendo los programas de formación de cada especialidad adaptándolo lo máximo posible a las necesidades de formación y del propio hospital. En las reuniones mantenidas con los tutores se ha considerado positiva la interacción con el resto de personal que participa en las guardias, reconociendo las limitaciones que por Ley tienen los R1. En el caso de las especialidades que no las incluyen se propone que también realicen guardias durante el segundo año de residencia.

Especialidad nº Residentes	Guardias/mes por residente
Interna - 3	1
Digest - 2	1
Nefro - 2	1
Neuro - 1	1
Anest - 3	1
Cardio - 2	1
Endocrino - 1	1
Hemato - 2	1
Neumo - 1	1
UCI - 2	1
M Trabajo - 2	3
RHB - (2-1)	1
Cir Gen - 2	1
Onco - 2	1
Onco RT	1

Especialidad nº Residentes	Guardias/año por residente	Nº guardias por servicio/año
Neurofisiología - 1	6	6
Cirugía Vascolar -1	6	6
Oftalmología -1	6	6
Oftalmología HP -1	6	6
Urología - 2	6	6
Preventiva-2	6	12
Microbiología - 1	6	6
Radiología – 3	6	18
Anatomía Patológica - 1	6	6
Cirugía General – 2	6	12
UCI – 2	6	12

Se podrá autorizar un número mayor de guardias en el Servicio de Urgencias si algún R2 lo solicita. Esta autorización estará consensuada con el tutor/a.

Esta propuesta está sujeta a modificación en el momento que se actualicen los programas de formación. En la situación actual, con un elevado número de residentes de primer año, se considera oportuno que se disminuyan el número de guardias en el Servicio de Urgencias en el primer año de formación, pudiéndose incrementar el que se lleva a cabo en cada uno de los servicios propios.

- 2.2. Actividad a desarrollar.** La asistencia durante la guardia, se podrá organizar con el fin de priorizar el carácter docente de la misma; de manera que, cada residente atienda, preferentemente, a aquellos pacientes que más relación tengan con su especialidad; si bien, no se debe olvidar el hecho de la multidisciplinaridad de la Medicina, que conlleva el que la patología que en el Servicio de Urgencias se asiste, sea punto de encuentro de todas las especialidades; por este motivo, en caso necesario, será la demanda asistencial la que determine -en definitiva- la actividad a desarrollar, en cada guardia, por cada residente.
- 2.3. Número de guardias a realizar.** ver ANEXO 1 y 2
- 2.4. Planificación y cronograma.** Corresponde al jefe de Urgencias la responsabilidad de planificar el cronograma de estas guardias, que deberá comunicar a los tutores de cada especialidad, a la mayor brevedad posible, el período en que estos residentes realizarán dichas guardias, para que el tutor pueda adaptar el programa individual de formación de cada residente.

El fin de esta medida es realizar dicho cronograma de manera que exista una distribución uniforme de los residentes y los módulos de guardia durante todo el año.

3. Guardias de los residentes mayores.

- 3.1. Regla general.** Como norma general, los residentes mayores (R3, R4 y R5) continuarán sin cambios en su actividad y ubicación durante sus guardias. Se podrá autorizar la realización de guardias en el Servicio de Urgencias si algún R3-4-5 lo solicita. Esta autorización estará consensuada con el tutor/a
- 3.2. Excepción.** En casos excepcionales, a juicio del Jefe de la Guardia o de la Dirección del Hospital, se podrá reordenar la actividad y ubicación de los facultativos que están de guardia, en función de las necesidades del servicio, debidamente justificadas.

4. Protocolo de obligada observancia.

Se debe seguir siempre el Protocolo de asunción progresiva de responsabilidad del residente, aprobado por la Comisión de Docencia.

Todos los residentes deben tener la supervisión del especialista, la posibilidad de consultar con este los diferentes casos, o que éste valore el paciente directamente, según dicho protocolo y la *lex artis ad hoc*.

5. Adaptación de los programas de formación.

Todos los cambios expuestos en esta Circular deben hacerse constar en los distintos programas de formación de cada especialidad, adaptados al efecto.

