



**PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD
DOCENTE**
Código: PTDO-01
Edición/Versión: 1 (09/23)



PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE



Elaborado por:
IDFC

Revisado por:
Jefe de Estudios

Aprobado por:
Dirección Gerencia

EL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE (PGCD)

El Plan de gestión de Calidad Docente (**PGCD**) es el documento que establece el marco de desarrollo de la estrategia de calidad de la **Unidad Docente (UD)**, siendo su objetivo fundamental garantizar que los profesionales alcancen las competencias propias de la especialidad, con un enfoque basado en procesos y orientado a la mejora continua y a la satisfacción de los residentes, de la Administración y de todos los usuarios y miembros de la UD.

Como instrumento de mejora continua de la calidad, se revisará periódicamente y permitirá la evaluación interna y externa, pudiendo los equipos auditores comprobar que la Unidad Docente de la GAI Tomelloso (**UD**) cumple con los requisitos para desempeñar su actividad.

El **Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, en su Artículo 29.3, indica que las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito. Dicho plan se aprobará y supervisará por la Comisión de Docencia con sujeción a los criterios que establezcan las comunidades autónomas, a través de los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada, y de los establecidos por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La **ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero**, por la que se publica el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, 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, indica que es función de las Comisiones de Docencia 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. Asimismo, es función del Jefe de Estudios supervisar el **PGCD** del Centro o Unidad.

El **PGCD** se revisará anualmente de forma ordinaria por la Comisión de Docencia y se aprobará por la Dirección Gerencia del Área Integrada de Tomelloso. En cada revisión se incluirán los aspectos y elementos que la Comisión de Docencia considere oportunos. Este **PGCD** permitirá la adaptación a las nuevas necesidades y retos que se identifiquen en la formación especializada, así como incorporar una política de mejora continua de la calidad docente.

Se ha intentado que los objetivos estratégicos sean factibles y de impacto; que las iniciativas sean realizables y ayuden a conseguir los objetivos; y que los indicadores sean medibles y específicos. Los estándares planteados deberán ser modificados en sucesivas ediciones de este plan.

Este **PGCD** está en línea con la estrategia de la Gerencia y tanto la estructura de la Unidad Docente, como las personas que han desarrollado el plan, trabajan en sintonía con el organigrama directivo de la Gerencia. El equipo directivo de la Gerencia ha prestado un apoyo decidido a los responsables de Docencia en el desarrollo del plan.

El **PGCD** se revisará anualmente de forma ordinaria por la Comisión de Docencia y se aprobará por la Dirección Gerencia del Área Integrada de Tomelloso. En cada revisión se incluirán los aspectos y elementos que la Comisión de Docencia considere oportunos. Este **PGCD** permitirá la adaptación a las nuevas necesidades y retos que se identifiquen en la formación especializada, así como incorporar una política de mejora continua de la calidad docente.

El **PGCD** es único para la gestión de la docencia en la Gerencia, aplicándose de forma específica a cada dispositivo docente acreditado, coordinando todas las actividades docentes, dotándolas de Objetivos estratégicos que puedan ser evaluados y adaptados a las necesidades de cada recurso docente.

De la misma forma, este **PGCD** estará en la línea marcada por el Plan de Calidad del SNS, la Agencia de Calidad del SNS y cualquier otro plan de auditorías externas dependientes del Gobierno Central o del de Castilla-La Mancha.

UNIDAD DOCENTE GAI TOMELLOSO

El espacio dedicado al Área de Investigación, Docencia, Formación y Calidad (en adelante **IDFC**), se encuentra ubicada en la planta baja del Hospital General de Tomelloso (Vereda de Socuéllamos s/n), contando un despacho donde se ubican los responsables de docencia, de formación y el personal administrativo, con dos aulas de formación con capacidad para 20 alumnos cada una y con 27 puestos informáticos entre ambas, además de una biblioteca polivalente. Paralelamente la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso posee en cada uno de sus centros de salud salas de juntas y bibliotecas destinadas para tal fin. A continuación detallaremos los contactos de la UDFSE:

Jefe de Estudios de la UDH:
Jefa de Estudios de la UDMAFYC:

D. Modesto Maestre Muñiz.
Dña. Carmen Rubio Torres.

Teléfono: 926525800 Ext: 71017

Email: docencia.gaitm@sescam.jccm.es

Tomando como punto de partida un hospital que atiende a más de 65000 personas, prestando servicio a pacientes incluso procedentes de fuera de nuestra Área Sanitaria se busca que el Hospital consiga *“incentivar la investigación, unificar, dar criterio, promover y apoyar metodológicamente, todas aquellas acciones en materia formativa o docente que permitan a nuestros profesionales aumentar la calidad de la asistencia sanitaria que brindan a nuestros usuarios”*.

El Área IDFC de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso será la encargada de articular la UD así como dotar del personal organizativo encargado de la realización de los procesos necesarios para su gestión además de custodiar toda la documentación relativa a la misma y sus reuniones. El Área IDFC está compuesta por:

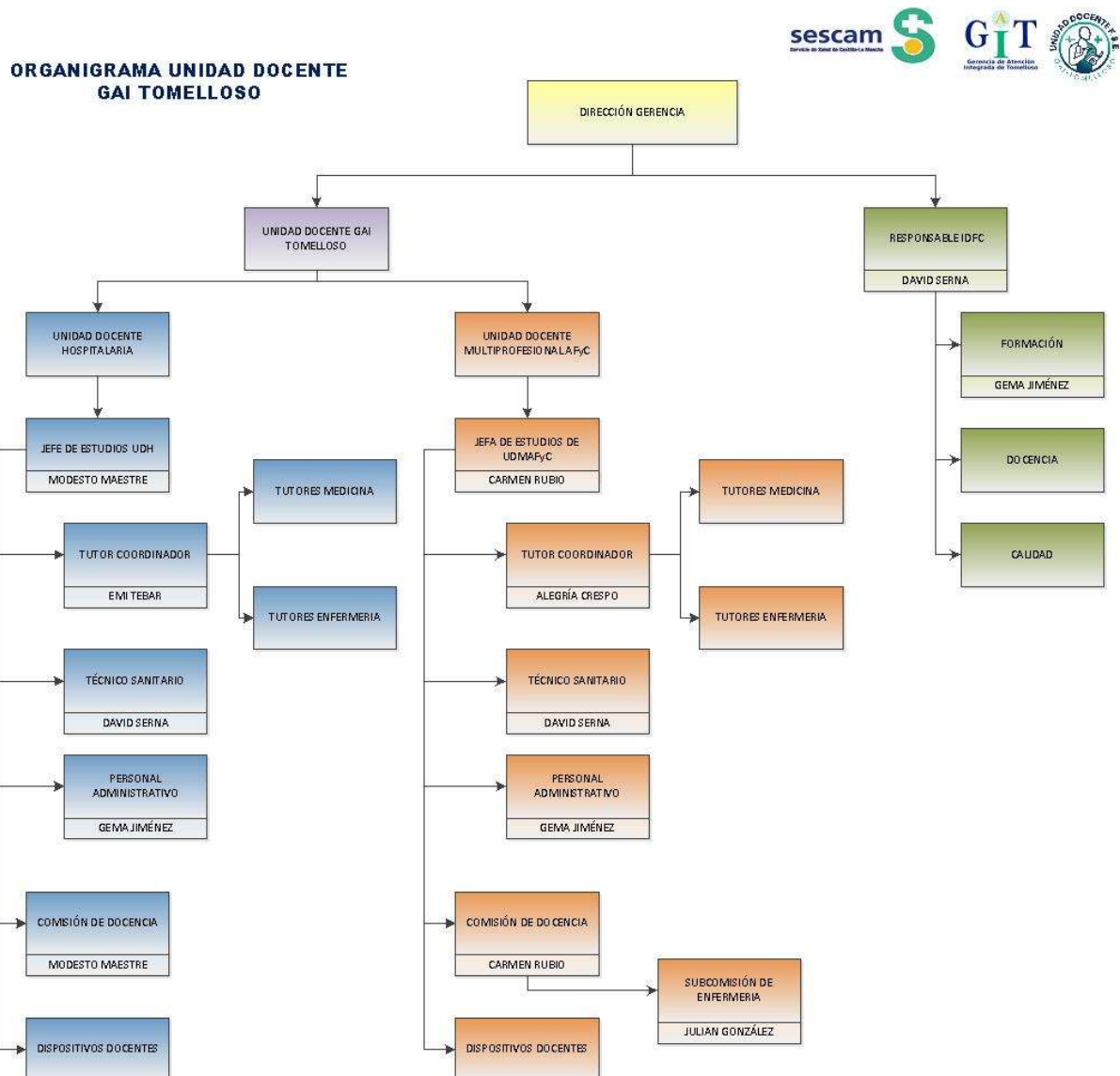
Responsable de Área IDFC:
Responsable de Formación:

D. David Serna García.
Dña. Gema Jiménez Hidalgo.

La **UD** tiene como principal órgano consultor sobre organización y gestión de la formación de los residentes a la Comisión de Docencia.

Docencia, calidad asistencial, formación e investigación con un enfoque integrador, tienen en común elevar la calidad de la atención a la salud de la población ya sea formando profesionales que respondan a las necesidades del sistema de salud, a través del proceso docente-educativo o con el desarrollo de una práctica médica de calidad sobre las bases de un proceso de atención médica eficiente o utilizando la investigación como método científico en los procesos de formación de recursos humanos en salud y en la actividad práctica de los profesionales de la salud.

En concordancia con estos principios, la Unidad Docente es una estructura organizativa encargada de la planificación, rediseño organizativo, coordinación, ejecución, evaluación de los diferentes Planes de Mejora de la actividad Investigadora, Docente y Formación Continuada en la GAI de Tomelloso, que pretende un adecuado uso de recursos intelectuales, tecnológicos, humanos y organizativos para ofrecer a los pacientes los mejores resultados clínicos posibles acordes con la evidencia científica y llevados a cabo por profesionales de un nivel competencial excelente. La Unidad Docente de Tomelloso queda estructurada según este organigrama:



A continuación se puede apreciar el mapa de procesos de la Unidad Docente de la GAI de Tomelloso:

MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD DOCENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO



LEGISLACIÓN APLICABLE

Todas las actividades que se realizan en el Área de IDFC, observan la normativa legal de ámbito nacional que le es de aplicación a esta organización. Todas las leyes, decretos, y regulaciones aplicables tienen la consideración de documentos externos. Igualmente observa las disposiciones legales derivadas de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, el Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 y la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, **por el que se determinan clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada**, en su Artículo 29.3 indica que las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito. Dicho plan se aprobará y supervisará por la Comisión de Docencia con sujeción a los criterios que establezcan las comunidades autónomas a través de los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, **por la que se publica el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, 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**, indica que es función de las Comisiones de Docencia 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. Asimismo, esta Orden **indica** que es función del Jefe de Estudios supervisar el plan de gestión de calidad docente del Centro o Unidad.

El Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en Castilla-La Mancha, tiene como objeto la **regulación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha**, conforme a lo establecido en la legislación estatal que resulte de aplicación. Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente Decreto será de aplicación a todos los centros y unidades docentes de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, sean de ámbito público o privado, a las que el Ministerio competente en materia sanitaria haya concedido la correspondiente acreditación.

