

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 1 de 1

# Complejo Asistencial y Universitario de León

La presente copia del Manual del Plan de Gestión de Calidad Docente es propiedad del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) que podrá exigir su devolución cuando así lo considere oportuno.

Se prohíbe la reproducción total o parcial del presente Manual, su difusión, así como su cesión a terceros sin el consentimiento escrito del CAULE.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
1ª ed: Santiago Vivas Fecha:9/12/2010	Francisco Jorquera Plaza Fecha:9/12/2010	Juan Luis Burón Llamazares
2ª ed: Eva Fernández Morán  Fecha 26/01/2015  Responsable de Calidad e Investigación en Docencia  Fdo.:	Francisco Jorquera Plaza  Fecha:26/01/2015  Jefe de Estudios  Fdo.:	Juan Luis Burón Llamazares  Director Gerente del CAULE  Fdo.:

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	<b>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</b>	 Sacyl Gerencia Regional de Salud  Complejo Asistencial Universitario de León
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 2 de 2

## ÍNDICE

### 1. Introducción

- 1.1 Presentación del “centro sanitario docente” y de la formación especializada
- 1.2 Organigrama de la formación especializada
- 1.3 Responsabilidades de los puestos del organigrama en la formación especializada
- 1.4 Misión/visión/valores de la formación especializada
- 1.5 Objeto del manual del plan de gestión de calidad docente (PGCD)
- 1.6. Alcance del manual del PGCD
- 1.7 Mapa de procesos del PGCD
- 1.8 Términos y definiciones

### 2. Plan de gestión de calidad docente

- 2.1 Requisitos generales
- 2.2 Requisitos de la documentación

### 3. Responsabilidades de la dirección

- 3.1 Compromiso de la dirección
- 3.2 Objetivos del PGCD
- 3.3 Comunicación
- 3.4. Revisión del PGCD

### 4. Provisión de recursos

- 4.1 Recursos humanos
- 4.2 Otros recursos

### 5. Prestación del servicio

### 6. Medición, análisis y mejora

- 6.1 Satisfacción del residente
- 6.2 Satisfacción de los profesionales
- 6.3 Auditoría interna
- 6.4 Seguimiento y medición de los procesos y servicios
- 6.5 Control del servicio no conforme
- 6.6 Análisis de datos
- 6.7 Acción correctiva
- 6.8 Acción preventiva

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 3 de 3

## 7. Aplicación práctica

7.1. Sistema de evaluación. Seguimiento y medición

7.2. Iniciativas y acciones de mejora

## 8. Aplicación general del plan de gestión de la calidad docente

8.1 Coordinación con la gerencia del CAULE

8.2 Difusión del plan de calidad docente

## 9. Resumen actuaciones 2014

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 4 de 4

## **1. INTRODUCCION**

### **1.1 PRESENTACIÓN DEL “CENTRO SANITARIO DOCENTE” Y DE LA FORMACION ESPECIALIZADA**

#### **HISTORIA DEL CENTRO E HISTORIA DOCENTE Y EVOLUCION**

El Complejo Asistencial Universitario de León es el centro de referencia de atención especializada del área de salud de León. Atiende alrededor de 350.000 habitantes y surgió de la fusión en el año 1991 de todos los centros sanitarios públicos existentes en el área de salud: Hospital Virgen Blanca, Hospital Princesa Sofía, Hospital Monte de San Isidro y Hospital Psiquiátrico Santa Isabel. Tanto el Hospital Virgen Blanca como el Hospital Princesa Sofía tenían docencia acreditada. Su denominación de Complejo Asistencial de León ha pasado a Complejo Asistencial Universitario de León desde septiembre de 2009 en que se firmó un convenio entre las Universidades de nuestra Comunidad Autónoma y la Conserjería de Sanidad para que nuestro Complejo Asistencial pudiese participar en la docencia pregrado. De cualquier modo, mucho antes de denominarse universitario nuestro Complejo Asistencial ya lo era, pues desde que la escuela de enfermería de León pasó a ser titularidad de la Universidad de León en la década de los 90, nuestro Hospital participa en la docencia pregrado de la titulación de grado enfermería. En el momento actual, el Complejo Asistencial tiene acreditadas 28 Unidades Simples y 3 Unidades Multiprofesionales (UDM): Salud Laboral (Medicina del Trabajo y Enfermería del Trabajo, dependientes de Valladolid), Pediatría (Medicina Pediátrica y Enfermería Pediátrica), Salud Mental (Psiquiatría, Psicología y Enfermería de Salud Mental) que se recogen en la siguiente tabla. En la convocatoria de plazas MIR para el año 2015, publicada en septiembre 2014, el Complejo Asistencial Universitario de León oferta 47 plazas.

La Comisión de Docencia del Complejo Asistencial Universitario de León diseña un plan de Gestión de Calidad Docente en nuestro centro que reemplaza el plan provisional aprobado en noviembre de 2009. La realización de este plan ha seguido las directrices contenidas en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, publicado en el BOE nº 45 de 21 de febrero de 2008, en su artículo 29.3 y la norma legal autonómica que la desarrolla, que es el decreto B.O.C.y L. 75/2009.

 <p><b>Junta de Castilla y León</b> Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 5 de 5

Este plan ha seguido las directrices de la Conserjería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma en la Orden SAN 702/2010 por la que se regula la evaluación y el control de la calidad en la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.

Especialidades	Existe en el Hospital si/no	Acreditación docente si/no
Alergología	Si	No
Análisis Clínicos	Si	Si
Anatomía Patológica	Si	Si
Anestesiología y Reanimación	Si	Si
Angiología y C. Vascular	Si	Si
Aparato Digestivo	Si	Si
Bioquímica Clínica	No	No
Cardiología	Si	Si
Cirugía Cardiovascular	Si	No
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Si	Si
Cirugía Oral y Maxilofacial	Si	No
Cirugía Ortopédica y Traumatología	Si	Si
Cirugía Pediátrica	No	No
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	Si	No
Cirugía Torácica	No	No
Dermatología Medico-quirúrgica y Venereología	Si	Si
Endocrinología y Nutrición	Si	Si
Enfermería Pediatría (UDM)	Si	Si
Enfermería Salud Laboral (UDM)	Si	Si
Enfermería Salud Mental (UDM)	Si	Si
Estomatología	No	No
Farmacia Hospitalaria	Si	Si
Farmacología Clínica	No	No
Geriatría	Si	Si
Hematológica y Hemoterapia	Si	Si
Inmunología	Si	Si
Medicina del Trabajo (UDM)	Si	Si
Medicina Familiar y Comunitaria	No	No
Medicina Física y Rehabilitación	Si	Si
Medicina Intensiva	Si	Si
Medicina Interna	Si	Si
Medicina Nuclear	Si	No
Medicina Preventiva y Salud Pública	Si	No
Microbiología y Parasitología	Si	No
Nefrología	Si	Si
Neumología	Si	Si
Neurocirugía	Si	Si
Neurofisiología Clínica	Si	Si
Neurología	Si	Si
Obstetricia y Ginecología	Si	Si
Oftalmología	Si	Si
Oncología Medica	Si	Si
Oncología Radioterápica	Si	No
Otorrinolaringología	Si	No
Pediatría y sus Areas Específicas	Si	Si
Psicología Clínica (UDM)	Si	Si
Psiquiatría (UDM)	Si	Si
Radiodiagnóstico	Si	Si
Radiofarmacia	No	No
Radiofísica Hospitalaria	Si	No
Reumatología	Si	Si
Urología	Si	Si

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 6 de 6

## 1.2 ORGANIGRAMA DE LA FORMACION ESPECIALIZADA

A continuación pasamos a exponer el organigrama Docente del Complejo Asistencial Universitario de León que está basado en la normativa vigente y adaptado a las características y necesidades del centro: ley 44/2003 de 21 de Noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias , RD 183/ 2008 por el que se determina y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan aspectos del sistema de formación especializada y Decreto 75/2009 del 15 de Octubre por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la comunidad de Castilla y León.

