

# PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE



# **PLAN DE GESTIÓN**

## **DE CALIDAD DOCENTE**

**Nuestros centros sanitarios** tienen encomendadas tres misiones, la asistencial como fin último de los centros para la prestación de la atención sanitaria, la investigadora que persigue la búsqueda del conocimiento actualizado según las últimas evidencias para su posterior incorporación a la asistencia y la docente cuyo desarrollo tiene importancia en la transmisión de ese conocimiento tanto a los profesionales que trabajan en nuestra organización como en la capacitación de los futuros profesionales del sistema de salud.

**En nuestra Comunidad Autónoma** tenemos el compromiso de incrementar la calidad de los servicios docentes, la eficacia de su gestión y la transparencia de las actuaciones que realizamos a través de diversas estrategias en las que consideramos fundamental la implicación y el compromiso de todos los grupos de interés que participan en la formación de especialistas sanitarios.

**Sobre esta base se ha diseñado una herramienta** de mejora de la gestión interna de la calidad en la formación de especialistas. El propósito de la calidad interna es implementar los medios para permitir la mejor descripción posible de la organización y detectar y limitar los funcionamientos incorrectos.

**Esta gestión incluye planificación**, organización y control del desarrollo del sistema de calidad y otras actividades relacionadas con la misma. La implantación, en un centro sanitario docente, de la política de calidad requiere de un sistema, entendiendo como tal el conjunto de estructura, responsabilidades, procesos, procedimientos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad en la formación de especialistas sanitarios.

**El Plan Marco de Gestión de la Calidad Docente** que ahora se presenta y cuyo alcance es la formación de especialistas sanitarios, está diseñado para ser una herramienta de apoyo hacia la mejora continua de esta formación, a su eficacia y eficiencia, a la óptima competencia de los profesionales docentes y a la satisfacción de los especialistas en formación y de la organización que les forma.

**“Después de cada logro hay otro desafío”** (Teresa de Calcuta), hemos logrado con la participación de todos la elaboración de este Plan Marco de Gestión de la Calidad Docente en formación sanitaria especializada ahora tenemos el desafío de su implantación en los centros sanitarios docentes caminando hacia la mejora continua.

**Francisco Javier Álvarez Guisasola**

*Consejero de Sanidad*





## ÍNDICE

1. Normativa.
2. Manual de calidad.
3. Mapa de procesos.
4. Procesos.
5. Procedimientos.
6. Formatos.



**NORMATIVA**

## **ORDEN SAN/702/2010, DE 19 DE MAYO, POR LA QUE SE REGULA LA EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN.**

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su capítulo VI, relativo a la calidad, establece el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario ha de presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias, concretando los elementos que configuran lo que denomina la infraestructura para la mejora de la calidad. Asimismo, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias contempla en su artículo 26 aspectos relativos a la calidad del sistema de formación a través del control de la calidad de la estructura docente.

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, regula en su artículo 29 la evaluación y control de calidad de la estructura docente y contempla, en su apartado 3, como elemento fundamental de la misma, los planes de gestión de calidad docente. Por su parte, 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 los órganos docentes, además de atribuir a las comisiones de docencia la aprobación y supervisión del plan de gestión de calidad docente del centro o unidad docente encomienda, al jefe de estudios de formación sanitaria especializada, el ejercicio de esta función de supervisión.

En desarrollo de las disposiciones anteriores el Decreto 75/2009, de 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 regula, en su capítulo VII, la evaluación y control de calidad en la formación especializada, con especial atención a los planes de gestión de calidad docente, configurándolos como el instrumento definidor de los elementos estructurales y las actividades necesarias dirigidas a la mejora continua de la calidad del sistema de formación sanitaria especializada. De esta forma, se concreta la actuación que, relativa a la mejora de la calidad de la formación de los especialistas sanitarios, se contempla en el apartado 2.5 del Pacto suscrito con fecha de 10 de abril de 2008, entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones Sindicales UGT, USAE, CC.OO. y CSI-CSIF, en cuanto a las medidas a negociar en materia de políticas de empleo y regulación de condiciones de trabajo del personal al servicio de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud en el período 2008-2011, en concordancia con la línea estratégica establecida en esta materia.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, resulta preciso dictar una norma que, dirigida a la regulación de la evaluación y control de calidad de la formación sanitaria especializada, facilite la elaboración, desarrollo y seguimiento de los planes de gestión de calidad docente, en cuanto instrumento fundamental de aquélla, todo ello, en cumplimiento del objetivo de garantizar un alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada en nuestra Comunidad Autónoma, que permita su adaptación a los nuevos retos y necesidades y posibilite, asimismo, seguir avanzando de forma coordinada hacia la excelencia, en este ámbito formativo, en el marco de una política de mejora continua de la calidad docente.