ALCANCE

El ámbito de este Plan de Calidad y el conjunto de los Procedimientos Operativos y Generales del Sistema de Calidad abarca procesos de Docencia, Formación, Investigación y Calidad englobados en la Unidad Docente de la GAI de Tomelloso. Por ello, todo profesional sanitario vinculado a cualquier área o ámbito de este Servicio y cuyas funciones o actividades competen a la Unidad de Docencia, repercuten en este Plan.

CONFIDENCIALIDAD

El Plan de Calidad, así como el resto de documentos que lo complementan tienen la consideración de confidenciales, por lo que su difusión o reproducción parcial o total solo podrá ser autorizada por el Jefe de Estudios de la UD. Específicamente, la reproducción en papel de cualquier documento del Sistema de Gestión de la Calidad requiere la autorización del Responsable de Calidad así como cualquier documento que esté vinculado a la UD de la GAI de Tomelloso. A su vez, desde la Unidad Docente se aplica una vez firmado el contrato con el profesional en formación la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Acción correctiva:

Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto, o cualquier otra situación indeseable existente, para impedir su repetición.

Centro o Unidad Docente:

Conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a dispositivos asistenciales (hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupaciones territoriales de recursos sanitarios), docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que cuenten con acreditación para la formación de especialistas en ciencias de la salud, según lo indicado en el RD 183/2008. En este sentido, dentro de IDFC y de este Plan, abarca tanto la Unidad Docente Hospitalaria como la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.

Comisión de docencia (CD):

Órgano colegiado de la estructura docente de un centro hospitalario acreditado para la formación de especialistas cuyas misiones son:

- Organizar la formación.
- Facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional conjuntamente con los órganos de dirección de éste.
- Supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas formativos de cada especialidad.

Comisión nacional de la especialidad:

Órgano asesor del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad y del Ministerio de Educación que representa a cada especialidad médica. Tiene, entre otras funciones, las de:

- Proponer los programas correspondientes para la formación en cada especialidad.
- Informar de los requisitos generales que han de reunir las unidades docentes para ser acreditadas en la especialidad de que se trate.
- Informar los expedientes de acreditación y, en su caso, desacreditación de cada una de ellas, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las características organizativas de los servicios sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas.
- Informar de la oferta anual de plazas en formación de la especialidad y titulación que en cada caso corresponda.

- Revisar las evaluaciones finales de los residentes que así lo soliciten.

Comité de evaluación:

Órgano colegiado de la estructura docente, constituido para cada una de las especialidades acreditadas para la FSE, responsable de llevar a cabo la evaluación anual y final de los residentes de la especialidad de que se trate.

Estándar:

Expresión del nivel óptimo o adecuado de la estructura, proceso o resultado de una actividad que vamos a medir, de acuerdo con la situación concreta en que se realiza la evaluación.

Evaluación anual del residente:

Valoración del residente cuyo objetivo es calificar sus conocimientos, habilidades y actitudes al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo.

Evaluación formativa del residente:

- Seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, que permite:
- Evaluar el progreso en el aprendizaje del residente.
- Medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad.
- Identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.

Guía o itinerario formativo tipo:

Adaptación del programa formativo oficial de la especialidad a la unidad docente en su conjunto (plan de formación). Es elaborado por los tutores vinculados a la especialidad de que se trate y aprobado por la CD.

GAI de Tomelloso:

Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso.

IDFC:

Siglas que se corresponde con la identificación del Área de Investigación, Docencia, Formación y Calidad del Hospital General de Tomelloso.

Incidencia:

Situación excepcional que pone de manifiesto un hecho que interfiere en las actividades del día a día y de la que se debe informar de forma inmediata a la autoridad correspondiente y al Responsable de Calidad. Dependiendo de sus características y severidad puede derivar en No Conformidad y requerir la adopción de Acciones Correctoras.

Indicador de Calidad:

Examen del comportamiento de un parámetro de los procesos operativos sobre el que existe una metodología concreta de cálculo para su control y seguimiento. Miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso.

Informe de evaluación formativa:

Documento que recoge los resultados del proceso de tutorización continuada y periódica del residente y que se emplea como una de las fuentes de información en la realización de la evaluación anual del residente.

Jefe de Estudios:

Responsable de la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la formación superior especializada. Ostenta la presidencia tanto de las comisiones de docencia como de los comités de evaluación de cada especialidad. Esta figura es responsable de coordinar y comunicar la información relativa a las actividades laborales y formativas de los residentes, entre la dirección del centro docente, los responsables de los dispositivos en los que se imparta la formación y la CD. Esta figura, dentro de IDFC y de este Plan, abarca tanto la Jefatura de Estudios de la Unidad Docente Hospitalaria como la Jefatura de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.

Mapa de procesos:

Es la representación de los procesos implicados en la docencia y de sus interrelaciones, entendiendo como proceso aquella actividad que, utilizando los recursos necesarios y a través de su gestión, transforma los elementos de entrada en resultados. Frecuentemente, el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

Memoria de actividades docentes:

Resumen anual de las actividades formativas realizadas en un centro sanitario docente.

Plan de Formación:

Descripción y recopilación de las actividades formativas realizadas.

Plan de gestión de la calidad docente (PGCD):

Es el documento o conjunto de documentos que describen y desarrollan tanto la organización para la docencia como las directrices y requisitos para gestionar y asegurar la calidad de la formación sanitaria especializada en el centro docente.

Plan individual de formación (PIF):

Planificación temporal de actividades formativas teórico-prácticas (sesiones, guardias, rotaciones, actividades de investigación y otras actividades formativas) de cada residente. Es elaborado por cada tutor para sus residentes y entregado en forma y plazo adecuada al residente. El jefe de estudios debe disponer en plazo y forma adecuada del plan individual de formación de todos los residentes del centro docente.

Plan Transversal Común de Formación (PTCF):

Conjunto de actividades formativas dirigidas a los residentes que incluye contenidos docentes comunes a todas las especialidades y de carácter transversal a la formación de especialistas en ciencias de la salud.

Plan de auditorías:

Documento en el que se refleja el conjunto de áreas que se van a auditar así como la fechas previstas para ello y el nombre del auditor que se va a encargar de las mismas.

Política de Calidad:

Directrices y objetivos generales, relativos a la calidad, definidos por el Coordinador de IDFC.

Procedimientos:

Documentos de carácter organizativo en los que se describen, con el nivel de detalle necesario en cada caso, cómo se desarrolla una determinada actividad, quien y cuando se realiza. En estos procedimientos deben quedar definidas y documentadas las responsabilidades y relaciones entre todo el personal del centro docente que incide sobre la calidad de la formación de los residentes.

Proceso:

Organización de personas, procedimientos y medios físicos que, en trabajo coordinado y secuencial, son necesarios para lograr un resultado final concreto.

Protocolo de supervisión de residentes:

Documento/s que recoge/n las políticas y procedimientos establecidos por la CD para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de las dos Unidades Docentes consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica. Estos protocolos deben ser conocidos por todos los profesionales implicados en la asistencia.

Registro de Calidad:

Todo documento que muestre la evidencia del cumplimiento de algún requisito de control o calidad, alcanzada de modo objetivo e identificable.

Rotación externa:

Período formativo, autorizado por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma, que se lleva a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación o en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.

Tutor:

Profesional especialista en servicio activo que, acreditado como tal conforme al procedimiento establecido en la correspondiente comunidad autónoma, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente, a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate. El tutor será el mismo durante el periodo formativo, y tendrá asignados, hasta un máximo de cinco residentes.

Unidad docente hospitalaria o de atención especializada:

Conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a dispositivos asistenciales fundamentalmente hospitalarios, necesarios para la formación de especialistas según lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

Unidad docente multiprofesional de familia y comunitaria (UDMFyC):

Conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a dispositivos asistenciales de atención primaria (centros de salud y consultorios), necesarios para la formación de especialistas según lo establecido en los programas oficiales de las especialidades de familia y comunitaria tanto de medicina como de enfermería.

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

REQUISITOS GENERALES

El Área de Investigación, Docencia, Formación Continuada y Calidad (IDFC) tiene identificados los procesos necesarios para el desarrollo de sus actividades en relación con sus clientes, así como los que competen a la Unidad Docente de Tomelloso. En la descripción de dichos procesos se citan:

- La identificación de sus correspondientes propietarios.
- Los puntos de inicio y finalización de los procesos.
- Los procedimientos operativos que regulan el funcionamiento de cada uno de ellos.
- Los indicadores de calidad que permiten evaluar y analizar la calidad de los procesos.
- Los registros que se generan.

Analizado el comportamiento de dichos procesos se está en condiciones de conocer las áreas fuertes existentes e, igualmente, las áreas débiles sobre las que sea precisa la adopción de acciones correctoras o preventivas, y todo ello con el objetivo general del mantenimiento de la mejora continua en las actividades comprometidas con los clientes.

REQUISITOS ESPECÍFICOS

Plan de calidad

Este Plan de Calidad contiene la descripción de los procesos del IDFC en donde se representan las diferentes actividades que se desarrollan durante los mismos y que hacen referencia a la Unidad Docente de Tomelloso. Igualmente se hace mención a los Procedimientos Operativos necesarios para el desarrollo de sus actividades.

Las actividades necesarias para la adecuada gestión del Plan de Calidad, y que se enumeran a continuación, son responsabilidad del Responsable de Calidad de la Unidad Docente:

- Mantenimiento y actualización permanente del contenido del Plan.
- Disponibilidad de ediciones actualizadas accesibles a todo el personal.
- Custodia del ejemplar original y archivo de las distintas ediciones históricas.

El texto del Plan de Calidad es revisado por el Responsable de Calidad y la Jefatura de Estudios.

Procedimientos operativos

- El conjunto de procedimientos del Plan que se encuentran en vigor son los siguientes:
- Acompañamiento al residente. Contendrá la gestión de la Bienvenida y acogida, la atención continuada, y la despedida del residente.
- Gestión de las guardias de residentes.
- Gestión de la formación de residentes. Contendrá la gestión de cursos formativos, sesiones y rotaciones de residentes.
- Gestión Interna de la Unidad Docente. Contendrá el mantenimiento del sistema de gestión documental: Normativa de Comisiones de Docencia, de Jefe de Estudios y Figuras Docentes, protocolos de supervisión. Además engloba la revisión anual de la capacidad y oferta docente, junto con la gestión de la acreditación docente.
- Fomento de la actividad investigadora.
- Gestión de la formación pregrado y postgrado.
- Información y divulgación de la actividad de la Unidad Docente. Contendrá la gestión de la Web y de las solicitudes de información.
- Evaluación de la Actividad Docente

Control de los registros

Están identificados los registros de la calidad resultantes de las actividades manteniéndose su accesibilidad e integridad. Todos los registros están archivados bajo formato en papel o informatizado en lugares seguros y accesibles para los empleados que necesitan su consulta en el despacho del Área IDFC. Todos los registros mantienen la codificación e identificación que presentan desde su origen, no existiendo, por innecesaria, ninguna otra codificación complementaria para los mismos.

POLÍTICA DE CALIDAD

La Política de Calidad definida por la GAI de Tomelloso (Anexo X) adquiere compromisos que se integran por el Coordinador de IDFC y la Jefatura de Estudios en la Unidad Docente, concretándose en los siguientes aspectos:

Misión:

La Misión de la Unidad Docente, por tanto, es proporcionar las condiciones necesarias para garantizar el desarrollo profesional continuo de los trabajadores y residentes de formación especializada de la GAI de Tomelloso.

Visión:

La visión de la Unidad Docente es formar a especialistas tanto de medicina como de enfermería con el máximo nivel de excelencia.