ÓRGANOS DOCENTES	CATEGORIA	ACTIVIDAD	DEDICACION	COMPETENCIAS
	Gerente de atención especializada	Nota 1	Según RD 183/2008 de 8 de Febrero y Decreto 75/2009 de 15 de Octubre	Tener cualificación en organización y gestión de equipos
ÓRGANOS COLEGIADOS	Comisión de docencia	Nota 2	1 reunión al trimestre como mínimo	Tener responsabilidades en docencia o estar involucrados en la propia formación
	Comités de evaluación	Realizar la evaluación anual y final de los residentes que constará en las correspondientes actas	1 reunión anual	Tener experiencia en formación y/o evaluación docente

<b>ORGANOS UNIPERSONALES</b>	Jefe de estudios	Nota 3	Al menos el 50% de su jornada	Tener título oficial de especialista en ciencias de la salud, preferentemente por el sistema de residencia. Tener experiencia asistencial mínima de 3 años. Tener experiencia en formación especializada como tutor o colaborador docente.
	Vicepresidente de la comisión de docencia	Sustituir al presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad y en los procedimientos de evaluación anual negativa no recuperable	1 reunión al trimestre como mínimo	Ser tutor y pertenecer a la comisión de docencia
	Secretaría de la comisión de docencia	Atender al funcionamiento administrativo de las comisiones de docencia, al mantenimiento de los archivos de la misma donde se custodia los expedientes docentes de los residentes así como las funciones previstas en el artículo 57 de la Ley 3/2001 de 3 de julio	1 reunión al trimestre como mínimo y el tiempo preciso para realizar las diferentes actividades propias del cargo	Tener cualificación en áreas administrativas y de organización
	Vocales de la comisión de docencia	Las funciones que figuran en el artículo 56 de la Ley 3/2001	1 reunión al trimestre como mínimo	Tener responsabilidades en docencia o estar involucrados en la propia formación

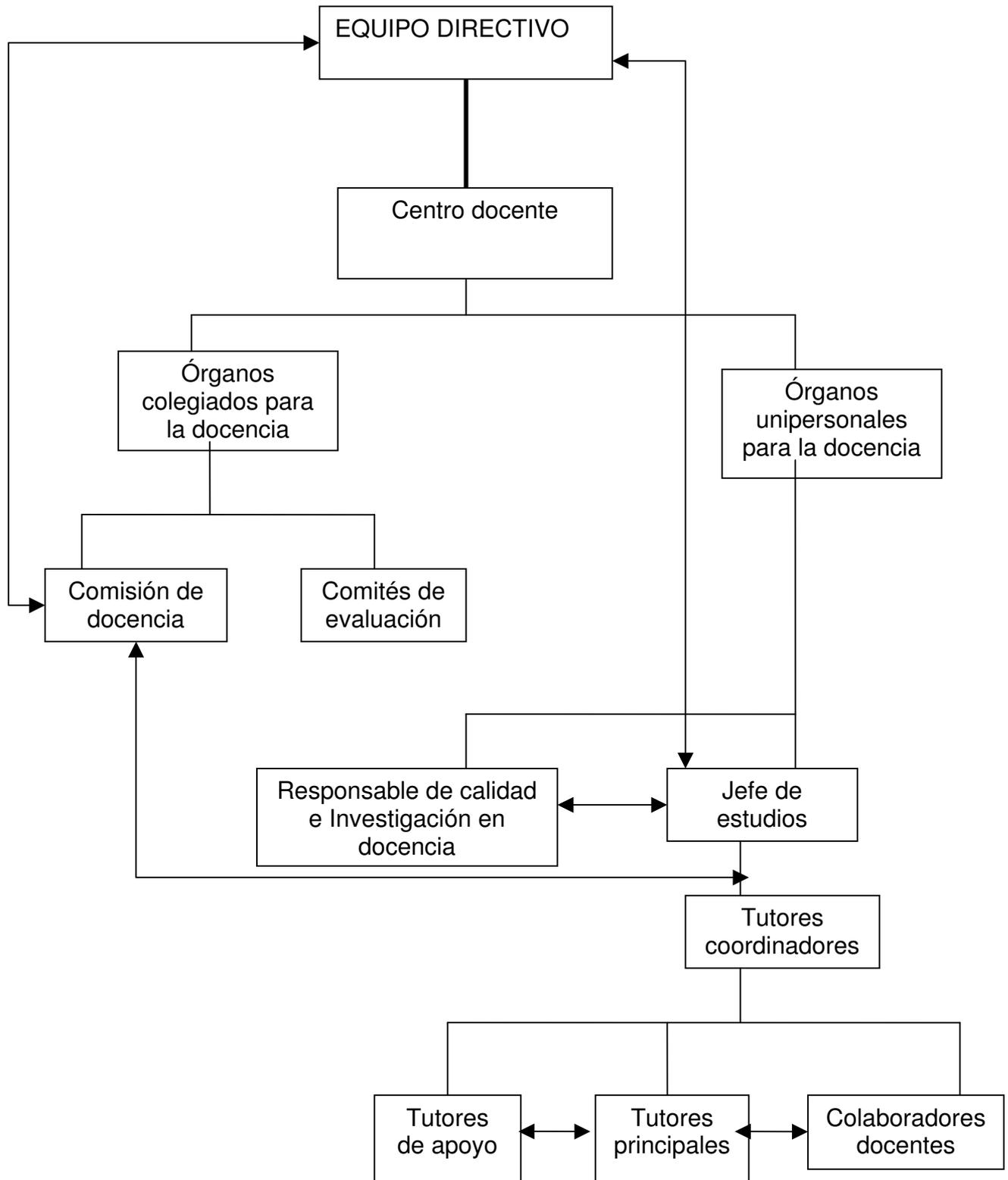
	Tutor coordinador	Nota 4	Debe disponer del tiempo adecuado para el ejercicio de sus funciones (Al menos un 5% de su tiempo de su labor asistencial)	Especialista de la correspondiente Unidad Docente vía MIR en servicio activo. Experiencia asistencial en su especialidad de al menos 2 años. Prestar servicios en el centro docente. Estar acreditado como tutor.
	Tutor principal	Nota 5	Debe disponer del tiempo adecuado para el ejercicio de sus funciones (Al menos un 5% de su tiempo de trabajo coordinado con el Tutor Coordinador y Tutores de apoyo)	Especialista de la correspondiente Unidad Docente vía MIR en servicio activo en el centro docente. Tener experiencia asistencial en su especialidad de al menos 1 año. Estar acreditado como tutor
	Tutor de apoyo	Nota 6	Deberá disponer de las horas suficientes para su tutoría	Especialista de la correspondiente Unidad Docente vía MIR en servicio activo. Estar acreditado como tutor.
	Colaboradores docentes	Nota 7	El tiempo que dure la estancia formativa en su unidad asistencial	Profesionales en servicio activo de la misma o diferente categoría o especialidad con formación y experiencia docente. No necesario acreditación como tutor.
	Responsable de calidad e investigación en docencia	Nota 8	Coordinado con el Jefe de Estudios podría disponer al menos de un 50% de su jornada asistencial.	Ser especialista en ciencias de la Salud y tener formación acreditada en metodología docente e investigadora

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 9 de 9

## *RECURSOS MATERIALES y DE EQUIPAMIENTO*

En la actualidad, desde el punto de vista de ubicación estamos divididos en dos edificios, en planta 7ª del VB se encuentra la secretaria de Docencia compartida desde junio 2013 con Formación Continuada y en el edificio anexo de San Antonio se encuentran dos despachos, el aula docente y la sala de reuniones. Describimos a continuación lo que está pactado con la Gerencia del Complejo Asistencial

- 1- Dos despachos, uno para el Jefe de Estudios y otro para el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia
- 2- Biblioteca.
- 3- Aula docente.
- 4- Aula informática.
- 5- Espacio para tablón de anuncios.
- 6- Sala de reuniones.
- 7- Hemeroteca
- 8- Equipamiento específico:
  - Pizarra.
  - Fotocopiadora
  - Retroproyector
  - Proyector de diapositivas
  - Monitor de TV
  - Ordenador portátil
  - Cañón de proyección
  - Reproductor de vídeo
  - Cámara de vídeo
  - Conexión a Internet
  - Cámara de fotos
  - Grabadora



 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 11 de 11

### 1.3 RESPONSABILIDADES DE LOS PUESTOS DEL ORGANIGRAMA EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

Todas las responsabilidades expuestas a continuación están relacionadas con el organigrama docente y esta relación se hace en la tabla a través de las notas que siguen. Decreto 75/2009

*Nota 1: Gerente de atención especializada*

- a) Asegurar, dando apoyo expreso, que las actividades requeridas para la puesta en funcionamiento del PGCD sean planificadas, implementadas y controladas y se dé seguimiento a su progreso. Esto incluye asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios.
- b) Facilitar cuanta información sea necesaria para la supervisión del cumplimiento de PGCD.
- c) Definir la Misión/Visión/Valores de la Unidad Docente y actuar siguiendo sus directrices.
- d) Establecer los objetivos de calidad en los niveles pertinentes, así como planificar las actividades y los recursos necesarios para su consecución.
- e) Realizará los nombramientos oportunos de los diferentes cargos de la unidad docente tras escuchar la propuesta de la comisión de docencia.

*Nota 2: Comisión de Docencia*

- a) Aprobar, a propuesta de los tutores una guía o itinerario formativo que, cumpliendo los objetivos y contenidos del programa oficial de la especialidad se adapte a las características específicas de la unidad docente.
- b) Garantizar que cada uno de los residentes cuenten con el correspondiente plan individual de formación que se adecue a la guía mencionada antes, verificando, en colaboración con los tutores principales su adecuación al itinerario formativo.
- c) Elaborar y aprobar el PGCD, supervisando su cumplimiento y colaborar con los órganos de dirección y gestión en el establecimiento de estrategias de

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h2>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h2>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 12 de 12

mejora cuando los resultados de las evaluaciones de calidad docente lo indiquen.