A tal fin, se encomienda a la Comisión de Docencia el seguimiento de esta tarea, que deberá estar concluida en el plazo máximo de un mes, desde la entrada en vigor de esta circular.

6. Comunicación y Difusión.

Este nuevo modelo de organización y planificación de las guardias de los residentes se propuso y consensó entre el Equipo Directivo (Gerencia y Dirección Médica) y los Tutores. Posteriormente se informará a la Comisión Local de Docencia y a la Junta de Hospital, exponiéndose en el tablón de anuncios del Residente y en la intranet del Departamento (www.castello.san.gva.es)

7. Implantación.

Este nuevo modelo organizativo entrará en vigor el 1 de junio de 2023.

8. Primera reforma: actualización de 1 de junio de 2009

JUSTIFICACIÓN DE LA REFORMA

Con la experiencia acumulada tras los últimos meses de entrada en vigor de la circular 1/2009 y con el fin de aclarar cuestiones consideradas de relevancia

para una mejor organización de las guardias en el Servicio de Urgencias, esta gerencia pasa a relacionar los siguientes puntos que tienen como objetivo evitar disfunciones en la unidad.

8.1. Casuística de la no realización de la guardia asignada.

8.1.1. **Por causas de fuerza mayor.** En caso de que un R1 o R2 no pudiera realizar alguna guardia de las asignadas, debido a causa de fuerza mayor, debe ponerlo en conocimiento del Jefe de Servicio de urgencias, directamente o a través de su secretaría, con el fin de proceder a la búsqueda de un sustituto. Al objeto de simplificar este proceso, será necesario que el residente participe en la búsqueda de dicho sustituto gestionando la cobertura de la guardia contactando con algún compañero que la cubra (ver punto 9.3.1.).

8.1.2. **Por la realización de rotatorios externos, asistencia a congresos, cursos, exámenes,... y otros permisos durante el periodo de R2.** En estos casos se deberá compatibilizar el supuesto de que se trate, con el desarrollo de las guardias en el Servicio de Urgencias durante los periodos estipulados. Durante dichos periodos los permisos antes referidos deberán ser supervisados por el jefe de servicio de la Especialidad y el jefe de urgencias, con el visto bueno de la dirección médica y/o gerencia. Las guardias que un residente no haga durante su rotatorio externo se recuperará en otro mes

8.2. Derechos y obligaciones. Como figura en el apartado C de la Circular 1/2009 sobre *Organización de las guardias del personal Residente en Formación dependiente del Hospital General de Castelló*, todos los residentes -como licenciados en medicina y cirugía- contratados por la sanidad pública, tienen el derecho a recibir formación docente de su especialidad; pero también el deber, ante la sociedad, de prestar un servicio asistencial. Por parte de la Gerencia no se realizará la convalidación de guardias en el Servicio de Urgencias a ningún residente, incluidos aquellos que ya tengan una Especialidad previa, ya que ello traería consigo un perjuicio para sus compañeros que tendrían que soportar un número excesivo de guardias.

9. Segunda reforma: actualización de 1 de diciembre de 2009

JUSTIFICACIÓN DE LA REFORMA

En el momento actual, realizando guardias en el Servicio de Urgencias existe una variedad importante de categorías de residentes y del número y especialidades de los mismos (R4 R3 R2 y R1 de Medicina Familiar y Comunitaria; R1 y R2 de Especialidades Médico-Quirúrgicas y algún R3 y R4 de alguna especialidad en concreto).

Por este motivo y con objeto de tener un sistema de planificación de guardias unificado, que contemple también todos los temas adyacentes a las mismas, se procede a establecer y regular el procedimiento a seguir en la PLANIFICACIÓN



DE LAS GUARDIAS en el SERVICIO DE URGENCIAS del HGCS, que incluye los siguientes temas:

9.1. PLANILLAS DE GUARDIAS: Confección-elaboración de las distintas planillas.

9.1.1. **Responsable/s:** Se escogerá **1-2 representantes únicos** por cada categoría de residentes, que serán los responsables de la elaboración y entrega de guardias, e interlocutores con el Jefe del Servicio o el responsable designado por él en su ausencia, para control y regulación de las mismas.