Valores:

Los valores de la Unidad Docente se sustentan en en la profesionalidad (basados en conocimiento, ética, disciplina y dedicación) y el trabajo en equipo, siempre orientados a la eficiencia y a la calidad, en una apuesta continua por la innovación.

Objetivos:

los objetivos de la Unidad Docente son los siguientes:

- **Adecuar** y mejorar la estructura de la Unidad para favorecer la actividad docente del residente (personal, medios, ratios, espacios, técnicas, etc.).
- **Mejorar la cartera de actividades docentes** la UD para que sea funcional, eficaz y atractiva para los residentes.
- **Satisfacer** las necesidades y expectativas docentes de los residentes y tutores.
- **Mejorar** el nivel de atracción de la Unidad.
- **Garantizar la integración de la actividad técnica y formativa** de los residentes integrados como personal de la Unidad.
- **Fomentar y favorecer las actividades docentes** asegurando la realización de unos mínimos establecidos, investigadoras y de formación de los residentes (participación en congresos, comunicaciones, ponencias, publicaciones, proyectos de investigación, tesis doctorales, etc.) en relación con su programa de la especialidad.
- **Fomentar, favorecer, asegurar y mantener la capacitación docente de los tutores** en relación a la metodología y evaluación de la docencia de especialistas en formación.

Dichos objetivos de calidad específicos se comparten con las Comisiones y Subcomisión de Docencia, y están alineados con la estrategia de la GAI de Tomelloso, como centro docente.

COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La Dirección Gerencia de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso asume los compromisos y requisitos que implica la acreditación de la Unidad Docente como Unidad Docente Multiprofesional para la Formación Sanitaria Especializada de postgrado.

La Dirección Gerencia reconoce que este hecho es una oportunidad única para la Gerencia de Atención Integrada de continuar en su línea estratégica de mejora continua de todas sus competencias.

Esta mejora no sólo debe alcanzar a los profesionales, sino que, además, se debe traducir en una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes como eje del sistema sanitario.

En este sentido la Dirección Gerencia se compromete a:

- Dar apoyo expreso a la Comisión de Docencia, al Jefe de Estudios, a los Coordinadores de Medicina y Enfermería y al personal implicado en la Docencia (Tutores, Colaboradores Docentes...) así como a los propios especialistas en formación, en todas sus funciones relacionadas con la docencia y participar en la

integración de la actividad asistencial de los mismos de acuerdo con las normativas propias de la Comisión de Docencia, Autonómicas y Nacionales.

- Supervisar la política de calidad de la Unidad Docente.
- Supervisar los estándares de calidad y los objetivos en los niveles pertinentes al desarrollo del plan.
- Apoyar la realización de las actividades facilitando los recursos necesarios, humanos y materiales, con el fin de asegurar los objetivos específicos y estratégicos del Plan de Gestión de Calidad Docente de la Unidad Docente de la GAI de Tomelloso.
- Realizar la aprobación formal del Plan de Gestión de Calidad Docente junto con la Comisión de Docencia.
- Liderar acuerdos o convenios de colaboración con los dispositivos docentes que resulten necesarios para el cumplimiento del POE.
- La Dirección Gerencia del Área debe asegurarse que la Comisión de Docencia de la UD revise, cada año, el Plan de Gestión de Calidad Docente y todos los datos e información procedentes de:

El seguimiento de los objetivos de calidad. El análisis de recursos, capacidad docente de la UD.

Los resultados de las Auditorias Docentes internas/externas realizadas.

Sugerencias o reclamaciones de los Residentes, de los Pacientes y de la Administración.

Información sobre la satisfacción de los Residentes.

Resultados de los Indicadores de Seguimiento de los Procesos Formativos.

Los cambios que pudieran afectar al Plan de General de Calidad Docente establecido.

Las recomendaciones para la mejora.

Los resultados de esta revisión deben quedar registrados elaborándose una Memoria Docente anual de la Comisión de Docencia, según el calendario docente.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

En el despacho de IDFC se custodian los siguientes documentos:

En relación con la organización del Centro Docente para la docencia y de la Unidad Docente:

- Acta fundacional de la CD.
- Nombramiento oficial del Jefe de Estudios.
- Nombramiento oficial de los representantes de los residentes.
- Nombramiento oficial de los representantes de los tutores.
- Nombramiento del resto de miembros.

Nombramiento oficial de todos los tutores.

Documentación acreditativa de la condición de UD.

Documentación acreditativa de los distintos centros y su capacidad docente.

En relación con la organización general de la Unidad:

- Guía de acogida para residentes.
- Direcciones de contacto, descripción de la Unidad Docente, de la Comisión de Docencia y de los dispositivos docentes.
- Composición de la Comisión de Docencia.
- Tutores y colaboradores de la Unidad Docente.
- Capacidad y oferta docente anual.
- Relación de funciones y papel de la Comisión de Docencia, Subcomisión de docencia de enfermería, tutores y especialistas en formación.
- Calendario anual de reuniones de la Comisión de Docencia, evaluaciones y entrega de planes formativos, memorias.
- Normativa y requisitos para las rotaciones externas.
- Formulario de solicitud de acreditación como tutor.
- Formulario de registro de sesiones.
- Cronograma de sesiones clínicas.
- Descripción y organización funcional, técnica y docente de los dispositivos.
- Plan transversal o de formación común de docencia para residentes y tutores.
- Modelos de solicitud de permisos, licencias oficiales y vacaciones.
- Modelos de asistencia a actividades formativas o docentes y la normativa para la asistencia a estas actividades.
- Modelos y formulario para la realización del resumen de la memoria docente, la memoria docente anual (libro del residente) y documento de ayuda para la realización del autobaremo.
- Modelo para la realización de la Memoria Docente de la Unidad.
- Modelo encuesta de satisfacción de los residentes.
- Modelo de evaluación anual de los residentes.
- Documento de recomendaciones para realizar la evaluación anual de los residentes.
- Modelo para realizar las evaluaciones de las rotaciones de los residentes.
- Documento de instrucciones para realizar la evaluación de las rotaciones de los residentes.
- Modelo de evaluación trimestral de los residentes.
- Modelo de evaluación formativa anual de los residentes.
- Recomendaciones para realizar la evaluación formativa de los residentes.
- Calendario del Comité de Evaluación.

- Modelo Plan Formativo de la Unidad Docente.
- Modelo del Plan Individual Formativo.
- Recomendaciones para la realización del Plan Formativo de la Unidad Docente.
- Plan anual de Formación de Docencia.
- Memoria anual de la Unidad Docente.
- Composición de los Comités de Evaluación y Acta del Comité de Evaluación según lo indicado por el RD 183/2008 en su artículo 19: Comités de evaluación, Composición.
- Documentación relacionada con la propia gestión del PGCD.

MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA

La UD establece los métodos de medición, análisis y mejora necesarios para asegurar la calidad de la formación postgrado y su mejora continua. En este sentido, desde la Unidad se documenta periódicamente:

La satisfacción del residente:

Se evaluará de forma anual en relación al funcionamiento, adecuación de los recursos y equipamiento y calidad de la Unidad Docente. Así mismo también se recogerá las evaluaciones de las rotaciones efectuadas por el residente a su finalización como se pueden apreciar en los anexos.

La autoevaluación y auditorías internas:

Independientemente de la revisión por parte de la Comisión de Docencia y de la Dirección Gerencia del PGCD, se establecerán auditorías internas de varios niveles de la Unidad Docente, tutores y residentes por parte de los comités organizados por miembros de la Comisión de Docencia a tal efecto.

Podrán utilizarse las reuniones de la Comisión de Docencia para la realización de estas auditorías internas, si así lo estima el Jefe de Estudios.

La Dirección Gerencia se asegurará de que se toman las medidas adecuadas para la resolución de las no conformidades detectadas durante las revisiones y auditorías internas, asumiendo la realización del seguimiento de estas acciones y la verificación de su eficacia.

Indicadores para medición y seguimiento (en el propio apartado de indicadores se muestra una batería de indicadores para su selección anual y medición según proceda).

La Dirección Gerencia, junto con la Comisión de Docencia, establecerá los “indicadores de los procesos docentes” que aseguren la revisión de su capacidad para alcanzar los resultados previstos planificados. En el caso de no alcanzarse los resultados previstos, se tomarán las medidas correctoras oportunas.

Control de las no conformidades.

Cualquier incumplimiento de lo establecido en el PGCD por parte de la UD o de los resultados esperados en relación con los objetivos y los procesos docentes, debe de registrarse y solucionarse en el menor tiempo posible (Modelo en el anexo en el que se recoge el registro de la naturaleza de las no conformidades y las acciones tomadas posteriormente, indicando actividades, responsables, fechas y seguimiento de su eficacia).

Además se realizarán las acciones pertinentes para prevenir su repetición.

El Jefe de Estudios, establece la sistemática para la identificación, registro y tratamiento de las no conformidades y sus acciones correctoras posteriores.

Mejora.

La Unidad anualmente establece nuevos objetivos y acciones de mejora orientadas a incrementar la satisfacción de los residentes, usuarios y la Administración, con la docencia de postgrado impartida

INDICADORES

- **Tutores.**
- **Actividad formativa y sesiones en los centros.**
- **Centros Docentes.**
- **Residentes.**
- **Unidad Docente y Comisión de Docencia.**
- **Satisfacción de los residentes.**

| TUTORES | | | | | |
|--|--|----------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Indicador | Fórmula (si no es dicotómico) | Estándar | Fuente de información | Periodicidad | Responsable de medición |
| Porcentaje de tutores con la especialidad o que cumplan los requisitos de acreditación | $N.º \text{ tutores con la especialidad o requisitos} / N.º \text{ total de tutores}$ | 90 % | Registro en el servicio IDFC | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de tutores formados en metodología docente y evaluativa | $N.º \text{ tutores con al menos 1 curso bienal relativo} / N.º \text{ total de tutores}$ | 50 % | Registro en el servicio IDFC | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de tutores que aportan un plan de actividad en el periodo asignado para reciclaje | $N.º \text{ tutores que aportan un plan de actividad} / N.º \text{ total de tutores con periodo de reciclaje}$ | 50 % | Registro en el servicio IDFC | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de tutores con comunicaciones o ponencias en congresos o jornadas | $N.º \text{ tutores con al menos 1 comunicación o ponencia bienal} / N.º \text{ total de tutores}$ | 50 % | Memoria anual de investigación | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de tutores con publicaciones en revistas científicas | $N.º \text{ tutores con al menos 1 publicación bienal} / N.º \text{ total de tutores}$ | 40 % | Memoria anual de investigación | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de tutores con un n.º adecuado de reuniones de tutorización | $N.º \text{ tutores con al menos 4 reuniones al año de tutorización} / N.º \text{ total de tutores acreditados}$ | 80 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |

| ACTIVIDAD FORMATIVA | | | | | |
|---|---|----------|------------------------|--------------|------------------------------------|
| Indicador | Fórmula (si no es dicotómico) | Estándar | Fuente de información | Periodicidad | Responsable de medición |
| Porcentaje de centros con un número adecuado de sesiones MIR | $N.º \text{ de centros acreditados que realizan al menos 4 sesiones MIR al mes} / N.º \text{ total de centros acreditados}$ | 100 % | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de centros con un número adecuado de sesiones EIR | $N.º \text{ de centros acreditados que realizan al menos 4 sesiones EIR al mes} / N.º \text{ total de centros acreditados}$ | 100 % | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de centros con un número adecuado de sesiones conjuntas MIR y EIR | $N.º \text{ de centros acreditados que realizan al menos 1 sesión conjunta al mes} / N.º \text{ total de centros acreditados}$ | 100 % | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de sesiones en centros con una adecuada asistencia de residentes a las sesiones MIR y EIR | $N.º \text{ de sesiones en centros acreditados con al menos el 70\% de residentes MIR y EIR de asistentes} / N.º \text{ total de sesiones en centros acreditados}$ | 70 % | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Número de sesiones MIR realizadas en el Hospital de referencia | $N.º \text{ de sesiones al mes realizadas en el Hospital de referencia por residentes MIR}$ | 1 al mes | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Número de sesiones EIR realizadas en el Hospital de referencia | $N.º \text{ de sesiones al mes realizadas en el Hospital de referencia por residentes EIR}$ | 1 al mes | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Número de sesiones conjuntas MIR y EIR realizadas en el Hospital de referencia | $N.º \text{ de sesiones conjuntas MIR y EIR realizadas en el Hospital de referencia}$ | 2 al año | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de sesiones en Hospital de referencia con una adecuada asistencia de residentes a las sesiones MIR y EIR | $N.º \text{ de sesiones conjuntas MIR y EIR realizadas en el Hospital de referencia a las que han asistido al menos la mitad de residentes} / N.º \text{ total de sesiones conjuntas MIR y EIR en el Hospital de referencia}$ | 70 % | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de residentes que han presentado sesiones | $N.º \text{ de residentes con al menos 2 sesiones anuales como ponente} / N.º \text{ total de residentes}$ | 80 % | Unidad IDFC del Centro | Anual | Responsable de Docencia del Centro |