- d) Elaborar protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades de los residentes en áreas asistenciales significativas.
- e) Facilitar la coordinación docente entre niveles asistenciales
- f) Aprobar los cronogramas de rotaciones de la especialidad y expresar la conformidad a rotaciones externas y en su caso a las rotaciones de otras especialidades en la unidad docente.
- g) Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas en relación con el programa, previo informe de los responsables de formación e investigación, oído el tutor.
- h) Facilitar la formación continuada de los tutores en metodología docente y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- i) Proponer cuando proceda la creación de subcomisiones docentes.
- j) Participar en los procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores y centros docentes.
- k) Realizar la propuesta de nombramiento del jefe de estudios, tutores, colaboradores docentes, y del responsable de calidad y el de investigación en docencia al órgano directivo del centro, para que éste proceda al nombramiento.
- l) Efectuar la evaluación anual del jefe de estudios, tutores y responsables de calidad e investigación en docencia.
- m) Establecer los criterios generales de asignación, a los médicos residentes de los tutores, tutores de apoyo y colaboradores docentes.
- n) Designar a los profesionales que deben participar en el comité de evaluación.
- o) Elaborar informes y trasladarlos al Ministerio de Sanidad y Política Social en casos de periodo de recuperación por la repetición completa del año.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 13 de 13

- p) Trasladar los acuerdos de la comisión de docencia al residente y al comité de evaluación correspondiente sobre revisiones de evaluación anual.
- p) Emitir la calificación definitiva en caso de evaluación anual negativa no recuperable.
- q) Realizar la propuesta global de la oferta docente anual basada en la planificación de cada centro docente.
- r) Proponer a los órganos competentes la realización de auditorias docentes.
- s) Se informará a través de la comisión de docencia el lugar donde se ubicará el tablón oficial de anuncios de la comisión, dicho tablón será el medio oficial de notificación de las resoluciones relativas a las evaluaciones, por lo que la fecha de inserción en él implicará el inicio de cómputo de los plazos que en cada caso correspondan. Se comunicará a su través el lugar y plazo de consulta para la revisión de las calificaciones de la evaluación anual.
- t) Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación a través de su presidente las evaluaciones finales y anuales. Asimismo, notificarán las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración del periodo formativo.
- u) Proponer a los órganos directivos la dotación a la comisión de docencia y a los tutores de los medios materiales y personales necesarios para la adecuada realización de sus funciones.
- v) Procurar en los distintos centros docentes se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes, así como para llevar a cabo la evaluación formativa de sus actividades.

*Nota 3: Jefe de Estudios*

- a) Actividades y/o funciones de representación y coordinación con responsables asistenciales y docentes:

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 14 de 14

1- Asumir la representación de la comisión de docencia, formando parte del Comité de Dirección con el fin de asegurar y garantizar la incardinación de la docencia en la actividad asistencial ordinaria, continuada y de urgencias de dichos centros.

2- Actuar como interlocutor entre los responsables asistenciales y docentes con la finalidad de garantizar una adecuada coordinación entre ellos.

3- Supervisar el PGCD.

4- Consensuar con los órganos de dirección de la unidad docente la aplicación y revisión periódica de los protocolos de actuación para graduar la supervisión de residentes, una vez elaborados por la comisión de docencia y elevados, por ésta, a tales órganos de dirección.

5- Presidir, los correspondientes comités de evolución anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.

6- Promover, fomentar y definir líneas y actividades de investigación, relacionados con la especialidad en consonancia con los planes de salud de Castilla y León y los programas I+D relacionados con la formación sanitaria especializada.

7- Coordinarse con los responsables de formación especializada de otro nivel asistencial y con los responsables de otros ámbitos formativos.

8- Coordinar la planificación de la capacidad docente de la unidad.

b) Actividades y/o funciones relativas a la comisión de docencia:

1- Asumir la presidencia de la comisión de docencia dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en la adopción de acuerdos.

2- Garantizar la correcta remisión en tiempo y forma de las evaluaciones y demás documentación que se deba trasladar al Ministerio de Sanidad y Política Social.

3- Gestionar los recursos humanos y materiales asignados a la comisión de docencia, elaborando el plan anual de necesidades.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 15 de 15

c) Actividades y/o funciones relativas a tutores y residentes:

- 1- Dirigir y coordinar las actividades de los tutores y actuar como interlocutor con los responsables de todos los centros docentes.
- 2- Informar a tutores y residentes sobre el protocolo de supervisión de residentes según la legislación vigente.
- 3- Convocar a los tutores a los correspondientes comités de evaluación anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.
- 4- Programar y desarrollar las actividades de formación definidas en el programa común o en el programa de formación teórica de la especialidad de medicina e familia.
- 5- Fomentar la formación continuada de los tutores, participando en la elaboración de los programas formativos para este fin.
- 6- Participar en la acreditación y reacreditación de tutores.

*Nota 4: Tutor coordinador*

- a) Coordinar la elaboración de la guía o itinerario formativo de la especialidad adaptando el programa de la especialidad a las características del centro junto con el resto de tutores y trasladarla a la comisión de docencia para su aprobación.
- b) Elaboración la planificación anual de los itinerarios formativos de los residentes de la unidad docente definidos por los tutores estableciendo los cronogramas de rotación para su traslado a la comisión de docencia.
- c) Realizar memoria anual de las actividades docentes de la unidad con registro de las mismas.
- d) Realizar la asignación de tutor, tutor de apoyo o colaborador docente a los especialistas en formación de acuerdo con los criterios establecidos por la comisión de docencia.
- e) Reasignación de tutor al residente en los casos excepcionales debidamente justificados.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 16 de 16

- f) Facilitar a los profesionales de su unidad que ejerzan como colaboradores docentes la información relativa a los objetivos y competencias que deben adquirir los residentes de otras especialidades que rotan por su centro docente.
- g) Participar activamente en la elaboración y seguimiento del PGCD
- h) Participar en el proceso de acogida a los residentes tanto de su especialidad como de otras.
- i) Realizar la coordinación de las rotaciones de residentes externos por el centro docente estableciendo cronogramas y asignando los colaboradores docentes.
- j) Promover y facilitar la participación de los residentes en las actividades formativas del programa común.
- k) Apoyar la investigación desde su unidad facilitando los mecanismos y ayudas existentes para el desarrollo de la misma.
- l) Promover, junto con los tutores la elaboración de protocolos de actuación para graduar la supervisión de la responsabilidad progresiva del residente y promover asimismo la realización de planes de mejora de la calidad en el ámbito de su centro.

*Nota 5: Tutor principal*

- a) Actividades y/o funciones con respecto al residente:
  - 1- Identificar las necesidades de formación y los objetivos de aprendizaje del especialista en formación
  - 2- Elaborar el plan individual de formación de cada residente en coordinación con los responsables de los centros docentes y demás figuras docentes que intervengan en su proceso formativo
  - 3- Proponer las adaptaciones del itinerario formativo al plan individual de formación de cada residente.
  - 4- Orientar al residente durante todo el periodo formativo estableciendo un sistema de seguimiento periódico continuado y estructurado.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h2>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h2>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 17 de 17

- 5- Fomentar la actividad docente e investigadora y favorecer la responsabilidad progresiva en la tarea asistencial del residente.
- 6- Servir como referente e interlocutor del residente, resolviendo las incidencias que se puedan plantear entre él mismo y la organización.
- 7- Impartir las instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad asumible de los residentes a su cargo al resto de los profesionales que participen en su proceso formativo, según la valoración individual del proceso de adquisición de competencias.
- 8- Supervisar la colaboración de otros profesionales en el proceso formativo sirviendo de conexión con otros servicios donde realice la formación el residente.
- 9- Seguimiento de las rotaciones realizadas por los residentes asignados, detectando las situaciones conflictivas y comunicándolo a la comisión de docencia para buscar soluciones.
- 10- Ayudar y supervisar la cumplimentación del libro del residente.
- 11- Realizar entrevistas periódicas estructuradas y pactadas con los residentes asignados, en un número no inferior a cuatro por año, realizando a su término el informe normalizado de evaluación formativa y el registro del libro del residente.
- 12- Valorar el progreso competencial del especialista en formación, utilizando como instrumento de evaluación el libro del residente y otros instrumentos definidos en el programa de la especialidad.
- 13- Elaborar el informe anual que valore el progreso del residente.
- 14- Participar en la evaluación sumativa en el comité de evaluación como tutor del residente.
- 15- Acompañar al residente en el acto de revisión tras una evaluación anual negativa no recuperable.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 18 de 18

b) Actividades y/o funciones con respecto a la unidad docente:

- 1- Colaborar, con el resto de los tutores, en la planificación conjunta anual de los itinerarios formativos de los residentes de la unidad docente.
- 2- Proponer a la unidad docente las rotaciones externas del residente.
- 3- Colaborar en la elaboración de la memoria de la unidad.
- 4- Colaborar en la elaboración y seguimiento del PGCD.
- 5- Proponer actividades de mejora de la calidad docente, en su unidad, y participar en el desarrollo de las mismas.