Por ello, en cumplimiento de las previsiones y exigencias legales establecidas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74.1 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, en los artículos 26.1 y 71 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y en la Disposición Final Primera del Decreto 75/2009, de 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.

## **DISPONGO**

### **Artículo 1. Objeto.**

La presente Orden tiene por objeto regular la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León mediante el desarrollo de los planes de gestión de calidad docente y de los instrumentos de participación de los residentes en la mejora de dicha calidad.

### **Artículo 2. Plan de gestión de calidad docente.**

1. El plan de gestión de calidad docente constituye el instrumento básico de mejora de la calidad de la formación de especialistas sanitarios, debiendo contar cada centro o unidad docente al que extienda su ámbito de actuación una comisión de docencia, con un plan de gestión de calidad docente adaptado a sus características y estructura organizativa.
2. El plan de gestión de calidad docente es el documento que describe los elementos estructurales y las actuaciones dirigidas a la mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada, a su eficacia y eficiencia, a la óptima competencia de los profesionales docentes, y a la satisfacción de los especialistas en formación y de la organización que los forma.
3. Con carácter general, atenderá a la gestión adecuada de la formación sanitaria especializada, al cumplimiento de los objetivos de los programas formativos y a que la prestación asistencial de los residentes en la especialidad cursada sea acorde a su nivel formativo, con la asunción progresiva de responsabilidades y el correlativo nivel decreciente de supervisión.
4. Constituyen principios inspiradores de los planes de gestión de calidad docente:
  - a) *La orientación hacia el especialista en formación, hacia los profesionales implicados, los pacientes y la propia organización*, para dar respuesta adecuada a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.
  - b) *El liderazgo y constancia en los objetivos*: el órgano de dirección debe liderar la estrategia de gestión de calidad en docencia logrando que se despliegue por toda la organización y se integre en la actividad diaria de la misma con la necesaria coordinación de todas las actividades docentes del centro.
  - c) *La gestión por procesos y basada en hechos*, como herramienta útil para valorar los logros alcanzados mediante el conocimiento de los datos aportados por los indicadores establecidos y

para facilitar la adaptación de las actividades a las necesidades de los especialistas en formación, profesionales implicados, pacientes y la propia organización.

- d) *La implicación y desarrollo de las personas*, en cuanto actuación de la dirección orientada al desarrollo del potencial de las personas que trabajan en la organización y al establecimiento de las estrategias necesarias que las implique activamente en el proyecto de la misma.
- e) *La mejora continua, aprendizaje e innovación*: todas las actividades de la organización pueden ser objeto de mejora para lograr la mayor adecuación a las necesidades y criterios de calidad establecidos.
- f) *El desarrollo de vínculos estables* entre la organización, los profesionales implicados en la docencia y otros colaboradores, basados en la confianza y el acuerdo en la satisfacción de sus requerimientos legítimos, para generar con ellos una estructura docente de calidad.
- g) *La responsabilidad social*, en cuanto forma de tomar decisiones por parte de la organización y los profesionales implicados en la docencia que alcanza o supera las expectativas éticas, legales y sociales depositadas en ellos.

### **Artículo 3. Elaboración.**

1. El plan de gestión de calidad docente, liderado por el órgano de dirección del centro, será elaborado por la comisión de docencia, respecto a la unidad o unidades de las distintas especialidades que se formen en su ámbito, con el impulso del jefe de estudios de formación especializada, la participación de tutores y tutores coordinadores, y el apoyo del responsable de calidad e investigación en docencia. Participará en su elaboración, el comité de calidad docente del centro, si se hubiera constituido.
2. Asimismo, podrán participar en la elaboración del plan de gestión de calidad docente aquellos profesionales cuya colaboración se considere necesaria o conveniente por acuerdo de la comisión de docencia.
3. Los responsables de las unidades asistenciales y los correspondientes órganos de dirección y gestión facilitarán a la comisión de docencia, la información que sea necesaria para su elaboración. Asimismo, la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud prestará la asistencia y el asesoramiento necesario en este proceso de elaboración.
4. Para su elaboración se observarán las siguientes disposiciones:
  - a) La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - b) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
  - c) El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- d) El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- e) 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.
- f) El Decreto 75/2009, de 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.