CENTROS DOCENTES

| Indicador | Fórmula (si no es dicotómico) | Estándar | Fuente de información | Periodicidad | Responsable de medición |
|---|---|-----------------|--|---------------------|------------------------------------|
| Porcentaje de Centros con programación de actividades docentes e investigadoras | N.º de CSA con actividades programadas e incluidas en el contrato de gestión / N.º total de CSA | 100 % | Coordinador Médico de centro de salud | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de médicos de familia con población (n.º TIS) asignada a cada consulta menor de 1600 | N.º de médicos de familia acreditados con menos de 1600 TIS / N.º total de médicos de familia acreditados | 90 % | Tarjeta Sanitaria | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de médicos de familia con un promedio diario de consultas entre 20 – 40 | N.º de médicos de familia con media de consultas totales por día entre 20 – 40 / N.º total de médicos de familia | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de atención a demanda | N.º de médicos de familia con menos de 35 consultas a demanda por día / N.º total de médicos de familia | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de atención programada | N.º de médicos de familia con mas o igual de 15% de consultas programadas por día / N.º total de médicos de familia | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de visita domiciliaria | N.º de médicos de familia con más o igual de 1% de consultas domiciliarias por día / N.º total de médicos de familia | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de enfermeros con un promedio diario de consultas entre 10 – 20 | N.º de enfermeros con media de consultas totales por día entre 10 – 20 / N.º total de enfermeros | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de atención a demanda | N.º de enfermeros con menos de 10 consultas a demanda por día / N.º total de enfermeros | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de atención programada | N.º de enfermeros con mas o igual de 40% de consultas programadas por día / N.º total de enfermeros | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de visita domiciliaria | N.º de enfermeros con más o igual de 10% de consultas domiciliarias por día / N.º total de enfermeros | 90 % | Turriano | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de centros con un número adecuado de actividades grupales y actividades comunitarias al año | N.º total de centros acreditados con más de 2 actividades al año / N.º total de centros acreditados | 90 % | Coordinador Enfermería del centro de salud | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de EIR con participación en actividades de formación continuada | N.º de EIR que han participado en más de 2 actividades al año / N.º total de EIR | 90 % | Responsable de Docencia | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de MIR con participación en actividades de formación continuada | N.º de MIR que han participado en más de 2 actividades al año / N.º total de MIR | 90 % | Responsable de Docencia | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de médicos de familia que participan en Grupos / Comisiones Clínicas del Área de Salud | N.º de médicos de familia acreditados que participan en Grupos/Comisiones Clínicas del Área de Salud / Total de médicos de familia acreditados | 20 % | Responsable de Docencia | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de enfermeros de familia que participan en Grupos / Comisiones Clínicas del Área de Salud | N.º de enfermeros acreditados que participan en Grupos/Comisiones Clínicas del Área de Salud / Total de enfermeros acreditados | 20 % | Responsable de Docencia | Anual | Responsable de Docencia del Centro |
| Porcentaje de centros de salud acreditados que aportan las quejas y reclamaciones recibidas en los 2 últimos años y las medidas adoptadas | N.º de centros de salud acreditados que aportan las quejas y reclamaciones recibidas en los 2 últimos años y medidas adoptadas / N.º total de centros acreditados | 100 % | Servicio de Atención e Información al Paciente | Anual | Responsable de Docencia del Centro |

| RESIDENTES | | | | | |
|--|--|----------|---------------------------------|--------------|-------------------------|
| Indicador | Fórmula (si no es dicotómico) | Estándar | Fuente de información | Periodicidad | Responsable de medición |
| Porcentaje de residentes con plan individual de formación (PIF) | $N.º \text{ de residentes con PIF} / N.º \text{ total de residentes}$ | 100 % | Registro en el servicio IDFC | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de residentes con comunicaciones o ponencias en congresos o jornadas al año | $N.º \text{ de residentes con al menos 1 comunicación o ponencia anual} / N.º \text{ total de residentes}$ | 60 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de residentes con publicaciones en revistas científicas al año | $N.º \text{ de residentes con al menos 1 publicación anual} / N.º \text{ total de residentes}$ | 40 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de residentes con libro de residente correctamente cumplimentado | $N.º \text{ de residentes con libro de residente cumplimentado} / N.º \text{ total de residentes}$ | 100 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de residentes con informe anual de su tutor | $N.º \text{ de residentes con informe anual de su tutor} / N.º \text{ total de residentes}$ | 50 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de residentes que han participado en un número adecuado de Actividades Comunitarias | $N.º \text{ de residentes que han participado al menos en una actividad anual} / N.º \text{ total de residentes}$ | 90 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de residentes con un número adecuado de sesiones clínicas presentadas | $N.º \text{ de residentes que han presentado al menos dos sesiones} / N.º \text{ total de residentes}$ | 100 % | Memoria anual del residente | Anual | Responsable de docencia |
| Porcentaje de fichas de evaluación de las rotaciones correctamente cumplimentadas | $N.º \text{ de fichas de evaluación de las rotaciones correctamente cumplimentadas} / N.º \text{ total de fichas}$ | 90 % | Resultados Comité de evaluación | Anual | Comisión de Docencia |
| Porcentaje de residentes que cumplen los criterios establecidos en la evaluación formativa | $N.º \text{ de residentes que cumplen criterios} / N.º \text{ total de residentes}$ | 90 % | Resultados Comité de evaluación | Anual | Comisión de Docencia |


| UDM Y COMISIÓN DE DOCENCIA | | | | | |
|--|-------------------------------|----------|---------------------------------------|--------------|-------------------------|
| Indicador | Fórmula (si no es dicotómico) | Estándar | Fuente de información | Periodicidad | Responsable de medición |
| Número de reuniones de la Comisión de Docencia | SI / NO | 3 al año | Memoria anual de docencia | Anual | Responsable de docencia |
| Normas establecidas para la acreditación / reacreditación de tutores | SI / NO | SI | Registro en el servicio IDFC | Anual | Responsable de docencia |
| Evaluación del Plan General de Calidad Docente | SI / NO | SI | Memoria anual de docencia | Anual | Responsable de docencia |
| Actualización y difusión anual del Plan de Acogida y Documento de Bienvenida | SI / NO | SI | Responsable de Docencia / página web? | Anual | Responsable de docencia |

| EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES | | | | | |
|---|-------------------------------|----------|---|--------------|-------------------------|
| Indicador | Fórmula (si no es dicotómico) | Estándar | Fuente de información | Periodicidad | Responsable de medición |
| Satisfacción global de los residentes con la Unidad Docente | % (Alta + Muy Alta) | 70 % | Encuesta de satisfacción global de los residentes | Anual | Responsable de docencia |
| Satisfacción de los residentes con cada rotación | % (Alta + Muy Alta) | 70 % | Encuesta de satisfacción global de los residentes | Anual | Responsable de docencia |
| Satisfacción de los residentes con los tutores | % (Alta + Muy Alta) | 80 % | Encuesta de satisfacción global de los residentes | Anual | Responsable de docencia |
| Satisfacción de los residentes con los Colaboradores Docentes | % (Alta + Muy Alta) | 80 % | Encuesta de satisfacción global de los residentes | Anual | Responsable de docencia |
| Satisfacción de los residentes con las actividades formativas programadas | % (Alta + Muy Alta) | 80 % | Encuesta de satisfacción global de los residentes | Anual | Responsable de docencia |

ANEXOS

- **Informe de No Conformidad, Acción Correctiva y Acción Preventiva.**
- **Encuesta sobre la rotación de residentes.**
- **Valoración final realizada por el residente.**
- **Valoración anual de la estructura docente realizada por el residente (ejemplo modelo UDMAFyC).**
- **Política de calidad y medio ambiente.**
- **Informe de evaluación anual e informe de evaluación de rotación de los residentes (incluido en el plan de evaluación del residente *pag 14-26).**
- **Ejemplo de Guías docentes.**
- **Protocolo de supervisión del residente.**
- **Actas creación comisiones de docencia.**
- **Aceptación del PGCD por dirección.**
- **Análisis anual de la capacidad docente.**
- **Compromiso de dirección con la Unidad Docente.**

Informe de no conformidad, acción correctiva, acción preventiva.

| | | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|----------------------------|
|  | INFORME DE NO CONFORMIDAD, ACCIÓN CORRECTIVA, ACCIÓN PREVENTIVA (FOGI03) | | Número: | |
| | | | Fecha Apertura: | |
| Persona que detecta:(1) | | | | |
| Área / Servicio / Proveedor vinculado:(2) | | | | |
| Descripción de la desviación (NC):(3) | | | | |
| Acción inmediata:(4) | | | | |
| Acciones | | | Responsable ejecución | |
| Análisis de Causas:(5) | | | | |
| Cierre de Acción:(6) | | | | |
| Responsable | | Fecha | | Firma |
| Acción Correctiva (7) | | | | |
| Fecha | Acciones nº | Responsable | Plazo previsto | Seguimiento |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Nº de acción | ¿Eficaz? | Fecha de eficacia | ¿No eficaz? | ¿Requiere nuevas acciones? |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| Acción Preventiva (8) | | | | |
| Fecha | Acciones nº | Responsable | Plazo previsto | Seguimiento |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Nº de acción | ¿Eficaz? | Fecha de eficacia | ¿No eficaz? | ¿Requiere nuevas acciones? |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| Responsable (9) | | Fecha | | Firma |

NC= No conformidad: incumplimiento de un requisito. Incidencia o grupo de incidencias de importancia relevante. **AC= Acción correctiva:** acción para eliminar la causa o el efecto de una no conformidad detectada y que ya se ha producido.