*Nota 6: Tutor de apoyo*

- a) Participar activamente en la orientación, supervisión y evaluación del residente durante el periodo formativo correspondiente, en coordinación con el tutor del residente al que trasladará los informes de rotación y sugerencias que estime oportunas.
- b) Contribuir al proceso de enseñanza y aprendizaje de los residentes según el contenido estructurado de su programa formativo.

*Nota 7: Colaboradores docentes*

- a) Colaborar en el proceso de adquisición de competencias incluidas en el programa, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas durante la estancia formativa.
- b) Participar en la evaluación continuada del residente durante el periodo de rotación en coordinación con el tutor del residente al que trasladará el informe de rotación y las sugerencias que considere necesarias.

*Nota 8: Responsable de Calidad e Investigación en Docencia*

- a) Prestar apoyo en la formación de residentes.
- b) Desarrollar programas de gestión y control de calidad.

	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 19 de 19

- c) Participar como docente en actividades formativas previstas en el programa o que resulten de interés para la formación de residentes u otras figuras docentes.
- d) Impulsar las actividades de investigación: fomentando la participación de los residentes en este tipo de actividades.
- e) Desarrollar actividades de mejora de calidad definidas en el PGCD.

#### 1.4 MISIÓN/VISIÓN/VALORES DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

##### **Misión:**

Garantizar que todos los especialistas en formación adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su especialidad a través de la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo su proceso formativo. Se pretende que esto se consiga de una manera eficiente. Esta garantía no sólo alcanzará a los especialistas en formación con dependencia directa de nuestro centro docente sino a todos aquellos que provenientes de otros centros completan su formación en el nuestro.

##### **Visión:**

Conseguir avanzar hacia la excelencia en la docencia postgrado, a través de la mejora continua en la calidad de la formación de especialistas en ciencias de la salud en nuestro centro. En este sentido parte de la visión de este plan es acreditar todas las Unidades Docentes no acreditadas aún, que cumplan los requisitos de excelencia que requiere la Comisión de Docencia para este fin con especial atención a Cirugía Cardíaca, Otorrinolaringología y Microbiología. Importante fue la creación en 2012 de unidades multiprofesionales en Salud Mental, Pediatría y Salud Laboral, esta última Unidad Docente Regional de la que el CAULE es dispositivo docente acreditado. Forma parte de nuestra visión promover el cumplimiento de los acuerdos con la universidad de Salamanca para que los alumnos de Medicina puedan desarrollar sus prácticas en nuestro centro hospitalario.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 20 de 20

Incrementar el personal docente acreditado con el desarrollo del segundo procedimiento de acreditación de tutores iniciado en junio 2014, por el que se han acreditado en este centro 57 nuevos tutores.

### Valores:

Nuestro Complejo Asistencial asume unos valores que definen sus compromisos profesionales con la sociedad y con el aprendizaje. La interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad docente y profesional. Transmitir esos valores forma parte del trabajo de los tutores y de todo el centro docente, aprenderlos y asimilarlos es esencial para que un residente llegue a ser un buen médico de familia.:

- **La Ética:** en la gestión, en las decisiones estratégicas y las relaciones que establece. La honestidad y la transparencia deben formar parte de todas las actuaciones. Se debe ser exigente con la administración sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario reivindicando su buen funcionamiento. Las posibles limitaciones de dicho sistema no deben impedir una actitud ética irreprochable en las relaciones entre responsables docentes, especialistas en formación, administración y sociedad en general.
- **La Calidad:** siempre presente en cada uno de los servicios, así como en los procesos definidos para que sea una organización efectiva y eficiente que incorpora la mejora continua en sus actuaciones. Algunos de los servicios del centro que están realizando su certificación tratan de incorporar a la misma la función docente, siendo esto posible a la excelente base organizativa de la estructura docente del hospital.
- **El Liderazgo:** la dirección orienta todos sus esfuerzos en consolidar su condición de organización referente en servicios sanitarios y docentes de primer orden, tanto a nivel autonómico como nacional, estableciendo sistemas de comunicación que favorezcan el compromiso de los profesionales con la organización.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 21 de 21

- **Compromiso con las personas:** El especialista en formación es el protagonista de la atención que prestan las distintas unidades docentes. Sus actuaciones están encaminadas a su mejor formación posible. Los recursos humanos de los que disponen las unidades docentes para llevar a cabo este fin son un valor fundamental que debemos fomentar y proteger. El espíritu de trabajo en equipo, la capacitación constante, la colaboración y la actitud de servicio son cualidades respetadas, reconocidas y alentadas por la Organización.
- **Profesionalismo:** Entendiendo el profesionalismo como el conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de las ciencias de la salud con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos. El ejercicio de la profesión exige anteponer los intereses del paciente a los del propio profesional, base de la confianza que el paciente deposita en él, exigencia que se sustenta entre otros principios por los de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- **Compromiso social:** No debemos olvidar que la función fundamental del Complejo Asistencial es formar especialistas en ciencias de la salud que van a estar en contacto directo con la sociedad. Por ello es preciso hacer ver a los residentes la alta responsabilidad social respecto no sólo a la atención de pacientes sino a la prevención y promoción de la salud, al uso eficiente de los recursos sanitarios.
- **Compromiso con las diferentes especialidades y con la formación de los profesionales:** las distintas unidades docentes en su compromiso con la calidad saben que la especialidad puede mejorarse, por ello transmiten en la formación de los nuevos residentes, sin limitaciones, cuanto saben contribuyendo a que los nuevos especialistas sean incluso mejores que los tutores que les forman. Como tutores de nuevos profesionales ayudan a aprender a las nuevas generaciones de residentes sabiendo que en el

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 22 de 22

proceso de enseñar ellos mismos también aprenden. El compromiso de los especialistas con su especialidad determina también, su disposición a investigar sobre aquellas cuestiones que son pertinentes para el desarrollo de la misma a fin de ofrecer un mejor servicio a la sociedad.

## 1.5 OBJETO DEL MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

El objeto del presente Manual es especificar los requisitos del Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD) para suministrar de forma consciente servicios que satisfagan los requisitos de los residentes y conseguir su satisfacción a través de la aplicación del plan, incluyendo procesos de mejora continua y la prevención de no conformidades.

## 1.6 ALCANCE DEL MANUAL DEL PGCD

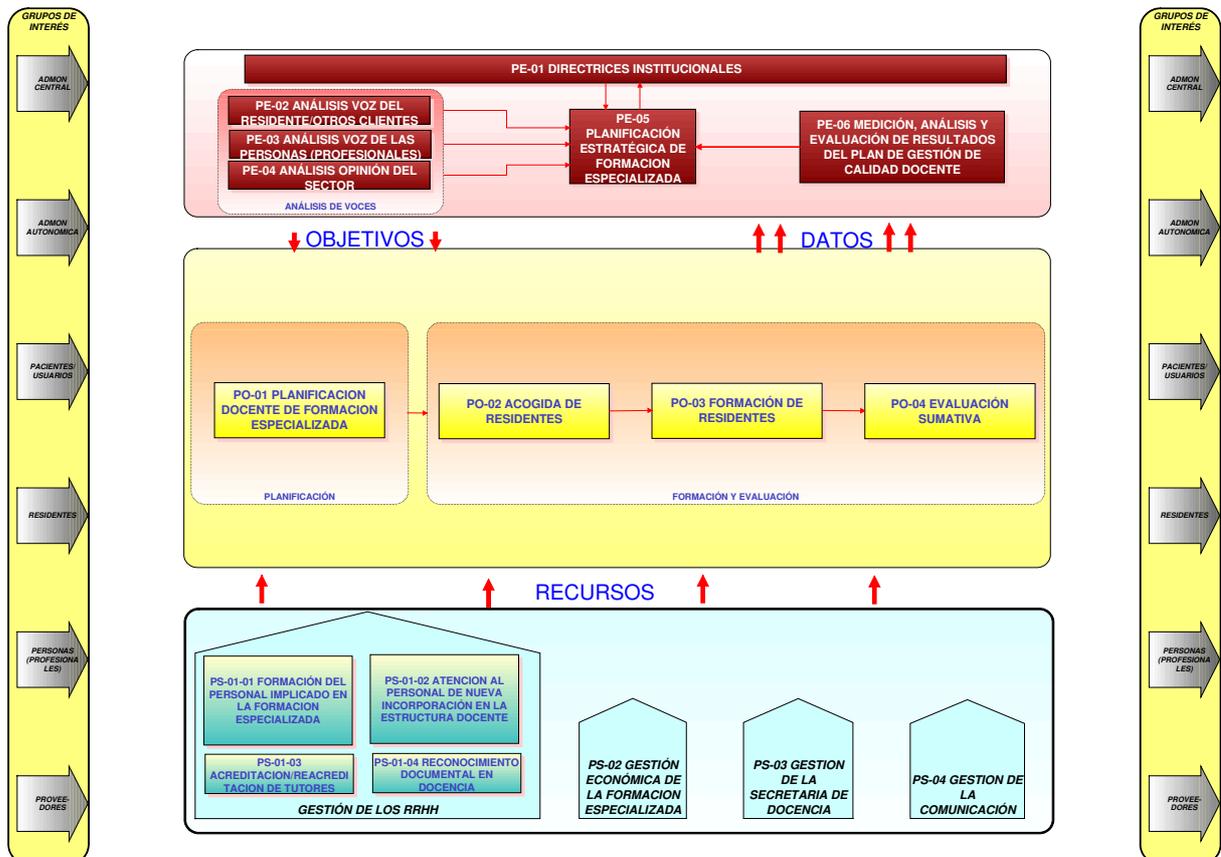
El alcance actual de este plan es desarrollar un sistema que gestione todas las actividades relacionadas con la formación de especialistas en ciencias de la salud en nuestra área de influencia que como establece el Decreto B.O.C.y L. 75/2009 es el Complejo Asistencial Universitario de León.