Estos representantes, estarán encargados de elaborar una **lista de todos los compañeros** de su categoría, en la que quede reflejado de cada residente: Nombre-Apellidos, Especialidad o Centro de Salud (según el caso), Nº colegiado, Teléfono móvil de contacto, y el e-mail

(En caso de faltar algún dato de algún residente, el representante deberá comunicarlo a la Secretaría de Urgencias –UMCE en la 1ª D, en cuánto disponga de él).

9.1.2. **Modelo de planilla uniformado:** Se presentarán las guardias de cada categoría por los respectivos responsables en una **planilla normalizada** (“*todos la misma*”) con el fin de mantener una uniformidad que permita agilizar la labor administrativa.

En cada cuadrante de la planilla figurará el Nombre y 1º Apellido de cada residente de guardia; y, en el caso de los residentes de Especialidad (R1 y R2 de ESP, así como algún R3 y R4 de ESP) deberá figurar también su categoría (nivel de R) y especialidad.

Ejemplo:

17 Anselmo ORTIZ R-2ología
--

9.1.3. **Tiempo y entrega:** La planilla deberá ser confeccionada en periodos bimensuales y será entregada **en mano en Secretaría de Urgencias y UMCE** ; y a la vez remitida **por e-mail** a la Secretaría, Jefe de Servicio y Tutora de Residentes de Urgencias, a los correos facilitados en su día.

- Jefe de Servicio (Dr. Guerrero)
- Tutora de Residentes (Dra. Picazo)
- Secretaria (Vallivana)

9.1.4. **Planilla Provisional:** Dichas planillas tendrán **carácter provisional** y no deberán difundirse entre el resto de compañeros, hasta ser comprobadas todas en conjunto y aceptadas. Con el fin de conseguir una mayor operatividad, se deberán remitir antes del día 15 del mes anterior al periodo bimensual planificado.

La planilla provisional puede ser aceptada, pero previamente se debe realizar una planificación conjuntada mensual de todos los residentes y comprobar que ésta queda bien proporcionada y dimensionada. Por este motivo se considerará provisional la primera entrega, pues puede ser necesario realizar cambios, dentro de cada categoría e incluso entre categorías, antes de ser conocidas las guardias por el resto de compañeros.

- 9.1.5. **Planilla definitiva:** Una vez aceptadas las planillas, por el Jefe del Servicio y/o la persona responsable encargada en ese momento, se comunicará a los distintos responsables para que las difunda entre todos los compañeros por cada categoría. **La planilla definitiva** deberá ser remitida nuevamente al Jefe de Urgencias y la Tutora de Residentes.

9.2. REALIZACIÓN DE CAMBIOS DE GUARDIAS

- 9.2.1. **Solicitud de cambio de guardia entre dos compañeros:** Para realizar un cambio de guardia entre dos compañeros, se deberá rellenar la hoja oficial de **SOLICITUD de CAMBIO de GUARDIA** donde deberá figurar claramente:
- Nombre y Apellido, nivel de Residente (R1, R2, R3, R4) y Especialidad (M. Familia, Microbiología, M. Interna,...), de ambos residentes entre los que se va a realizar el cambio, así como los días y mes del intercambio.
 - Firma de los dos residentes, como conformidad de ambos para realizarlo.
- 9.2.2. **Solicitud de cambio del día de guardia:** Para realizar el cambio de un solo residente de un día de guardia por otro día distinto, se deberá proceder de la misma forma, quedando claro todos los datos del residente y los días del cambio.
- 9.2.3. **Supervisión y aceptación del cambio solicitado:**

PARA QUE LOS CAMBIOS TENGAN VALIDEZ DEBERAN SER previamente supervisados. Únicamente se aceptarán aquellos cambios que no produzcan descompensaciones en los recursos asistenciales.

Por este motivo, los residentes que soliciten cambios, deben verificar que han sido aceptados, contactando con la secretaría del Servicio ubicada en la planta 1ª D (ext. 725126).

Se recuerda que en el apartado 8.2.2 de la Circular 1/2009, en referencia a la asistencia a cursos, jornadas, rotatorios, congresos..., éstos no deben interferir con la realización de las guardias y, por tanto, no coincidir con el periodo en que se han de realizar. En caso de que esto ocurra, **el residente deberá responsabilizarse de cambiar sus guardias con algún compañero** y solicitarlo en tiempo y forma según los apartados anteriores.