Asimismo, se tendrán presentes el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y el Plan Anual de Auditorías Docentes, los criterios que, en su caso, establezca la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como los programas formativos de las especialidades y los criterios de evaluación determinados por las comisiones nacionales de tales especialidades.

#### **Artículo 4. Contenido.**

1. El plan de gestión de calidad docente, realizado con un enfoque basado en procesos, reflejará la gestión de las actividades formativas y los recursos de la organización al servicio de los objetivos estratégicos docentes estableciendo, de manera clara, indicadores objetivos y medibles para realizar su seguimiento y evaluación.
2. El contenido del plan de gestión de calidad docente se ajustará a lo dispuesto en el artículo 48 del Decreto 75/2009, de 15 de octubre, observando las indicaciones contenidas en el anexo de la presente Orden, y las que puedan ser posteriormente establecidas, para facilitar su desarrollo y en garantía de la necesaria homogeneidad.

#### **Artículo 5. Aprobación.**

Una vez elaborado el plan de gestión de calidad docente deberá ser aprobado por la comisión de docencia mediante acuerdo adoptado por mayoría simple de votos.

#### **Artículo 6. Comunicación y conformidad.**

1. Aprobado el plan de gestión de calidad docente, y con la conformidad del órgano de dirección del centro, será remitido por éste a la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud junto con la acreditación de su aprobación por la comisión de docencia.
2. La Dirección General de Recursos Humanos, previa verificación de que el contenido del plan se ajusta a lo dispuesto en el Decreto 75/2009, de 15 de octubre y en la presente Orden, comunicará al órgano de dirección correspondiente, su conformidad y la procedencia de su implantación.
3. Si la Dirección General de Recursos Humanos detectara alguna deficiencia en el plan remitido lo pondrá en conocimiento del órgano de dirección, con la indicación de los aspectos que deben ser objeto de tratamiento o mejora, para que lo traslade a la comisión de docencia, a fin de que proceda a su subsanación. Para efectuarla, y en función de su alcance, podrá concederse un plazo de



entre diez y quince días hábiles. Una vez subsanado el plan, de nuevo, será el órgano de dirección quien lo remita a la Dirección General anteriormente señalada.

4. Solo si las deficiencias determinaran una modificación sustancial del plan a juicio de la Dirección General de Recursos Humanos será necesaria una nueva aprobación del mismo por la comisión de docencia. Esta circunstancia se indicará al órgano de dirección del centro junto con los aspectos que deben ser objeto de tratamiento o mejora, para su traslado a la comisión de docencia, a fin de que proceda a su subsanación y aprobación, a cuyo efecto podrá concederse un plazo de entre quince y veinte días hábiles.
5. Una vez obtenida la conformidad y la procedencia de la implantación del plan de gestión de calidad docente, el órgano de dirección establecerá la estrategia de comunicación a fin de garantizar su conocimiento.

#### Artículo 7. Implantación.

1. El plan de gestión de calidad docente será implantado, con el liderazgo del órgano de dirección, por los órganos docentes y de calidad, con la colaboración de toda la estructura docente del centro, bajo la coordinación del jefe de estudios de formación sanitaria especializada.
2. En la implantación del plan de gestión de calidad docente se seguirán las siguientes fases:
  - a) Realizar un *diagnóstico inicial* que ayude a determinar cuál es el punto de partida en relación con los criterios fijados dentro del plan. Esta actividad, deberá reflejarse en un informe de diagnóstico.
  - b) Establecer, según el diagnóstico inicial, *el cronograma de trabajo* en el que deberán especificarse las actividades a realizar, los responsables de éstas y plazo de ejecución, los recursos necesarios para llevarlas a cabo, los documentos que deberán elaborarse en cada caso, y los registros necesarios para documentar el correcto funcionamiento del sistema y la determinación de los indicadores de seguimiento. El cronograma se remitirá para su aprobación a la comisión de docencia. Posteriormente, este documento será trasladado, para su conocimiento y seguimiento a la Dirección General de Recursos Humanos por parte del órgano de dirección del centro.
  - c) *Implantar los procesos definidos y efectuar su seguimiento* a través de los indicadores establecidos, del control de las no conformidades y de la adopción de las medidas y acciones correctivas necesarias.