De cualquier modo, nuestro complejo asistencial es Universitario desde septiembre de 2009. Por ello, el deseo es que el alcance de este plan en el futuro, si la planificación estratégica de nuestro centro así lo considera, pueda incluir todas las actividades docentes que se realicen en relación a la formación de grado y postgrado para las diferentes titulaciones relacionadas con la salud, la formación continuada de los profesionales del centro y la formación especializada en Ciencias de la Salud.

El objetivo nuclear de este plan es adecuarse al concepto de calidad en la Complejo Asistencial Universitario de León en todo lo relativo a la docencia. Esto supone entender la gestión global como un modelo de calidad. Se busca la excelencia con un plan liderado por la dirección de nuestro centro, siguiendo los principios de calidad: es un sistema de gestión, está centrado en los especialistas en

formación, ambiciona la participación de todos, utiliza la metodología de gestión por procesos y sigue la filosofía de mejora continua. Tienen también importancia en este plan la innovación y el desarrollo de alianzas para mejor utilización de los recursos. Se busca también no solo la satisfacción de los especialistas en formación como razón de ser de este plan sino también de todos los que de un modo u otro intervienen en los diferentes procesos: pacientes, sociedad, profesionales, administración, proveedores y otras organizaciones. El Complejo Asistencial Universitario de León, en definitiva, pretende adaptarse a este concepto de calidad existente en la organización, enfocándolo específicamente en la formación de personal sanitario residente (médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos, físicos, psicólogos y enfermeros).

## 1.7 MAPA DE PROCESOS DEL PGCD



 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 24 de 24

La Gestión por procesos es una pieza clave de este plan de gestión de la calidad docente, nuestra Gerencia se ha adoptado el mapa de procesos elaborado desde la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de salud y será revisado y actualizado a medida que se vaya adquiriendo experiencia con su funcionamiento y se establezcan las posibles mejoras del plan siempre dentro de la filosofía de mejora continua. Anualmente se realizan planes de mejora basándonos en los resultados de las encuestas de satisfacción de calidad docente (bianual) y del residente (anual).

Si bien contamos con las herramientas físicas que nos permiten poner en marcha estos planes de mejora y objetivos generales; no conseguimos alcanzar el grado óptimo de implicación y participación así como satisfacción general en tutores y residentes. Los últimos años de recortes han influido tanto en la calidad docente como asistencial. Para conseguir calidad es importante la implicación de todos.

	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 25 de 25

## 1.8 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

El PGCD viene a definir el control de documentos y registros de cada uno de los apartados indicados previamente

Con respecto a la misión, visión y valores la documentación aplicable, normativa asociada son:

- Guía del residente ( Ministerio de sanidad y política social )
- Documento de régimen interno de la GAP de León
- Programas nacionales de las distintas especialidades aprobadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo
- RD 183/2008
- Decreto 75/2009

Los documentos que surjan serán revisados y aprobados por el gerente de atención especializada. Posteriormente se distribuirán a todos los miembros de las distintas unidades docentes.

Con respecto a la organización de las unidades docentes la documentación aplicable, normativa asociada son:

- Ley 44/ 2003
- RD 183/2008
- Decreto 75/2009
- Resolución conjunta de los ministerios de Sanidad y política Social y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales de acreditación de las unidades docentes para la formación de médicos especialistas en las diferentes especialidades.
- En agosto 2014 se publica el Real Decreto 639/2014 de Troncalidad

Los documentos que surjan serán presentados en la comisión de docencia y aprobados por el gerente. Se registrarán mediante acta de la comisión de docencia.

Con respecto a la definición de procesos la documentación aplicable, a la normativa asociada es la referida en las fichas de procesos. El mapa de procesos ya ha sido descrito en el apartado 1 (Alcance).

Con respecto a objetivos y metas docentes e indicadores la documentación aplicable, normativa asociada y los registros asociados vienen definidos en la ficha de cada uno de los procesos.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 26 de 26

## 1.9 TÉRMINOS Y DEFINICIONES

**Acción preventiva (AP):** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

**Acción correctiva (AC):** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Área de mejora derivada de auditoría docente:** a efectos de estas evaluaciones se considera cualquier incumplimiento de un criterio de auditoría.

**Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, a fin de determinar la medida en que se cumplen los criterios de auditoría previamente establecidos.

**Calidad:** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

**Capacidad docente real:** Análisis del número de residentes que pueden incorporarse a las unidades docentes de un centro docente hospitalario para su formación sanitaria especializada, de forma que se asegure que pueden adquirir las competencias indicadas en los programas formativos de la especialidad correspondiente contando con los recursos y profesionales de que dispone el/los mismos para la prestación asistencial, docente e investigadora.

**Capacidad docente formal:** Número plazas de residentes solicitadas anualmente.

**Centro sanitario docente:** el hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupación funcional de unidades docentes, agrupaciones territoriales docentes de recursos sanitarios u otras entidades, creadas a iniciativa de las comunidades autónomas, para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud según lo indicado en el RD 183/2008.

**Centro docente hospitalario:** Conjunto de recursos personales y materiales hospitalarios (hospital o conjunto de hospitales), agrupación funcional de unidades docentes hospitalarias o agrupación territorial de recursos sanitarios asociados a especialidades hospitalarias que cuenten con acreditación para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

**Comisión de docencia (CD):** órganos colegiados de la estructura docente a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. Asimismo facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 27 de 27

centro conjuntamente con los órganos de dirección de este.

**Comisión nacional de la especialidad (CNE):** Órgano asesor del Ministerio de Sanidad y Política Social 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, des acreditación de cada una de ellas, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las características organizativas de los servicios sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas.
- informar de la oferta anual de plazas en formación de la especialidad y titulación que en cada caso corresponda.
- revisar las evaluaciones finales de los residentes que así lo soliciten.

**Comité de evaluación (CE):** Órgano colegiado de la estructura docente, constituido para cada una de las especialidades acreditadas para la FSE de un centro sanitario docente, responsable de llevar a cabo la evaluación anual y final de los residentes de la especialidad de que se trate.

**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.

**Formación sanitaria especializada:** FSE.

**Gerencia Regional de Salud:** GRS

**Jefe de Estudios:** Responsable de la dirección de las actividades de

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 28 de 28

planificación, organización, gestión y supervisión de la FSE. 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 y los responsables de los dispositivos en los que se imparta la formación y la CD.

**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.

**Libro del especialista en formación o libro del residente:** Es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su periodo formativo. Por tanto, es la herramienta que sirve de soporte para el seguimiento y la supervisión por el tutor de la adquisición de las competencias del residente.

**Mapa de procesos:** Es la representación de los procesos implicados en la docencia y de sus interrelaciones, 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.

**Ministerio de Sanidad y Política Social:** MSPS.

**Misión del centro sanitario:** Es el propósito general o razón de ser del centro que enuncia a quien dirige sus servicios, qué necesidades satisface, qué tipos de servicios ofrece y en general, cuáles son los límites de sus actividades. Así los centros sanitarios han de incorporar a su misión una triple vertiente asistencial, docente e investigadora.

**Mejora:** Metodología aplicada a los procesos de gestión de la docencia del centro y sus unidades de forma que se encaminen a la excelencia en la FSE.

**Memoria de actividades docentes:** Resumen anual de las actividades formativas realizadas en un centro sanitario docente.

**No conformidad (NC):** incumplimiento de un requisito.

**Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud:** PC-SNS.

**Guía o itinerario formativo tipo:** Adaptación del programa formativo oficial de la especialidad a la unidad docente en su conjunto (plan de formación de la unidad docente).

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 29 de 29

Es elaborado por los tutores vinculados a la especialidad de que se trate y aprobado por la CD.

**Objetivo:** algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

**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:** 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 plazo y forma adecuada al residente. El jefe de estudios del centro docente hospitalario debe disponer en plazo y forma adecuada del plan individual de formación de todos los residentes del centro docente.