Los cambios que provoquen descompensaciones en los recursos asistenciales no serán aceptados.

9.3. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR UNA GUARDIA POR ACONTECIMIENTO GRAVE IMPREVISTO.

9.3.1. **Sustituto de la guardia:** Ante cualquier circunstancia , que imposibilite de forma justificada la realización de una guardia (ej : enfermedad , acontecimiento familiar imprevisto...), el residente **deberá gestionar la cobertura de su puesto, contactando con algún compañero** de forma lo más inmediata posible, con la notificación a la Secretaría de Urgencias y UMCE (planta 1ª D o llamando a la ext. 725126)

9.3.2. **Requisitos:** En estos casos, es necesario concretar: las identidades de los integrantes del cambio, categoría de residente y especialidad, así como la circunstancia que ha motivado dicho cambio repentino.

El objeto de ésta actuación, es responder de forma responsable con “el compromiso asistencial que se tiene con el centro” y, fundamentalmente, una “muestra de compañerismo y profesionalidad”, al no dejar un puesto de guardia descubierto que motivaría con toda seguridad una mayor sobrecarga de trabajo sobre el resto de compañeros y una descompensación de los posibles turnos durante la guardia.

10. Tercera reforma: actualización a 1 de junio de 2010

Es consecuencia de haber sido -el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC)- acreditado para la formación de médicos residentes de las especialidades de **Oncología Médica** y **Oncología Radioterápica**, de suerte que los programas formativos de estas especialidades prevén la realización de guardias en el Servicio de Urgencias del HGCS. Por ello, procede modificar los anexos de esta Circular, para incluir a los R1 y R2 de estas especialidades médicas (ANEXO 1, ANEXO 2).

11. **Cuarta y quinta reforma: actualización a 1 de abril y 9 mayo de 2011**

Adaptación del plan formativo

12. **Sexta reforma: actualización a 17 de junio de 2013**

Reorganización del número de guardias de algunas especialidades. Introducción de nuevos residentes de Cardiología y Neumología.

13. **Séptima reforma: actualización a 28 de enero de 2015**

Adaptación del plan formativo

14. **Octava reforma: actualización a 21 de mayo de 2015**

Introducción de nuevos residentes en Anatomía Patológica.

15. **Novena reforma: actualización a 21 de marzo de 2016**

Adaptación del plan formativo de la especialidad de Oncología Radioterapéutica en el CHPC en Urgencias.

16. **Décima reforma: actualización a 20 de junio de 2016**

Reorganización en la distribución de las guardias de psiquiatría

17. **Undécima reforma: actualización a 20 de junio de 2018**

Adaptación de los Antecedentes
Regularización guardias R2 oftalmología Hospital Provincial.

18. **Duodécima reforma : actualización 2020**

Incorporación de nuevos residentes

19. **Decimotercera reforma: actualización 28 de junio de 2021**

En esta reforma pondría el cambio de paradigma de las guardias de urgencias. Las guardias de las diferentes especialidades son del hospital y esto incluye urgencias. Por tanto todos los servicios de guardias tienen que asumir sus urgencias a petición y con colaboración del Servicio de urgencias.

Se realiza la actualización de la circular ante la incorporación de un mayor número de residentes, dado que se hay un incremento de plazas en algunos servicios ya acreditados y por otra parte se ha autorizado el inicio de docencia en otros.

En segundo lugar se plantea como objetivo el cumplimiento de los planes de formación de cada especialidad con la mayor rigurosidad posible, tanto en el número de guardias como en el resto de objetivos de cada uno de los programas. En este sentido, tras considerar las aportaciones de los

responsables de servicio y tutores se propone un cambio que fundamentalmente afecta al número de guardias que los R2 realizan en el Servicio de Urgencias.

Se excluirán los residentes de las especialidades donde el facultativo tenga una licenciatura distinta a la de Medicina (Microbiología, Análisis Clínicos...). Si el residente que se incorpora es licenciado en Medicina deberá realizar las guardias en el Servicio de Urgencias como el resto de especialidades.