#### Artículo 8. Seguimiento y evaluación.

1. Una vez implantado el plan de gestión de la calidad docente deberá efectuarse su seguimiento y evaluación, a fin de comprobar el cumplimiento de las previsiones contenidas en el mismo.
2. Corresponde a la comisión de docencia y al jefe de estudios de formación especializada efectuar, bajo la supervisión del órgano de dirección, el seguimiento del plan de gestión de la calidad docente, con la colaboración de los tutores, tutores coordinadores, el apoyo del responsable de calidad e investigación en docencia.

3. El seguimiento y la evaluación del plan de gestión de la calidad docente se realizarán de forma continuada mediante autoevaluaciones y auditorías internas, a través del análisis de los resultados obtenidos de:
  - a) Los indicadores de los procesos formativos.
  - b) Las acciones correctivas y preventivas.
  - c) La información sobre la satisfacción de los residentes a través de encuestas u otros instrumentos que garantizando el anonimato evalúen el funcionamiento de la estructura docente y calidad de la formación recibida.
  - d) Las sugerencias o reclamaciones de residentes, profesionales y de otros grupos de interés.
  - e) La adecuación a las directrices institucionales.
  - f) La consecución de los objetivos establecidos.
  - g) Las actuaciones derivadas de las auditorías docentes.
4. La Dirección General de Recursos Humanos efectuará con periodicidad anual, el seguimiento y evaluación global de los planes de gestión de la calidad docente, sin perjuicio de las auditorías externas que, para evaluar el funcionamiento y calidad del sistema de formación especializada, pueda efectuar la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el marco del Plan Anual de Auditorías Docentes.

#### **Artículo 9. Participación del residente en la mejora de la calidad de la formación sanitaria especializada.**

1. La evaluación y seguimiento de la calidad de la formación sanitaria especializada se llevará a cabo, asimismo, a través de la participación de los residentes mediante encuestas de opinión o satisfacción en cuanto a la formación recibida realizadas por la Gerencia Regional de Salud, a través de la Dirección General de Recursos Humanos.
2. Estas encuestas se efectuarán anualmente, preferentemente, en el último trimestre de cada periodo formativo anual, respecto de todos los residentes que se formen en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de los instrumentos y medios que garanticen el anonimato y la necesaria agilidad y operatividad en su realización y en la obtención de resultados. En su ejecución, la Gerencia Regional de Salud contará con la colaboración de cuantos órganos unipersonales o colegiados intervengan en la formación de estos especialistas.
3. Deberán comprender todos los aspectos que incidan decisivamente en el sistema de formación sanitaria especializada que permitan valorar el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, el funcionamiento docente de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus periodos formativos y cualesquiera otras cuestiones que, asimismo, permitan evaluar el grado de satisfacción respecto de la formación recibida.

4. La Dirección General de Recursos Humanos valorará las encuestas realizadas y comunicará los resultados obtenidos al órgano de dirección correspondiente quien, a su vez, los trasladará a la comisión de docencia, para su conocimiento y colaboración en el proceso de mejora continua de la formación sanitaria especializada.

#### **Artículo 10. Mejora continua.**

1. Los procedimientos de seguimiento y evaluación permitirán introducir los ajustes y mejoras necesarios en la formación de especialistas sanitarios con base en los aspectos positivos y negativos identificados. Con este análisis se llevará a cabo la nueva planificación donde se establecerán las propuestas de mejora, con los objetivos a conseguir para el siguiente periodo y las acciones previstas en su desarrollo.
2. Este proceso de mejora continua será liderado por el órgano de dirección, quien con la colaboración de la comisión de docencia y órganos de gestión, establecerán estrategias de mejora de la formación sanitaria especializada cuando los resultados de las evaluaciones sobre calidad docente así lo indiquen, sin perjuicio de la participación de todo el personal que intervenga en los procesos de formación especializada. De esta manera, cada centro o unidad docente se incorporará al proceso de mejora continua en la formación de especialistas sanitarios.

### **DISPOSICIONES ADICIONALES**

#### **Primera. Herramientas de apoyo e información.**

La Gerencia Regional de Salud impulsará la difusión y habilitará las herramientas de apoyo o información precisas para facilitar la elaboración e implantación de los planes de gestión de calidad docente. Además, prestará el asesoramiento necesario, pudiendo desarrollar actividades formativas específicamente dirigidas a este fin.