(1): Indicar nombre y apellidos de la persona que ha detectado la no conformidad de manera legible.
 (2): Indicar a qué proceso, equipo o persona se refiere la no conformidad.
 (3): Describir brevemente la NC y la causa por la que es importante.
 (4): Indicar que se ha hecho en el momento (p.ej. llamar a mantenimiento) y en la lista de abajo describir las acciones realizadas (p. ej. qué ha hecho mantenimiento: reparación, retirada de equipo...).
 (5): Indicar qué ha causado la no conformidad. Por ejemplo, si se ha roto un aparato, si ha sido por mal funcionamiento, por mal uso, por desgaste...
 (6): Cierre de la no conformidad: Indicar SI si las acciones inmediatas han sido suficientes para solucionar la no conformidad y NO si hay es necesario llevar a cabo acciones correctivas, en este caso cumplimentar el formulario de acciones correctivas (7).
 (7) Acción correctiva: Describir las acciones necesarias para cerrar la no conformidad, con sus plazos y sus responsables. Marcar si las acciones correctivas han sido eficaces y se han cumplido los plazos. En el apartado "Evaluación de la eficacia": Si las acciones no han sido eficaces, valorar si hay que cambiarlas y abrir otro informe de acciones correctiva.
 (8) Acción preventiva: Describir las posibles acciones que puedan prevenir el incumplimiento de un requisito. En el apartado "Evaluación de la eficacia": Si las acciones no han sido eficaces, no es necesario cambiarlas.

Encuesta sobre la rotación de residentes.



Encuesta sobre la ROTACIÓN Residentes de Medicina o Enfermería

El objetivo de esta evaluación es el de mejorar la calidad de la docencia. Las respuestas que aporta son tratadas con la mayor seriedad y confidencialidad. Las valoraciones se hacen de forma agrupada.

La rotación se ha desarrollado en: *(Selecciona, especifica, según corresponda).*

Hospital / Servicio: _____ Área / Sección específica: _____

Centro de Salud: _____ Área / Sección específica: _____

Otros: _____ Área / Sección específica: _____

Si crees que la valoración es diferente según el área o sección por donde rotaste, completa el formulario para cada una de ellas.

Califica según tu opinión marcando el desplegable, donde "0" es muy mal y 5 "Excelente".

1. ¿Cómo valorarías tu aceptación como miembro del equipo de trabajo en esta rotación?

2. ¿En qué medida crees que las actividades que has realizado son adecuadas a los objetivos docentes propios de tu especialidad?

3. ¿Cómo valorarías la organización de la docencia en el servicio?

4. ¿Cómo valorarías la labor del tutor de residentes de esa especialidad, en lo que se refiere a tu rotación?

5. ¿Cómo valorarías la labor docente (práctica y teórica) de los adjuntos con los que has estado?

6. ¿Cómo valorarías la supervisión por los adjuntos con los que has estado?

7. ¿Se han realizado sesiones durante tu rotación?

8. ¿Como calificarías la utilidad para tu formación de las sesiones clínicas celebradas en el servicio?

9. ¿Cómo valorarías la utilidad de esta rotación para el posterior ejercicio de tu especialidad?

10. ¿En qué medida consideras cumplidos tus objetivos de formación, una vez finalizada la rotación?

¿Qué cambios realizarías en la rotación para mejorar su rendimiento docente?:

Observaciones, sugerencias o comentarios sobre la rotación:

Especialista: MIR

EIR

Año: 1º AÑO 3º AÑO

2º AÑO 4º AÑO

Valoración final realizada por el residente



VALORACIÓN FINAL REALIZADA POR EL RESIDENTE

ESPECIALIDAD: _____

UNIDAD DOCENTE: _____

Con la finalidad de obtener datos sobre formación sanitaria especializada, te rogamos cumplimentes esta pequeña encuesta que servirá para conocer y mejorar la docencia en nuestra Gerencia.

- Por favor, valora los siguientes aspectos de tu formación como especialista:

| | Muy alta | Alta | Media | Baja | Muy baja |
|---|----------|------|-------|------|----------|
| Capacidad docente de tu servicio o unidad docente | | | | | |
| Calidad de la labor docente de tu tutor | | | | | |
| Satisfacción con la formación recibida | | | | | |
| Autoevaluación de la capacitación conseguida para ejercer como especialista | | | | | |

- ¿Has realizado a lo largo de tu residencia los siguientes cursos?

| | | |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Bioética | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |
| Búsqueda bibliográfica | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |
| Entrevista clínica y relación con el paciente | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |
| Metodología de la investigación | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |
| Prevención de riesgos laborales | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |
| Protección radiológica básica | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |
| Reanimación cardiopulmonar avanzada | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NC |

- Destaca los que consideres los **puntos fuertes** de la docencia en tu servicio / unidad.

1. _____

2. _____

3. _____

- ¿Has mantenido **reuniones periódicas** de tutorización a lo largo de tu residencia?

Sí, de forma regular

Sí, irregularmente

No

- ¿En que aspectos crees que **debería mejorar** la docencia en tu servicio / unidad?:

1. _____

2. _____

3. _____

- ¿Crees que se ha cumplido adecuadamente el **protocolo de supervisión de residentes** en tu caso?

Siempre

Generalmente sí

Generalmente no

Nunca

- ¿Recomendarías tu servicio / unidad a otros residentes para realizar tu especialidad?

Sí

No

Tengo dudas

Comentarios adicionales y observaciones:

Valoración anual de la estructura docente realizada por el residente (ejemplo modelo UDMAFyC)



VALORACIÓN ANUAL DE LA ESTRUCTURA DOCENTE REALIZADA POR EL RESIDENTE (UDMAFyC)

RESIDENTE: _____

TUTOR EVALUADO: _____

CENTRO DE SALUD: _____

Respecto a tu tutor/a

| | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|---------|------------|-------|
| ¿Realiza consultas programadas en su actividad diaria? | | | | | |
| ¿Ejerce algún tipo de supervisión sobre tu trabajo en la consulta? | | | | | |
| ¿Analiza contigo los problemas de la consulta, una vez acabada la misma? | | | | | |
| ¿Valoráis periódicamente el desarrollo de tu formación? | | | | | |
| ¿Te motiva para la realización de actividades comunitarias o educativas de grupo? | | | | | |
| ¿Te estimula para la preparación de sesiones clínicas y/o bibliográficas? | | | | | |
| ¿Te ha otorgado el nivel de autonomía que crees que te corresponde como residente del último año? | | | | | |
| ¿Te anima a realizar proyectos de investigación? | | | | | |

¿Ha realizado tu tutor/a algún trabajo de investigación en el que tú hayas participado?

SI

NO

Evalua los siguientes aspectos de tu tutor/a:

| | Muy Alta | Alta | Media | Baja | Muy baja |
|---|----------|------|-------|------|----------|
| Capacidad clínica general | | | | | |
| • Habilidad en la entrevista clínica | | | | | |
| • Habilidades exploratorias | | | | | |
| • Habilidad terapéutica | | | | | |
| Capacidad docente | | | | | |
| Capacidad investigadora | | | | | |
| Relación médico-paciente / enfermero-paciente | | | | | |
| Disposición docente | | | | | |
| Relación interpersonal con el residente | | | | | |

Destaca sus tres puntos más positivos como tutor/a:

1. _____
2. _____
3. _____

¿En que tres aspectos crees que debe mejorar como tutor/a?:

1. _____
2. _____
3. _____

¿Recomendarías tu tutor/a a otros residentes para el próximo año?:

SI

NO

Respecto a tu nivel de capacitación alcanzado

| | Muy Alta | Alta | Media | Baja | Muy baja |
|--|----------|------|-------|------|----------|
| ¿En qué grado consideras tu capacitación para desarrollar una consulta a demanda o primera consulta? | | | | | |
| ¿En qué grado te consideras capaz de llevar una consulta programada o consulta sucesiva? | | | | | |
| ¿Cómo consideras tu nivel de capacitación para la visita domiciliaria? | | | | | |
| ¿Cuál es tu capacitación para atender una urgencia vital? | | | | | |
| ¿En qué grado te consideras capaz de llevar a cabo un proyecto de investigación en su totalidad? | | | | | |
| ¿Cuál crees que es tu formación en trabajo comunitario y educación para la salud? | | | | | |
| ¿En qué grado te consideras capacitado para realizar un análisis de calidad? | | | | | |
| ¿En qué grado te consideras capacitado para realizar una lectura crítica de artículos? | | | | | |
| ¿Cómo consideras tu capacitación en el programa de la mujer (embarazo, citologías, anticoncepción)? | | | | | |
| ¿Cómo consideras tu capacitación en cirugía menor? | | | | | |

Respecto a tu Centro de Salud:

| | Muy Alto | Alto | Medio | Bajo | Muy bajo |
|--|----------|------|-------|------|----------|
| ¿En qué grado te has sentido integrado en el Equipo? | | | | | |
| ¿En qué grado valoras la capacidad docente del resto de los profesionales del equipo? | | | | | |
| ¿En qué grado crees que han prevalecido tus necesidades docentes frente a los problemas asistenciales o de otro tipo del equipo? | | | | | |

¿Recomendarías este Centro de Salud a otros residentes para el próximo año?

SI

Si, pero necesita mejorar

NO

Respecto a la Unidad Docente:

| | Muy alto | Alto | Medio | Bajo | Muy bajo |
|--|----------|------|-------|------|----------|
| ¿Cuál es tu grado de satisfacción con la programación de cursos de la UD? | | | | | |
| ¿Cuál es tu grado de satisfacción con la planificación general de las rotaciones (R1, R2, R3)? | | | | | |
| ¿Cuál es tu grado de satisfacción con la planificación general de las guardias? | | | | | |
| ¿Cómo valoras el grado de comunicación y/o accesibilidad de los responsables de la UD? | | | | | |
| ¿En qué grado crees que cumple sus objetivos la Comisión Asesora de la Unidad Docente? | | | | | |
| ¿En qué grado estás satisfecho/a con la capacidad de organización y de gestión de los responsables de la UD? | | | | | |
| ¿En qué grado estás satisfecho/a de la formación global recibida durante la residencia? | | | | | |

¿Recomendarías esta Unidad Docente a otros residentes para el próximo año?

SI

Si, pero necesita mejorar

NO



En base a tu experiencia de estos años, ¿crees conveniente añadir o modificar algo (cursos, guardias, rotaciones, etc) para mejorar la formación de los futuros residentes?

(Te agradeceríamos cualquier sugerencia que hicieras al respecto)

| |
|--|
| |
|--|

Política de calidad y medio ambiente de la GAI de Tomelloso

Trás alcanzar el objetivo de la acreditación de las Unidades Docentes por parte del Ministerio, se trabajará en la actualización de la Política de Calidad y Medio Ambiente, con el fin de dar cabida a la formación de los residentes en la misma.

| | | | | |
|--|--|------------------------|--------------|--|
|  Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso | PCG01 POLÍTICA DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE | | |  Fecha Edición: 24 de Abril 2023. Página 1 de 2 Rev 02 |
| | Empleado | Responsabilidad | Fecha | |
| | Comisión de Calidad-MA | Elaborar | 2/02/23 | |
| | CQ | Revisar | 8/02/23 | |
| Gerente | Aprobar | 24/04/23 | | |

MISIÓN

La GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE TOMELLOSO, asume como propia la misión de **"Conseguir una organización de servicios sanitarios públicos de calidad, moderna, eficaz y efectiva"** a través de:


- la precisión en el diagnóstico y tratamiento,
- la promoción de la seguridad al paciente
- la cercanía y agilidad,
- el confort y la innovación,
- la formación y experiencia de sus profesionales,
- la atención personalizada y confidencialidad,
- la atención a proveedores y demás partes interesadas
- la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

A su vez la Gerencia de Tomelloso, tiene como misión asegurar la máxima calidad en la gestión de la contratación de servicios, obras, suministros de energía, gestión de residuos y adquisición de equipamiento. Todo ello consolidando un compromiso compartido con la protección del medio ambiente, la prevención de la contaminación y la sostenibilidad en el uso de recursos.