20. CONCLUSIÓN

Esta Gerencia considera -como queda expresado en esta Circular 1/2009- que tales medidas organizativas no perjudican el progreso en conocimientos y experiencia de los médicos residentes, al contrario, facilita la formación troncal de todo médico, que le facultará para abordar la atención de sus futuros pacientes con una visión clínica global.

21. Documentación Anexa

ANEXO 1. Distribución de guardias de los R-1 de Especialidad en el Servicio de Urgencias.

ANEXO 2. Distribución de guardias de los R-2 de Especialidad en el Servicio de Urgencias. Organigrama mensual del número de guardias.

(ANEXO – 1)
**DISTRIBUCIÓN DE GUARDIAS DE LOS R-1 de ESPECIALIDAD
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

ESPECIALIDAD	Nº DE RESIDENTES	Nº DE GUARDIAS/MES URGENCIAS
MEDICINA INTERNA	3	2 durante 1 año
MEDICINA DIGESTIVA	2	2 durante 1 año
NEFROLOGIA	2	2 durante 1 año
NEUROLOGIA	1	2 durante 1 año
ENDOCRINOLOGIA	1	2 durante 1 año
CARDIOLOGÍA	2	2
NEUMOLOGIA	1	2
HEMATOLOGIA	2	2 durante 1 año
NEUROFISIOLOGIA	1	3 durante 1 año
MICROBIOLOGIA (si médico)	1	4 durante 1 año
MEDICINA DEL TRABAJO	1	1 durante 1 año
ANALISIS CLINICOS (si médico)	1	2 durante 3 meses
REHABILITACION	2	2 durante 1 año
PSIQUIATRIA	3	3 durante 9 meses
UCI	2	2 durante 4 meses
ANESTESIA	3	3 durante 4 meses
ORL	1	1 durante 3 meses
UROLOGIA	1 (acreditadas 2)	1 durante 3 meses
RADIOLOGÍA	3	1 durante 6 meses
OFTALMOLOGIA HGUCS	1	1 durante 3 meses
OFTALMOLOGIA HPROVINCIAL	1	1 durante 3 meses
CIRUGIA GENERAL	2	1 durante 3 meses
CIRUGIA VASCULAR	1	1 durante 3 meses
ONCOLOGIA MEDICA	1	4 durante 1 año
ONCOLOGIA RT	1	4 durante 1 año
ANATOMIA PATOLOGICA	1	3 durante 1 año
DERMATOLOGIA	1	3 durante 1 año
MEDICINA PREVENTIVA	1	3 durante 1 año

(ANEXO - 2)
**DISTRIBUCIÓN DE GUARDIAS DE LOS R-2 de ESPECIALIDAD
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

ESPECIALIDAD	Nº de RESIDENTES	Nº de GUARDIAS AL MES - AÑO POR RESIDENTE
MEDICINA INTERNA	3	1 al mes
MEDICINA DIGESTIVA	2	1 al mes
NEFROLOGIA	2	1 al mes
NEUROLOGÍA	1	1 al mes
ENDOCRINOLOGIA	1	1 al mes
CARDIOLOGIA	2	1 al mes
NEUMOLOGIA	1	1 al mes
HEMATOLOGÍA	2	1 al mes
NEUROFISIOLOGIA	1	6 al año
MICROBIOLOGIA (si médico)	1	6 al año
MEDICINA DEL TRABAJO	1	3 al mes
ANALISIS CLINICOS (si médico)	1	6 al año
REHABILITACIÓN	2 (1 en 2023)	1 al mes
UCI	2	6 al año
ANESTESIA	3	1 al mes
ORL	1	1 al mes
UROLOGÍA	2	6 al año
RADIOLOGÍA	3	6 al año
OFTALMOLOGIA HGUCS	1	6 al año
OFTALMOLOGIA H PROVINCIAL	1	6 al año
CIRUGIA GENERAL	2	6 al año
CIRUGIA VASCULAR	1	6 al año
ONCOLOGIA MEDICA	2	1 al mes
ONCOLOGIA RT	1	1 al mes
ANATOMIA PATOLOGICA	1	6 al año
DERMATOLOGIA	1	6 al año
MEDICINA PREVENTIVA	2	6 al año