**Plan Transversal Común:** Conjunto de actividades formativas del centro docente 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.

**Política de la calidad (Misión/Visión/Valores):** intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

**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:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

**Protocolo de supervisión de residentes:** Documento/s que recoge/n las políticas y procedimientos establecidos por la CD para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

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

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 30 de 30

**Real decreto:** RD.

**Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

**Registro nacional de especialistas en formación:** Unidad específica del MSPS, dependiente de la SGOP, en el que se inscriben los adjudicatarios de plaza para formación sanitaria especializada y se anotan las evaluaciones anuales y finales de los especialistas en formación, así como las incidencias relativas a la suspensión o finalización de la formación.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Como tal se consideran los establecidos para la acreditación de las unidades docentes de las diferentes especialidades en ciencias de la salud y los establecidos por el centro docente a través del plan de gestión de la calidad docente.

**Satisfacción del cliente:** percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

**Servicio:** resultado de un proceso

**Subdirección general de ordenación profesional (SGOP):** Órgano del MSPS que tiene, entre otras, la función de verificar el contenido formal de la solicitud de nueva acreditación y remitirlo a la CNE para su análisis y propuesta de acreditación.

Así mismo, coordina y realiza el seguimiento de la formación sanitaria especializada.

**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 (UD):** conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 31 de 31

## ***2. PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE***

### 2.1 REQUISITOS GENERALES

El PGCD establece, documenta, implanta, mantiene y mejora continuamente. Asimismo se han establecido las siguientes acciones:

1. Se han identificado los procesos necesarios para el PGCD y su aplicación a la formación especializada (ver el Mapa de Procesos).
2. Se ha determinado la secuencia e interacción de estos procesos (ver Fichas de Procesos asociadas a los procesos llevados a cabo en formación especializada).
3. Se ha asegurado la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos, a través de los compromisos adquiridos por la Dirección (ver Apartado 3 – Responsabilidad de la Dirección y Apartado 4 – Provisión de los recursos asociados del presente Manual).
4. Se han determinado los criterios y métodos necesarios para asegurar que, tanto la operación como el control de estos procesos, son eficaces (ver Apartado 5 del presente Manual – Prestación del Servicio).
5. Se han establecido las condiciones necesarias para realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos (ver Apartado 6 del presente Manual – Medición, Análisis y Mejora).
6. Se han implementado las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos (ver Apartado 3 – Responsabilidad de la Dirección y Apartado 6 - Medición, Análisis y Mejora, del presente Manual).

### 2.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación del PGCD está constituida por:

1. Declaraciones documentadas de nuestra Misión/Visión/Valores y de los Objetivos de la Calidad.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 32 de 32

2. Manual del PGCD.
3. Fichas de Proceso.
4. Procedimientos Generales.
5. Documentos necesitados por formación especializada para asegurarse la eficaz planificación, operación y control de los procesos.
6. Registros.

Las responsabilidades en cuanto a preparación de los diferentes tipos de documentación se describen en el procedimiento PG-01 “Elaboración de la Documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente”.

Los documentos que componen el PGCD están controlados por las personas o funciones que se indican en el procedimiento PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”.

Los Registros del PGCD se mantienen controlados para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y del funcionamiento del mismo.

El procedimiento PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”, establece como se realiza la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, el tiempo de conservación y destino final de los Registros.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 33 de 33

### **3. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN**

#### 3.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La Gerencia del Centro se compromete a desarrollar y mejorar el PGCD. Este compromiso se lleva a cabo por medio de las siguientes acciones:

- Comunicar a todo el personal del Centro la importancia de satisfacer los requisitos de los especialistas en formación en ciencias de la salud.
- Establecer la Misión/Visión/Valores de la formación especializada y los Objetivos de la Calidad (ver PE-05).
- Llevar a cabo las Revisiones del PGCD (ver PE-05).
- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios (ver PS-01 y PS-02).

#### 3.2 OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

La Gerencia del centro y la Comisión de Docencia aseguran el establecimiento de Objetivos de Calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos del servicio ofrecido (ver PE-05). Asimismo asegura que estos objetivos se establecen en las funciones y niveles relevantes de la formación especializada.

Los Objetivos de Calidad son medibles y coherentes con la Misión/Visión/Valores del Centro.

En la siguiente tabla se recogen los objetivos de los procesos en implantación con sus indicadores y como llevarlos a cabo.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 34 de 34

## PROCESO ACOGIDA DE RESIDENTES

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	COMO
Mejorar la satisfacción del residente cuando son acogidos en centro y la unidad docente	<p>Existencia del plan de acogida en el centro docente</p> <p>Existencia y aplicación del plan de acogida al menos en el 80% de las unidades docentes.</p> <p>Índice de satisfacción del 80%</p>	<p>Existencia de un plan de acogida en el centro docente que cumpla los mínimos de calidad establecidos por la comunidad de Castilla y León</p> <p>Existencia de un plan de acogida de las unidades docentes que cumpla los mínimos de calidad establecidos por la comunidad de Castilla y León</p> <p>Índice de satisfacción de los residentes con respecto a la acogida en las unidades y centro docentes</p>	<p>Comprobar la existencia del plan de acogida en el centro docente por parte del jefe de estudios</p> <p>Comprobar la existencia y aplicación del plan en cada unidad docente por parte del jefe de estudios y del tutor coordinador</p> <p>Encuesta de satisfacción validada</p>
Que los nuevos residentes se sientan miembros de la estructura de la gerencia y la unidad docente	<p>80%</p> <p>70%</p>	<p>Porcentaje de residentes que conocen la estructura de la gerencia y la unidad docente</p> <p>Porcentaje de residentes que se sienten miembros de dicha estructura</p>	<p>Encuesta de satisfacción validada</p> <p>Encuesta de satisfacción validada</p>

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 35 de 35

*PROCESO FORMACION DE RESIDENTES*

OBJETIVO	META	INDICADOR	COMO
Elaborar guía e itinerario formativo común para la especialidad de medicina de familia que garantice el cumplimiento de los objetivos marcados en el programa nacional de la especialidad	Exista de dicha guía que se actualiza anualmente en el 100%	Existencia de una guía e itinerario común que se actualiza anualmente	Comprobar por parte del jefe de estudios la existencia de dicha guía
Elaborar planes individuales de formación para cada residente adecuados a la guía formativa	100%	Porcentaje de residentes con plan individual de formación	Comprobar por parte del jefe de estudios la existencia del plan individual de formación en coordinación con los tutores
	100%	Porcentaje de residentes con al menos cuatro entrevistas anuales realizadas	Envío por parte del tutor al jefe de estudios del informe normalizado de evaluación formativa (FESP)
	100%	Porcentaje de rotaciones con informe	Envío por parte del tutor al tutor coordinador y posteriormente al jefe de estudios de los informes de rotación (FESP)
	70%	Porcentaje de residentes con libro de residente o formato similar completado al acabar la residencia	Envío por parte del tutor al jefe de estudios del registro del libro del residente

Fomentar la participaron de los residentes en reuniones científicas relacionadas con la especialidad	80%  Mínimo 4	Porcentaje de residentes que han participado en alguna actividad científica  Numero de sesiones clínicas presentadas por residente /año	FESP, libro de residente o memoria docente
Promover la participación de los residentes en proyectos de investigación	50%  80%	Porcentaje de residentes que han publicado a nivel autonómico, nacional o internacional al final del periodo de residencia  Porcentaje de residentes que han presentado una comunicación a nivel autonómico, nacional o internacional al final del periodo de residencia	FESP, libro de residente o memoria docente
Asegurar la formación de los residentes en competencias transversales	80%  80%	Porcentaje de cumplimiento del programa de formación en competencias transversales  Índice de satisfacción de los residentes con el programa de formación común	FESP, libro de residente o memoria docente
Satisfacer las necesidades y expectativas formativas de los residentes	80%  80%	Índice de satisfacción global de los residentes al acabar la residencia  Índice de satisfacción de los residentes con la formación recibida en los diferentes servicios	Encuesta validada de satisfacción  Encuesta validada de satisfacción

Nota: Pendiente de instauración desde la GRS del programa FESP

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 37 de 37

## PROCESO DE ANALISIS DE EVALUACION SUMATIVA

OBJETIVO	META	INDICADOR	COMO
Realizar la evaluación sumativa	≤5%	Porcentaje de evaluaciones negativas anuales recuperables	Acta del comité de evaluación
	0%	Porcentaje de evaluaciones negativas anuales no recuperables	Acta del comité de evaluación
	0%	Porcentaje de evaluaciones negativas finales	Acta del comité de evaluación

### 3.3 COMUNICACIÓN

La Gerencia del centro y la Comisión de Docencia se aseguran de que la comunicación entre los diferentes niveles y funciones dentro de la formación especializada y referente a los procesos del PGCD se establece y es efectiva (ver PS-04).