Para llevar a cabo la misión, nuestro centro proporciona una atención integral basada en criterios y normas de calidad científico-técnica, con una tecnología avanzada y con profesionales con un alto grado de cualificación, cuyo desarrollo está basado en la formación continuada. Todo ello, orientado a crear un entorno acogedor, seguro y saludable para el paciente, su familia y las personas implicadas en los procesos.

VISION

- Contribuir activamente en el desarrollo de una cultura de mejora de la calidad en la gestión y prestación de servicios sanitarios, centrada en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y su entorno.
- La mejora continua basada en la evidencia científica disponible en los ámbitos clínico y de gestión a través de la cual, se aporte valor, se fomente la evaluación de resultados y se alcancen y superen estándares de seguridad del paciente, efectividad y criterios de sostenibilidad económica, social y ambiental.
- Trabajamos por convertirnos en una organización de atención especializada moderna que se caracterice por la precisión en el diagnóstico y en el tratamiento, su seguridad, accesibilidad y respuesta rápida y fiable en la resolución de los problemas de salud de la población. Además, pretendemos implantar un modelo común de gestión ambiental, que aplique los principios de la protección al medio ambiente desde la perspectiva del ciclo de vida. Asimismo, mitigar posibles impactos ambientales, integrar el medioambiente en

| | | | | |
|--------------------------------|---|---------|---------------------|---|
| Código Seguro De Verificación: | NgETkETEXX2uLyyA3G1R9w== | Estado | Fecha y hora |  |
| Firmado Por | Cesareo Moreno Chocano Gutierrez - Director Gerente Gai Tomelloso | Firmado | 24/04/2023 11:52:56 | |
| Observaciones | | Página | 1/2 | |
| Url De Verificación | https://sescam.jccm.es/verifirma/code/NgETkETEXX2uLyyA3G1R9w== | | | |

la toma de decisiones, y lograr la reducción de costes operacionales como resultado de la implementación de alternativas ambientales respetuosas.

- Perseguimos ser un hospital agradable para el paciente, donde recibirá un trato cálido y personalizado, en un entorno seguro y confortable y en un lugar de trabajo estable, cómodo y estimulante para nuestros profesionales, con el fin de que se sientan partícipes de los logros y resultados conjuntos.


OBJETIVOS

Los **OBJETIVOS** de la GAIT son:

- Garantizar una atención sanitaria efectiva y eficiente, centrada en el paciente.
- Difundir una cultura de Calidad y Medio Ambiente a todos los niveles de la Organización.
- Garantizar una gestión de calidad y medioambiental en la organización sanitaria.
- Satisfacer las necesidades de los usuarios/as de la GAIT.
- Prevenir aquellas posibles deficiencias, carencias y anomalías que puedan presentarse en el desarrollo de la actividad diaria.
- Realizar una adecuada planificación anual.
- Garantizar que todo el personal es consciente y conocedor de sus responsabilidades, obligaciones y de su deber de cumplimiento de la legislación aplicable.
- Establecer y revisar de objetivos de calidad y medioambientales tomando como marco de referencia esta Política de Calidad, la comprensión de la organización y su contexto así como las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- Establecer una sistemática de medición que permita evaluar los resultados de calidad, de seguridad del paciente y medioambientales.
- Recabar las quejas y sugerencias de los clientes y demás partes interesadas, y utilizar dicha información para mejorar continuamente los servicios y el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Mejorar la competitividad del centro disminuyendo los costes energéticos del mismo mediante la introducción de tecnologías y usos más eficientes. Integrar la gestión ambiental a nuestros procesos de negocio, dirección estratégica y toma de decisiones para proteger el medio ambiente y responder a la condiciones cambiantes en equilibrio con las necesidades socioeconómicas.

La Dirección de la GAIT, con el fin de consolidar la excelencia, decidió implementar un programa de mejora continua, lo que ha llevado al Hospital de Tomelloso a obtener regularmente desde el año 2010 la certificación en la norma ISO 9001:2015 y en ISO 14001:2015 deseamos que en 2023.

| | | | |
|--------------------------------|---|---------|---------------------|
| Código Seguro De Verificación: | Mg5TkETEEX2uLyyAJGIR9w== | Estado | Fecha y hora |
| Firmado Por | Cesareo Moreno Chocano Gutierrez - Director Gerente Gal Tomelloso | Firmado | 24/04/2023 11:52:56 |
| Observaciones | | Página | 2/2 |
| Url De Verificación | https://seccam.jccm.es/verifirma/code/Mg5TkETEEX2uLyyAJGIR9w== | | |



Informe de evaluación anual e informe de evaluación de rotación de los residentes



Plan de evaluación del residente.
Unidad Docente GAI de Tomelloso
Versión 1.0 Fecha: 13.09.2023

MEDIA (A)

| B.- ACTITUDES | CALIFICACIÓN |
|---|--------------|
| MOTIVACIÓN | |
| PUNTUALIDAD/ASISTENCIA | |
| COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA | |
| TRABAJO EN EQUIPO | |
| VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES | |
| MEDIA (B) | |

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN
(70%A + 30% B)

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR

Vº Bº. EL RESPONSABLE DE LA
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo.:

Fdo.:

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN¹

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)².

| |
|--|
| CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS |
| Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento |
| RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA |
| Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica. |
| CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES |
| Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere. |
| HABILIDADES |
| Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación. |
| USO RACIONAL DE RECURSOS |
| Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas. |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica. |
| MOTIVACIÓN |
| Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje). |
| PUNTUALIDAD/ASISTENCIA |
| Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar. |
| COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA |
| Demuestra habilidades de relación interpersonales y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial. |
| TRABAJO EN EQUIPO |
| Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones. |
| VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES |
| Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria |

ESCALA DE CALIFICACIÓN

| Quantitativa (1-10) | Cualitativa |
|---------------------|--|
| 1-2 | Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente. |

| | |
|------------|--|
| 3-4 | Insuficiente. No alcanza todos los objetivos de la rotación, pero podrían alcanzarse un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario. |
| 5 | Suficiente. Alcanza los objetivos de la rotación. |
| 6-7 | Buena. Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos. |
| 8-9 | Muy buena. Domina todos los objetivos de la rotación. |
| 10 | Excelente. Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy buena. |
| NA | No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados. |

¹ La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

² Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

Anexo 2: Documento tipo de Informe de evaluación anual del tutor

INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

| | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------|--|------------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | DNI/PASAPORTE: | | | |
| CENTRO DOCENTE: | | | | | |
| TITULACIÓN: | | ESPECIALIDAD: | | AÑO RESIDENCIA: | |
| TUTOR: | | | | | |

| |
|--|
| VACACIONES REGLAMENTARIAS: |
| PERIODOS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO: |
| Quando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, implicará la propuesta de una "Evaluación anual negativa recuperable". |

A. ROTACIONES (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma):

| CONTENIDO | UNIDAD | CENTRO | DURACIÓN | CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN | PONDERACIÓN |
|---|--------|--------|----------|-----------------------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES | | | | | |

B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

| TIPO | NIVEL | DENOMINACIÓN/REFERENCIA | DURACIÓN | CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3) |
|--|-------|-------------------------|----------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS | | | | |

C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR

| | |
|--|--|
| COMENTARIOS: | |
| CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR | |
| CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE (65% A + 10% B+ 25% C): | |
| Fecha y firma del TUTOR | |

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del Informe de evaluación de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del Informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).

A. ROTACIONES^{4, 5}(65%):

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

DURACIÓN (en meses) x CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN/ 11 MESES

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (10%) Con los siguientes criterios de puntuación:

| Nivel | Publicaciones | Comunicación Oral | Poster |
|---------------|---------------|-------------------|--------|
| Internacional | 0,3 | 0,2 | 0,1 |
| Nacional | 0,2 | 0,1 | 0,05 |
| Autonómica | 0,1 | 0,05 | 0,02 |

| Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas) | Ponente curso/taller (mínimo 2 horas) | Ponente en Sesiones | Participación en proyectos de investigación |
|---|--|--|--|
| 0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad) | Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad) | *En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02 | 0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto) |

C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR (25%)

| Cuantitativa (1-10) | Cualitativa |
|---------------------|--|
| 1-2 | Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente. |
| 3-4 | Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario. |
| 5 | Suficiente. Alcanza los objetivos anuales |
| 6-7 | Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos |
| 8-9 | Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales. |
| 10 | Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno. |

Quando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el periodo de suspensión es superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación⁶.

⁴ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres de formación teórica se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

⁵ La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

⁶ Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Anexo 3: Documento tipo de Informe de evaluación anual por el comité de evaluación

EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

| | | | | | |
|---------------------|--|----------------|--|-----------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | DNI/PASAPORTE: | | | |
| CENTRO DOCENTE: | | | | | |
| TITULACIÓN: | | ESPECIALIDAD: | | AÑO RESIDENCIA: | |
| TUTOR: | | | | | |

| |
|--|
| CALIFICACIÓN DEL INFORME ANUAL DEL TUTOR (1-10): |
|--|

| | |
|--|--|
| CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL DEL COMITÉ (1-10) | |
| CUANTITATIVA | |
| CUALITATIVA | |
| CAUSA DE EVALUACIÓN NEGATIVA (<5) | |

| |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|----------------|

| | |
|--------------------------|--|
| Lugar y Fecha: | |
| Sello de la Institución: | EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: |
| | |
| | Fdo.: |

INSTRUCCIONES DE LA EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor⁷. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro. **Una evaluación negativa de los ítems del apartado A de un informe de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa recuperable por insuficiente aprendizaje.**

| | Cuantitativa (1-10) | Cualitativa |
|----------|---------------------|--|
| NEGATIVA | <3 | Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales. |
| | Entre 3 y <5 | Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales pero podría alcanzarlos con un periodo complementario de formación. |
| POSITIVA | Entre 5 y <6 | Suficiente. Alcanza los objetivos anuales. |
| | Entre 6 y <8 | Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos |
| | Entre 8 y <9.5 | Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales. |
| | Entre 9.5-10 | Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno. |

La calificación tendrá los siguientes efectos:

POSITIVA: cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas. Deberá especificarse la causa:

A: NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN. Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este periodo. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del periodo de recuperación.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el periodo de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación⁸ y su resultado fuera positivo.

B: NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL

(suspensión de contrato u otras causas legales). El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación⁹. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la **suspensión del contrato sea inferior al 25%** de la jornada anual y el Comité de Evaluación considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

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 la revisión de la evaluación⁸ y su resultado fuera positivo.

C: NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN

- POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE/NOTORIA FALTA DE APROVECHAMIENTO
- POR REITERADAS FALTAS DE ASISTENCIA NO JUSTIFICADAS

El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

⁷ No se realizará la calificación anual cuando se haya producido durante el periodo anual una IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales), que da lugar a una EVALUACIÓN NEGATIVA RECUPERABLE (ver apartado B), hasta que se haya realizado el periodo de recuperación.

⁸ Artículo 24 del Real Decreto 183/2008 de 8 de Febrero

⁹ Para evaluación anual tras haber superado el periodo de prórroga se utilizarán los documentos "Informe de evaluación anual del Tutor".

Anexo 4: Documento tipo de Informe de evaluación final del periodo de residencia por el comité de evaluación.

EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

| | | | |
|----------------------------|--|------------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | DNI/PASAPORTE: | |
| CENTRO DOCENTE: | | | |
| TITULACIÓN: | | ESPECIALIDAD: | |
| | | AÑO RESIDENCIA: | |
| TUTOR: | | | |

| Duración de la especialidad | Año de formación | Nota Anual | Ponderación de la evaluación anual |
|--|------------------|------------|------------------------------------|
| 2 años | R1 | | |
| | R2 | | |
| 3 años | R1 | | |
| | R2 | | |
| | R3 | | |
| 4 años | R1 | | |
| | R2 | | |
| | R3 | | |
| | R4 | | |
| 5 años | R1 | | |
| | R2 | | |
| | R3 | | |
| | R4 | | |
| | R5 | | |
| MEDIA PONDERADA DE LAS EVALUACIONES ANUALES | | | |

| | |
|---|--|
| CALIFICACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN | |
| CUANTITATIVA | |
| CUALITATIVA | |

| |
|-----------------------|
| OBSERVACIONES: |
|-----------------------|

| | |
|---------------------------------|--|
| Sello del centro docente | EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN: |
| | Fdo.: |
| | Lugar y Fecha |

INSTRUCCIONES DE LA EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

| Duración de la especialidad | Año de formación | Ponderación de la evaluación anual |
|-----------------------------|------------------|------------------------------------|
| 2 años | R1 | 40% |
| | R2 | 60% |
| 3 años | R1 | 20% |
| | R2 | 30% |
| | R3 | 50% |
| 4 años | R1 | 10% |
| | R2 | 20% |
| | R3 | 30% |
| | R4 | 40% |
| 5 años | R1 | 8% |
| | R2 | 12% |
| | R3 | 20% |
| | R4 | 25% |
| | R5 | 35% |

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

POSITIVA: cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.

POSITIVA DESTACADO: cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las



Plan de evaluación del residente.

Unidad Docente GAI de Tomelloso

Versión 1.0 Fecha: 13.09.2023

calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

Ejemplo de las primeras páginas de la Guía Docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.



GIFT de Medicina familiar y comunitaria.

Unidad Docente GAI de Tomelloso

Versión 1.0 Fecha: 13.09.2023

Unidad docente multiprofesional de atención familiar y comunitaria de Tomelloso

Guía-itinerario formativo tipo (GIFT) del residente de Medicina familiar y comunitaria.



| | | |
|--|---|--|
| Elaborado por: Modesto M. Maestre Muñoz. FEA M. Interna. Carmen Rubio Toerres. FEA Medicina Familiar y comunitaria | Revisado por: Miembros de la Comisión de Docencia de la UDMAFyC | Aprobado por: Comisión de docencia de la UDMAFyC |
|--|---|--|

ÍNDICE.

| | Página |
|---|--------|
| 1. La Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso y la Docencia. | 6 |
| 1.1. La G.A.I. de Tomelloso | 6 |
| 1.2. La Unidad Docente de formación especializada de Tomelloso | 6 |
| 1.2.1. Dispositivos docentes | 6 |
| 1.2.2. Jefatura de estudios, funciones | 13 |
| 1.2.3. Jefatura de estudios de la UDMAFyC | 15 |
| 1.2.4. Tutores de residentes. | 15 |
| 1.2.5. Colaboradores docentes. | 15 |
| 1.3. Composición de las Comisiones de Docencia y funciones | 16 |
| 2. Normativa | 20 |
| 2.1. Normativa Estatal | 20 |
| 2.2. Normativa Autonómica | 21 |
| 3. La especialidad de Medicina Familiar y comunitaria. | 22 |
| 3.1. Definición de la Especialidad | 22 |
| 3.2. Referencias al Programa Oficial de la Especialidad | 23 |
| 3.3 Los valores y el perfil profesionales del médico de familia. | 24 |
| 3.3.1. Los valores profesionales del médico de familia. | 24 |
| A) Compromiso con las Personas | |
| B) Compromiso Social | |
| C) Compromiso con la Mejora Continua | |
| D) Compromiso con la Propia Especialidad y con la Formación de Nuevos Profesionales | |
| E) Compromiso Ético | |
| 3.3.2. Perfil profesional del médico de familia. | 25 |

| | |
|---|---------------|
| A) Área Docente de Competencias Esenciales: Comunicación, Razonamiento Clínico, Gestión y Bioética. | 21 |
| B) Área docente de competencias relativas a la atención al individuo. | 22 |
| C) Área docente de competencias relacionadas con la atención a la familia. | 22 |
| D) Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad. | 23 |
| E) Área docente de competencias relacionadas con la formación e investigación. | 23 |
| | Página |
| 4. La unidad docente multiprofesional de atención familiar y comunitaria Tomelloso | 28 |
| 4.1. Particularidades de la unidad desde un Punto de Vista Asistencial. | 28 |
| 4.2. Particularidades de la unidad desde un punto de vista Docente | 29 |
| 4.3. Recursos Didácticos | 29 |
| 4.4. Relación con otras Unidades Docentes/Dispositivos. | 30 |
| 5. Información logística | 31 |
| 5.1. Plan Acogida | 31 |
| 5.2. Condiciones de Trabajo | 32 |
| 5.3. Derechos y Deberes | 32 |
| 6. La formación en la especialidad en medicina familiar y comunitaria. | 32 |
| 6.1. Objetivo General de la Formación en la Especialidad. | 32 |
| 6.2. Organización de la Tutoría y Supervisión de la Docencia. | 33 |
| 6.3. El cronograma del programa formativo | 34 |
| 6.4. La atención continuada (GUARDIAS) durante el periodo de residencia. | 36 |
| 6.5. La formación teórica del residente. | 37 |
| 6.5.1. Actividades formativas transversales comunes previstas según año de residencia. | 37 |
| 6.5.2. Actividades formativas en el centro. | 39 |
| 6.6. Actividades docentes que desarrollar por el residente. | 40 |
| 6.7. Participación en la elaboración y revisión de guías clínicas y protocolos. | 40 |

| | |
|--|---------------|
| 6.8. Producción científica del residente en formación. | 40 |
| 7. Plan de Evaluación: Referencias a la Evaluación Formativa, Anual y Final. | 40 |
| 7.1. Evaluación Formativa Continuada | 41 |
| 7.2. Evaluación Anual | 42 |
| 7.3. Evaluación Final | 43 |
| 7.4. Revisión de Evaluaciones | 43 |
| 7.5. Notificación de las Evaluaciones a los Residentes | 44 |
| 7.6. Composición Comités de Evaluación | 44 |
| 8. DISPOSITIVOS ACREDITADOS Y CRONOGRAMAS DE ROTACIONES SEGÚN EL AÑO DE RESIDENCIA | |
| 8.1. Tomelloso I | 45 |
| | Página |
| CRONOGRAMA ROTACIONES PRIMER AÑO-R1 | 46 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES SEGUNDO AÑO-R2 | 48 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES TERCER AÑO-R3 | 50 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES CUARTO AÑO-R4 | 54 |
| 8.2 Tomelloso II | 55 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES PRIMER AÑO-R1 | 55 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES SEGUNDO AÑO-R2 | 57 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES TERCER AÑO-R3 | 60 |
| CRONOGRAMA ROTACIONES CUARTO AÑO-R4 | 63 |
| Anexos | |
| Anexo I Documento tipo de Informe de evaluación de rotación | 65 |
| Anexo 2: Documento tipo de Informe de evaluación anual del tutor | 69 |
| Anexo 3: Documento tipo de Informe de evaluación anual por el comité de evaluación | 72 |



GIFT de Medicina familiar y comunitaria.

Unidad Docente GAI de Tomelloso

Versión 1.0 Fecha: 13.09.2023

| | |
|---|----|
| Anexo 4: Documento tipo de Informe de evaluación final del periodo de residencia por el comité de evaluación. | 75 |
| Anexo 5: Documento tipo de contra evaluación de las rotaciones por el residente. | 78 |
| Anexo 6: Enlaces publicaciones de la Unidad Docente en los 2 últimos años. | 79 |

Protocolo de supervisión de residentes.



Protocolo de supervisión de los médicos y enfermeras especialistas en formación.

Unidad Docente de la GAI de Tomelloso

Versión 1.0 Fecha: 13.09.2023

Protocolo de supervisión de los médicos y enfermeras especialistas en formación de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC) de Tomelloso.



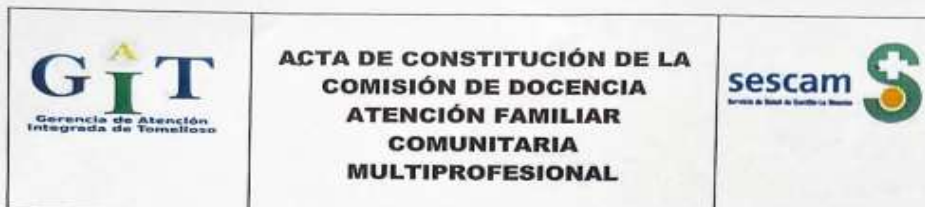
| | | |
|---|---|--|
| Elaborado por: Modesto M. Maestre Muñiz | Revisado por: Componentes de la Unidad Docente de FSE Tomelloso | Aprobado por: Comisión de Docencia de FSE de Tomelloso |
|---|---|--|

Índice.

| | Página |
|---|--------|
| 1. Base Legislativa | 3 |
| 2. Normas generales de supervisión | 3 |
| 3. Grados de responsabilidad asistencial | 4 |
| 4. Nivel de responsabilidad por competencias y año de residencia. | 5 |
| 5. Descripción contextualizada de la supervisión por año de residencia. | 9 |
| 5.1. Residentes de primer año R-1. | 9 |
| 5.2. Residentes de segundo año R-2. | 10 |
| 5.3. Residentes de tercer año R-3. | 11 |
| 5.4. Residentes de cuarto año R-4. | 11 |

Actas de creación de las comisiones de docencia:

Tanto la Directora de Gestión, como la Directora Médica y el Director de Enfermería, forman parte de las Comisiones de Docencia, evidenciando el compromiso de Dirección Gerencia con el desarrollo y formación de los residentes.



Reunidos en la Sala de Juntas del Hospital de Tomelloso, el día 13 de Septiembre de 2023, a las 08:15 horas, las personas que a continuación se detallan:

- D. Modesto Mamés Maestre Muñiz (Jefe de Estudios)
- D^a. Carmen Rubio Torres **jefe de estudios** UDMPAFyC)
- D. David Serna García (Unidad de IDFC)
- D^a. Ana Isabel García Mendoza (Tutora EIR AFyC Enfermera CS Tomelloso I)
- D. Alfredo Lucendo Villarín (Representante tutor hospitalario)
- D^a. Carmen Sánchez-Manjavacas Olmedo (Coordinadora Médico CS Tomelloso I)
- D^a. Alegría Crespo Cárdenas (Coordinadora Médico CS Tomelloso II)
- D. Enel Vilasaint (Coordinador Médico CS Argamasilla de Alba)
- D^a. Ana M^a García-Muñoz Aranda (Directora de Gestión GAI Tomelloso)
- D^a. María Paz Delgado Ruiz (Directora Médica GAI Tomelloso)
- D. David Mateo Sánchez (Jefe del Servicio de Urgencias)
- D. Julián González Albalate (Técnico Formación Continua)
- D. Ismael Roperó Perona (Director de Enfermería)



Acuerdan:

1º Constitución la Comisión de Docencia Atención Familiar Comunitaria Multidisciplinar de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso.