#### **Segunda. Plazo de elaboración e implantación.**

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Orden cada centro o unidad docente, al que extienda su ámbito de actuación una comisión de docencia, deberá elaborar e implantar su plan de gestión de calidad docente, conforme a lo dispuesto en la presente disposición.

#### **Tercera. Seguimiento inicial.**

Para efectuar el seguimiento inicial de la elaboración de los planes de gestión de calidad docente, el órgano de dirección del centro remitirá a la Dirección General de Recursos Humanos, la documentación que, correspondiente al plan de gestión de calidad docente, le sea requerida que, en todo caso, incluirá el cronograma de actuaciones que llevarán a cabo para su implantación.

#### **Cuarta. Plan de gestión de calidad docente en las unidades docentes de ámbito autonómico.**

Una vez elaborado y aprobado el plan de gestión de calidad docente de las unidades docentes acreditadas de ámbito autonómico de la Comunidad de Castilla y León, se remitirá directamente a la Dirección General de Recursos Humanos para pronunciarse sobre la conformidad y procedencia de su implantación.

Obtenido este pronunciamiento será la comisión de docencia de la unidad docente de ámbito autonómico, quien deba establecer la estrategia de comunicación para su conocimiento por parte de todos los dispositivos docentes que la integran.

Su implantación se efectuará de manera coordinada por todos los órganos de dirección y docentes de los dispositivos que componen la unidad docente de ámbito autonómico y su seguimiento y evaluación, se realizará por su comisión de docencia, con la supervisión de la Dirección General de Recursos Humanos.

### **DISPOSICIÓN DEROGATORIA**

A la entrada en vigor de la presente Orden quedarán derogadas cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la misma.

### **DISPOSICIONES FINALES**

#### **Primera. Habilitación para la aplicación de la Orden.**

Se faculta al Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud y al titular de la Dirección General de Recursos Humanos para dictar cuantas resoluciones e instrucciones sean necesarias para la aplicación de la presente Orden.

#### **Segunda. Entrada en vigor.**

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial de Castilla y León”.

Valladolid, 19 de mayo de 2010.

El Consejero,

Fdo.: FRANCISCO JAVIER ÁLVAREZ GUIASOLA.

## ANEXO: DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

### 1. Alcance del plan de gestión de calidad docente.

El alcance o campo de aplicación del plan de gestión de calidad docente se establecerá en función de las características y las posibilidades del centro o unidad docente, delimitando el ámbito formativo al que resulta de aplicación.

Con carácter general, el ámbito formativo del plan vendrá referido a formación sanitaria especializada.

El alcance del plan de gestión de calidad docente condicionará la definición y desarrollo de su mapa de procesos.

### 2. Misión, visión y valores docentes.

La descripción del marco de referencia o contexto organizativo en el que se desarrolla la docencia se efectuará a través de la definición de tres conceptos básicos: misión, visión y valores docentes.

**Misión docente:** es el motivo principal por el que el centro o unidad docente realiza actividades formativas, debiendo enmarcarse dentro del fin último de todo proceso formativo de garantizar que 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.

**Visión docente:** consiste en establecer el punto donde se quiere llegar con el desarrollo de la formación sanitaria especializada, expresado a través de declaraciones sobre la dirección o meta docente a alcanzar y el tipo de organización que se desea ser. Será definida por el centro o unidad docente de acuerdo con sus características, en coherencia con los objetivos globales del centro, debiendo ser compartida en el seno de la organización.

**Valores docentes:** son los recursos de excelencia con los que se cuenta, entendidos como el conjunto de principios que describen como se deben comportar los miembros del centro o unidad docente, y en los que se basan sus decisiones y acciones, tanto en el ámbito interno como en el entorno social. El centro o unidad docente deberá definir su conjunto de Valores, que servirán de hilo conductor entre la Misión y Visión, previamente establecidas.

### 3. Responsabilidades de la dirección.

La responsabilidad de la dirección del centro debe traducirse en el compromiso expreso por parte de ésta con la calidad en la formación de especialistas sanitarios y comprenderá las tareas de liderazgo, estímulo y facilitación de la puesta en marcha y desarrollo del plan de gestión de calidad docente. La dirección del centro deberá, a tal efecto impulsar las actividades requeridas para la planificación, puesta en funcionamiento y seguimiento del plan de gestión de calidad docente, así como la dotación de los recursos humanos y materiales necesarios para ello, garantizando en definitiva, que el centro o unidad cuente con el plan de gestión de calidad docente.