### 3.4. REVISIÓN DEL PGCD

La Gerencia del centro y la Comisión de Docencia revisan el PGCD anualmente para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión incluye (ver PE-05):

- la evaluación de las oportunidades de mejora
- la necesidad de efectuar cambios en el PGCD, incluyendo la Misión/Visión/Valores y los objetivos de calidad.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 38 de 38

En las revisiones del PGCD se incluye la siguiente información de entrada:

- Resultados de auditorías.
- Retroalimentación de los residentes (ver PE-02).
- Retroalimentación de los profesionales (ver PE-03).
- Análisis de la opinión del sector (ver PE-04).
- Las directrices institucionales (ver PE-01).
- Desempeño de los procesos y conformidad del servicio (ver PE-06).
- Estado de las acciones correctivas y preventivas (ver PE-06).
- Acciones de seguimiento de revisiones previas.
- Cambios que podrían afectar al PGCD.
- Recomendaciones para la mejora.

Los resultados de la revisión del PGCD por la Gerencia del centro y la Comisión de Docencia tienen en cuenta todas las decisiones y acciones asociadas con:

- La mejora de la eficacia del PGCD y sus procesos.
- La mejora del servicio en relación con los requisitos de los residentes.
- Las necesidades de Recursos.

#### **4. PROVISIÓN DE RECURSOS**

La Gerencia determina y proporciona los recursos necesarios con el propósito de:

- Implementar y mantener el PGCD y mejorar continuamente su eficacia.
- Aumentar la satisfacción de los residentes mediante el cumplimiento de sus requisitos.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 39 de 39

## 4.1 RECURSOS HUMANOS

El centro se asegura de que el personal de la estructura docente es competente, basándose en la formación, adquisición de habilidades y experiencia apropiadas (ver PS-01).

Para ello ha establecido los siguientes procesos:

- a) PS-01-01 Formación del personal implicado en la formación especializada:
- b) PS-01-02 Atención al personal de nueva incorporación en la estructura docente
- c) PS-01-03 Acreditaciones/reactivaciones de tutores
- d) PS-01-04 Reconocimiento documental en docencia

## 4.2 OTROS RECURSOS

El Centro garantiza la gestión de las necesidades de recursos materiales y de infraestructura a través del proceso PS-02 Gestión económica de la formación especializada, incluyendo la gestión del Plan Transversal Común.

## **5. PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El Centro planifica y desarrolla los procesos necesarios para la ejecución de sus servicios en la formación especializada (ver mapa de procesos).

La clasificación realizada en el mapa de procesos atiende al siguiente criterio:

- **procesos operativos:** aquellos operativos de la cadena de valor y vinculados directamente con el residente y el servicio prestado,
- **procesos estratégicos:** aquellos que transforman requerimientos externos en requerimientos internos para los diferentes procesos y tienen impacto en el medio-largo plazo,
- **procesos soporte:** aquellos que sirven de apoyo y proporcionan recursos a los otros dos tipos.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p> <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 40 de 40

El Centro ha establecido procesos para planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas:

PO-01 Planificación docente de la formación especializada

PO-02 Acogida de residentes

PO-03 Formación de residentes

PO-04 Evaluación sumativa

PS-03 Gestión de la secretaria de docencia

## **6. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

En el Centro están planificados e implementados los procesos de seguimiento y medición, análisis y mejora necesarios para:

- Demostrar la conformidad del servicio.
- Asegurar la conformidad del PGCD.
- Mejorar continuamente la eficacia del PGCD.

### 6.1 SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE

El Centro establece las acciones necesarias para conocer la percepción de los residentes con respecto al cumplimiento de sus requisitos y expectativas. Asimismo determina los métodos para obtener y utilizar dicha información (ver PE-02).

### 6.2 SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

El Centro establece las acciones necesarias para conocer la percepción de los profesionales que participan en la formación especializada con respecto al cumplimiento de sus necesidades y expectativas. Asimismo determina los métodos para obtener y utilizar dicha información (ver PE-03).

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 41 de 41

### 6.3 AUDITORÍA INTERNA

De forma periódica se realizan auditorías internas para determinar si el PGCD (ver Procedimiento General PG-03 Auditorias Internas):

- Es conforme con la planificación de la prestación del servicio y con los requisitos del PGCD.
- Ha sido implantado y se mantiene de manera eficaz.

La periodicidad se refleja en un programa de auditorías, para cuya elaboración se consideran el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de las auditorías previas.

Estas auditorias se llevaran a cabo sin perjuicio de las posibles autoevaluaciones que se puedan llevar a cabo dentro de las unidades docentes como herramienta de mejora (ver PE-06).

### 6.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS Y SERVICIOS

El Centro efectúa seguimiento y medición de los procesos del PGCD, para comprobar que se cumplen los requisitos necesarios para alcanzar los resultados planificados (ver PE-06).

Si no se alcanzan los resultados planificados, se llevarán a cabo correcciones y acciones correctivas para asegurarse la conformidad del servicio.

### 6.5 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

Los servicios no conformes con los requisitos se identifican y controlan.

La actuación y responsabilidades respecto de los servicios no conformes, se desarrollan en el Procedimiento General PG-04 "Control de no conformidades".

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 42 de 42

## 6.6 ANÁLISIS DE DATOS

El Centro determina, recopila y analiza periódicamente los datos apropiados para determinar la adecuación y la eficiencia del PGCD, y para identificar dónde puede realizarse la mejora continua. El análisis incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición (ver PE-06) y por cualquier otra fuente relevante.

En el análisis de estos datos, se obtiene información sobre:

- La satisfacción de los residentes y profesionales (ver PE-02 y PE-03).
- La conformidad con los requisitos del servicio (ver PE-06).
- Análisis de las prácticas realizadas por otros Centros en la formación especializada (ver PE-04).
- Análisis de la información proveniente de las Administraciones en lo referente a cuestiones a realizar en la formación especializada (ver PE-01).

Las acciones de mejora derivadas del análisis de los datos se llevarán a cabo según el proceso PE-05 Planificación estratégica de formación especializada.

## 6.7 ACCIÓN CORRECTIVA

El Centro adopta acciones correctivas para eliminar las causas de no conformidades, al objeto de evitar su repetición, en todos los procesos de la formación especializada.

Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

La actuación y responsabilidades respecto de las acciones correctivas se desarrollan en el Procedimiento General PG-05 “Acciones Correctivas y preventivas”.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 43 de 43

## 6.8 ACCIÓN PREVENTIVA

El Centro podrá adoptar acciones preventivas con la finalidad de eliminar las causas de no conformidades potenciales, al objeto de evitar su aparición en todos los procesos de la formación especializada.

Las acciones preventivas serán apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

La actuación y responsabilidades respecto de las acciones preventivas se desarrollan en el Procedimiento General PG-05 “Acciones Correctivas y preventivas”.

## **7. APLICACIÓN PRÁCTICA**

### 7.1 SISTEMA DE EVALUACIÓN. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

#### 7.1.1) *Evaluación Interna.*

Se realizara por la Comisión de Docencia verificando el cumplimiento de:

- a) Análisis de la satisfacción del residente /personas implicadas en la docencia. Anualmente se realiza la encuesta de satisfacción del residente y bianualmente la encuesta docente.
- b) Análisis de los resultados de auto evaluación y/o auditoria interna. La unidad docente realizara una vez al año la evaluación de todas las actividades y objetivos elaborados en el pan anual de gestión para asegurar su cumplimiento y poder aplicar acciones de mejora. Esta evaluación se presentará a la Comisión de Docencia
- c) Seguimiento de indicadores. Se realizara el seguimiento de cada uno de los indicadores de los procesos definidos así como de los objetivos fijados . Este se

	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 44 de 44

realizara por el Jefe de Estudios y el Responsable de Calidad e Investigación en docencia dos veces al año.