2º Designar al Presidente y Secretario.

- ✓ Presidente/a: Modesto Mamés Maestre Muñiz
- ✓ Secretario/a: David Serna García

Y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión siendo las 08:30 horas del día de la fecha.

| | | |
|--|---|---|
|  <p>Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso</p> | <p>ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA ESPECIALIZADA</p> |  <p>Sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha</p> |
|--|---|---|

Reunidos en la Sala de Juntas del Hospital de Tomelloso, el día 13 de Septiembre de 2023, a las 08:15 horas, las personas que a continuación se detallan:

- D. Modesto Mamés Maestre Muñiz (Jefe de Estudios)
- D. Alfredo José Lucendo Villarín (FEA Digestivo)
- D. David Serna García (Unidad de IDFC)
- D. Carmen Rubio Torres **jefe de estudios** (JDMPAFyC)
- D^a. Carmen Sánchez-Manjavacas Olmedo (Coordinadora Médico CS Tomelloso I)
- D^a. Alegria Crespo Cárdenas (Coordinadora Médico CS Tomelloso II) 
- D. Enel Vilasaint (Coordinador Médico CS Argamasilla de Alba)
- D^a. Emilia Tebar Romero (FEA Digestivo)
- D^a. Ana Isabel García Mendoza (Enfermera AFyC CS Tomelloso I) 
- D^a. Ana M^a García-Muñoz Aranda (Directora de Gestión GAI Tomelloso)
- D^a. María Paz Delgado Ruiz (Directora Médica GAI Tomelloso)
- D. David Mateo Sánchez (Jefe del Servicio de Urgencias)
- D. Ismael Ropero Perona (Director de Enfermería)
- D. Julián González Albalate (Técnico Formación Continua)

Acuerdan:

1º Constitución la Comisión de Docencia Especializada de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso.

2º Designar al Presidente y Secretario.

- ✓ Presidente/a: Modesto Mamés Maestre Muñiz
- ✓ Secretario/a: David Serna García

| | | |
|--|---|--|
|  <p>Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso</p> | <p>ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LA SUBCOMISIÓN DE DOCENCIA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA</p> |  <p>Sescam Servicio de Salud de Tomelloso</p> |
|--|---|--|

Reunidos en la Sala de Juntas del Hospital de Tomelloso, el día 13 de Septiembre de 2023, a las 08:15 horas, las personas que a continuación se detallan:

- D. Julián González Albalate (Supervisor de Área)
- D^a. Carmen Rubio Torres (Coordinadora Médico Atención Primaria)
- D^a. Ana Isabel García Mendoza (Enfermera Familia y Comunitaria CS Tomelloso)
- D. David Serna García (Unidad de IDFC)

Acuerdan:

1º Constitución de la Subcomisión de Docencia de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Integra de Tomelloso.

2º Designar al Presidente y Secretario.

- ✓ Presidente/a: Julián González Albalate
- ✓ Secretario/a: David Serna García

Y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión siendo las 08:30 horas del día de la fecha.

Aceptación del PGCD por parte de dirección



Presentada propuesta del Supervisor de investigación, formación, docencia y calidad, en la constitución de las Comisiones de Docencia Especializada y Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, la Dirección Gerencia de la Atención Integrada de Tomelloso,

APRUEBA EL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIDAD DOCENTE de la G.A.I. DE TOMELLOSO.

Para que conste a efectos oportunos

DIRECTOR GERENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO



En Tomelloso a 15 de Septiembre del 2023



Análisis anual de la capacidad docente

El análisis de la capacidad docente de los distintos dispositivos docentes se realiza según el siguiente documento, y compete a la Comisión de Docencia correspondiente.



ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CAPACIDAD DOCENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO

1. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ACREDITACIÓN

El presente formulario es genérico y su contenido deberá ser adaptado a cada Unidad Docente de acuerdo con los requisitos oficiales de cada especialidad a los que se puede acceder a través del punto 3 de la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social:

<http://www.mspes.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>

UNIDAD DOCENTE _____

| | |
|---|---|
| CAPACIDAD DOCENTE OFICIAL | |
| OFERTA DOCENTE EN EL PASADO AÑO | |
| REQUISITOS DE LA UNIDAD | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS |
| ÁREA FÍSICA | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno |
| • | Si cumplimiento para: |
| • | <input type="checkbox"/> 1 Residente/año <input type="checkbox"/> 2 Residente/año |
| • | <input type="checkbox"/> 3 Residente/año <input type="checkbox"/> 4 Residente/año |
| • | <input type="checkbox"/> 5 Residente/año |
| • | |
| • | |
| RECURSOS HUMANOS | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno |
| • Nº de Facultativos | Si cumplimiento para: |
| • Nº de Enfermeras | <input type="checkbox"/> 1 Residente/año <input type="checkbox"/> 2 Residente/año |
| • Nº de Auxiliares de Enfermería | <input type="checkbox"/> 3 Residente/año <input type="checkbox"/> 4 Residente/año |
| • Nº de Técnicos | <input type="checkbox"/> 5 Residente/año |
| • Nº de Personal Auxiliar | |
| RECURSOS MATERIALES | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno |
| Especificar a continuación las carencias en relación con los Requisitos Oficiales | Si cumplimiento para: |
| • | <input type="checkbox"/> 1 Residente/año <input type="checkbox"/> 2 Residente/año |
| • | <input type="checkbox"/> 3 Residente/año <input type="checkbox"/> 4 Residente/año |
| • | <input type="checkbox"/> 5 Residente/año |
| MEDIOS DOCENTES | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno |
| Especificar las carencias | |
| • | |
| • | |
| • | |

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CAPACIDAD DOCENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO

| DE LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Existencia de Memoria anual de la Unidad al menos de los 2 últimos años en las que se incluyan las actividades clínicas, académicas e investigadoras. Separatas de publicaciones, cursos y seminarios organizados, y toda actividad relevante. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existencias de normas de funcionamiento de la Unidad dónde se especifique línea jerárquica por estamentos, reparto de cargas y distribución de funciones. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de cronograma formativo tipo de las rotaciones de los residentes. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de una memoria anual de actividades formativas o constancia de ellas en la Memoria anual global. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de programación escrita de actividades de docencia e investigación. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de una programación anual en la que se expliciten y cuantifiquen los objetivos asistenciales. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Historias clínicas realizadas según los criterios unificados de la Dirección del Centro. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de protocolos de diagnóstico y tratamiento actualizados. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| CONTROLES DE CALIDAD INTRAHOSPITALARIOS O DEL EAP | | |
| • Análisis de casos (revisión de historias clínicas) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Auditorías Internas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Pertenencia de los miembros del Servicio a Comisiones clínicas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Plan de Gestión de Calidad de la Unidad Docente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Otros, especificar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Reclamaciones y quejas de los usuarios en cuanto a asistencia, respecto del total del Centro= | | |

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CAPACIDAD DOCENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO

| DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS |
|--|---|
| ACTIVIDAD ASISTENCIAL (adaptar los indicadores a cada especialidad) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno Si cumplimiento para: |
| • N° de primeras consultas/año= | <input type="checkbox"/> 1 Residente/año <input type="checkbox"/> 2 Residente/año |
| • N° de revisiones/año= | <input type="checkbox"/> 3 Residente/año <input type="checkbox"/> 4 Residente/año |
| • N° de ingresos/año= | <input type="checkbox"/> 5 Residente/año |
| • N° de intervenciones/año= | |
| • N° de /año= • N° de /año= | |
| • N° de /año= • N° de /año= | |
| • N° de /año= • N° de /año= | |
| ACTIVIDADES DOCENTES (adaptar los indicadores a cada especialidad) | |
| • N° de sesiones clínicas semanales= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de sesiones bibliográficas= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de sesiones monográficas= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de sesiones conjuntas con = | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de sesiones conjuntas con = | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de seminarios= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de = | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • N° de = | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Docencia pregrado= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Docencia posgrado (rotaciones de otras especialidades) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DOCENTE O EAP | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| INVESTIGACIÓN | |
| • Trabajos/año= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Conferencias/año= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Publicaciones/año= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Comunicaciones/año= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Tesis/año= | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| • Participación de los Residentes de la Unidad en la investigación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CAPACIDAD DOCENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO

| REQUISITOS DEL PROGRAMA FORMATIVO | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS |
|--|---|
| Existencia de Programa Formativo adaptado a la Unidad Docente en el que se contemplen objetivos rotacionales. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de Cronograma Formativo tipo de la Unidad Docente que contemple tanto las rotaciones de los Residentes propios como los de otras especialidades y/o Centros que rotan sistemáticamente por la Unidad. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de Protocolo de Supervisión Progresiva del Residente en la Unidad o EAP. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de Documento de evaluación de la Unidad docente o EAP. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de Plan de Gestión de la Calidad Docente de la Unidad o EAP. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de acuerdos de rotación con otras Unidades Docentes necesarias para completar el Programa Formativo. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se precisa rotar fuera de la UD |
| REQUISITOS DEL CENTRO DOCENTE AL QUE SE ADSCRIBE LA UNIDAD | |
| Enumerar aquellos que no cumple: | |
| • | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| VALORACIÓN SUBJETIVA | |
| Considera que el número de residentes de su Unidad Docente es: | <input type="checkbox"/> Adecuado para que la adquisición de las competencias determinadas por el Programa Oficial Formativo de la Especialidad <input type="checkbox"/> Excesivo y dificulta la adquisición de competencias <input type="checkbox"/> Se podría aumentar el número de residentes anuales sin que disminuyeran las posibilidades de cumplimiento del Programa Formativo Oficial de la Especialidad |
| CAPACIDAD DOCENTE OFICIAL | |
| CAPACIDAD DOCENTE ESTIMADA A PARTIR DEL CUESTIONARIO | |
| OFERTA DOCENTE PARA EL AÑO EN CURSO | |

En a de de

Fdo.:
Jefe de Servicio o Coordinador de EAP

Fdo.:
Tutor Coordinador de UD o de EAP

Compromiso de dirección con la Unidad Docente

Documentos donde se evidencian la participación del Jefe de Estudios en la Comisión de Dirección y la participación de la totalidad del equipo directivo en la Comisión de Docencia Especializada Hospitalaria y en la Comisión de Docencia de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.



La Dirección de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso CERTIFICA su compromiso con la Unidad Docente, al integrar la totalidad del equipo directivo, incorporando como miembros de las Comisiones de Docencia Especializada y de Docencia Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, a la Dirección de Enfermería, la Dirección de Gestión y la Dirección Médica.

Lo que se verifica a través de las firmas anexas en las actas de constitución de ambas comisiones.

DIRECTOR GERENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO



En Tomelloso a 19 de Septiembre del 2023



La Dirección de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso, establece como norma que los Jefes de Estudio tanto de Docencia Especializada como de Docencia Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, participarán de forma TRIMESTRAL en la COMISIÓN de DIRECCIÓN de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso, donde informarán del seguimiento y evolución de los objetivos de calidad específicos de las Comisiones de Docencia Especializada y Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, alineados con el plan estratégico de la Gerencia.

En cualquier caso, también acudirán a la Comisión de Dirección, cuando se les convoque de forma extraordinaria, previa convocatoria y orden del día.

Sirva esta comparecencia como mecanismo de representación y comunicación con la Dirección del centro.

DIRECTOR GERENTE DE LA GAI DE TOMELLOSO



En Tomelloso a 19 de Septiembre del 2023