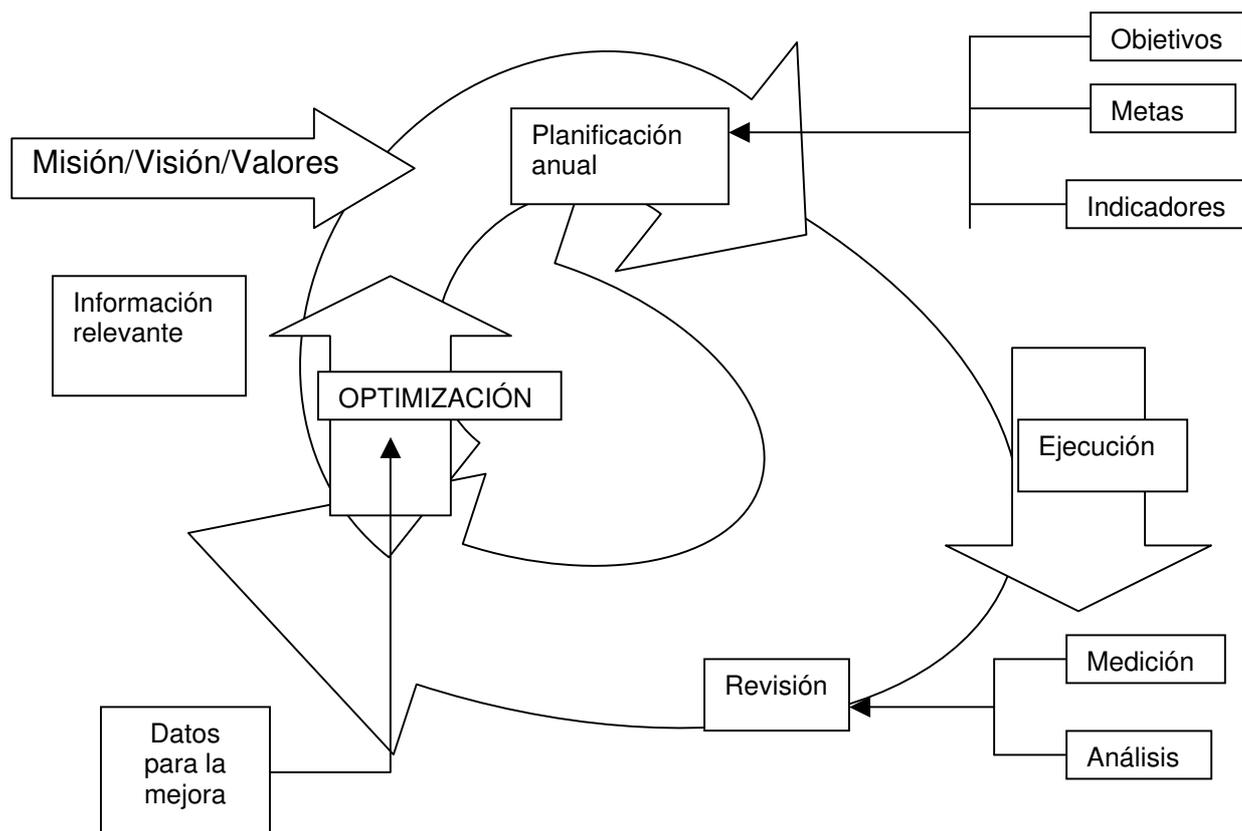
d) Control y análisis de las no conformidades. El incumplimiento de los establecido en el PGCD o de los resultados esperados debe registrarse y solucionarse en el menor tiempo posible y ser controlado a fin de prevenir su repetición. La Comisión de Docencia va a establecer una ficha de registro de la que serán responsables el Jefe de Estudios y el Responsable de Calidad en Docencia en la que figurarán todos los elementos del PGCD y los resultados esperados donde se indicará el cumplimiento o no de cada parámetro y las medidas correctoras. Esta ficha la tendrán todos los componentes de la Comisión de Docencia para que si cualquiera detecta su no cumplimiento notifique a los responsables de dicha ficha la situación para que se puedan establecer las medidas oportunas en el menor tiempo posible. Dichos responsables serán los encargados de analizar las causas que la originaron y las acciones tomadas posteriormente, realizando un seguimiento específico de su eficacia.

#### 7.1.2) *Evaluación externa.*

Se basará en los resultados de las auditorias docentes realizadas por la agencia de calidad del sistema nacional de salud o por la propia Comunidad Autónoma, además de la evaluación del plan anual de gestión realizado por la *Gerencia Regional de Salud*.

### 7.2 INICIATIVAS Y ACCIONES DE MEJORA

Una vez que se tengan los resultados de evaluación interna o externa se verán los puntos fuertes y los puntos de mejora de la organización. La comisión de docencia analizara el nivel de lo conseguido, las causas de la situación descrita en la evaluación y propondrá acciones de mejora. Estas se implementarán en los plazos que determine la comisión. Los requisitos establecidos en el PGCD que no se cumplan se denominarán no conformidades que traerán consigo acciones correctoras para resolverlas e impedir su reproducción.



En la filosofía de este plan de mejora continua se establecerán acciones preventivas en aquellos requisitos que se hayan identificado como más proclives a provocar no conformidades.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 46 de 46

## **8. APLICACIÓN GENERAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE**

-Se elaborará documentación específica para cada uno de los apartados o actividades que componen este plan de calidad, y que precisen especificar los contenidos o el desarrollo de tareas que los componen.

-El propio proceso deberá detectar las no conformidades o incumplimientos para poner en marcha las acciones correctivas y el plan de mejora correspondiente.

-La evaluación interna del proceso debe ser realizada por la Comisión de docencia, verificando el cumplimiento de los objetivos a través del análisis de los indicadores, con una frecuencia al menos anual. El resultado de la evaluación debe ser validado por la Dirección del centro. También se podrá llevar a cabo una evaluación interna en el contexto del Plan General de Calidad del propio Complejo Asistencial.

-La evaluación externa correrá a cargo de la evaluación que del Plan de Calidad Docente tiene que evaluar la Comunidad autónoma o de las Auditorias dictadas por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

-Se intentarán compatibilizar al máximo la docencia pre y postgrado en el centro, al tratarse de un Hospital Universitario, y se resolverán los conflictos que pudieran surgir entre ellas. Para ello debe mantenerse un contacto habitual con las autoridades académicas correspondientes.

-Se trabajará conjuntamente para potenciar los esfuerzos, con el coordinador de formación continuada del centro, en especial en la organización de actividades y sesiones docentes.

También se trabajará conjuntamente con el Jefe de Estudios de Atención Primaria para coordinar recursos humanos y materiales a la hora de organizar cursos de formación para los especialistas en formación.

-El funcionamiento ordinario de la Comisión de Docencia se llevará a cabo según su Reglamento interno vigente.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 47 de 47

-Las convocatorias de la Comisión de Docencia se realizarán por escrito.

-El orden del día de las reuniones lo elaborará el Jefe de estudios con la Secretaria de la Comisión, oyendo las propuestas de sus miembros, y siempre con un apartado de ruegos y preguntas.

-Los asuntos de trámite, y solicitudes de rotaciones por parte del residente, con el visto bueno de su tutor, serán tramitados por la Secretaria, con la firma y a criterio del Jefe de Estudios, y aprobados de manera definitiva en la siguiente Comisión de docencia, cuyos miembros deben disponer de todas las solicitudes habidas desde la última reunión.

-La Comisión de Docencia debe elaborar una memoria docente anual.

-Deben establecerse objetivos anuales, por parte de dicha Comisión.

-La Comisión Docencia levará a cabo una evaluación anual del Jefe de Estudios.

-Es conveniente también definir objetivos docentes anuales en el Plan Anual de Gestión de la Dirección del Hospital.

-Se atenderán todos los requerimientos de los auditores, en las sucesivas auditorías docentes que el centro o alguna unidad docente puedan tener, o se solicitarán desde la propia Comisión las auditorías que se estimen oportunas.

## 8.1 COORDINACIÓN CON LA GERENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL

- El plan de Gestión de Calidad Docente se trasladará a la Gerencia para su aprobación.
- El Jefe de Estudios formará parte del Comité de Dirección del Centro.
- El Jefe de Estudios mantendrá una reunión trimestral con el Gerente del Complejo Asistencial.
- En la primera reunión del año se abordarán los objetivos de la Comisión de Docencia.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 48 de 48

- Una reunión se llevara a cabo después de las evaluaciones de los Especialistas en Formación para comunicar a la Gerencia los resultados de las evaluaciones.
- En la última reunión del año se planificará la oferta docente para el año siguiente.
- Este Plan de Gestión de la Calidad Docente deber ser revisado con una periodicidad anual, o antes de ese plazo si se detectan posibilidades de mejora, con la única finalidad de mejora continua, por parte de la Comisión de Docencia, y ser aprobado por la Gerencia del centro.

## 8.2 DIFUSIÓN DEL PLAN DE CALIDAD DOCENTE

Es de gran importancia la difusión del plan en todo el Complejo Asistencial para el conocimiento de todos los agentes implicados en la Docencia. Para ello se utilizarán todas las vías disponibles: Envío del documento a los Jefes de Unidad Docente y Tutores, Sesión General, Discusiones en grupos con los tutores. Encuestas de conocimiento y cualquier otra vía que en el futuro se considere adecuada para la difusión del Plan.

## 9 - RESUMEN DE ACTUACIONES 2014

- Plan de mejora sobre aspectos del tutor
- Programa de objetivos 2014 y sus planes de acción
- Programa de auditorias internas
- Informe de auditorias internas y acciones correctivas/preventivas
- Plan de mejora en el proceso de formación de residentes
- Segundo procedimiento de acreditación de tutores
- Actividades de formación específicas realizadas para tutores
- Informe difusión de resultados de encuestas
- Tablero de indicadores
- Seguimiento de planes de acción

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<h1>MANUAL DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE</h1>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>  <p>Complejo Asistencial Universitario de León</p>
Edición 2	Fecha: 26/01/2015	Pág. 49 de 49

- Informe de cumplimiento de objetivos