Además, la dirección del centro en colaboración con los órganos docentes y, en su caso, de gestión, deberá:

- Comunicar el plan a los profesionales del centro o unidad docente.
- Facilitar la formación en calidad de los profesionales implicados.
- Efectuar el seguimiento de los objetivos de calidad.
- Efectuar la valoración de los recursos y la capacidad docente del centro o unidad.
- Efectuar el estudio del resultado de los indicadores de seguimiento de los procesos formativos.
- Efectuar el control y análisis del estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Efectuar la revisión del plan de gestión de calidad docente y el establecimiento de las estrategias de mejora cuando los resultados de las evaluaciones sobre calidad docente lo indiquen.
- Efectuar el análisis de la información sobre la satisfacción de los residentes y de las sugerencias o reclamaciones de éstos y de los demás grupos de interés.
- Realizar el análisis y asunción, en su caso, de los resultados de las auditorias docentes realizadas por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, de otras evaluaciones realizadas y de las recomendaciones para la mejora.

#### 4. Recursos.

El plan de gestión de calidad docente deberá contemplar los recursos humanos, materiales, y de equipamiento e infraestructura necesarios para la correcta ejecución de sus actividades.

En relación con **los recursos humanos** el plan de gestión de calidad docente deberá incluir el organigrama correspondiente a la estructura docente del centro o unidad especificándose las actividades propias de cada órgano implicado en la docencia, la dedicación a tales tareas y las competencias requeridas para el ejercicio de las funciones y actividades definidas, así como cualquier formación específica u otras acciones requeridas en relación con el personal implicado en la docencia.

En la identificación de **los recursos materiales** el plan de gestión de calidad docente deberá describir los medios materiales necesarios y especificar, en su caso, el cumplimiento de prescripciones técnicas exigidas.

Asimismo, en relación con **los recursos de equipamiento e infraestructura**, el plan de gestión de calidad docente deberá contemplar los requisitos particulares de las instalaciones para la correcta ejecución de los procesos, indicando capacidad, dotaciones o cualquier otra característica que se considere relevante. Igualmente se deberá establecer un sistema de mantenimiento correctivo y preventivo del equipamiento del centro o unidad, especialmente, el utilizado por el residente durante su periodo de formación.

## 5. Procesos.

La identificación y selección de los procesos debe basarse en las principales actividades docentes que se desarrollan en la organización y en cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados previstos.

Una vez identificados los procesos, estos deben reflejarse en un mapa de procesos que, como representación gráfica de los mismos, facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre ellos. El mapa de procesos variará en función del alcance del plan de gestión de calidad docente.

Los procesos se clasifican en:

**Procesos estratégicos:** proporcionan a la organización las líneas de actuación en el ámbito de la docencia, gestionan otros procesos y la relación de aquélla con su entorno.

**Procesos operativos docentes:** comprenden las actividades que debe llevar a cabo la organización para dar un servicio de calidad a los residentes, desde el inicio hasta el final de la formación, que les posibilite acceder al título de especialista, desarrollando las capacidades de la organización y utilizando los recursos necesarios.

**Procesos de apoyo o soporte:** aquellos en los que se apoya la organización para realizar su cometido docente, aunque no constituyen su actividad principal; proporcionan recursos a los procesos estratégicos y operativos y pueden ser realizados, total o parcialmente, por otra unidad de la organización.

Toda la información relativa a cada proceso debe quedar recogida en una ficha de proceso comprensiva de todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama correspondiente, así como para la gestión de dicho proceso.

Los datos recopilados del seguimiento y la medición del proceso, a través de los indicadores, deben ser analizados para conocer si el proceso alcanza los resultados planificados y en su caso, valorar si existen oportunidades de mejora.

## 6. Objetivos estratégicos docentes, metas e indicadores.

Cada centro o unidad docente debe establecer los objetivos más apropiados a sus características, que sean factibles y coherentes con los criterios recogidos en las directrices institucionales reflejadas en la misión, visión y valores docentes. Además, cada objetivo seleccionado debe ser fácilmente medible mediante, al menos, un indicador que informe del desarrollo del mismo.

En relación con cada indicador debe definirse la frecuencia de su seguimiento, el responsable del mismo y registrarse los resultados obtenidos.

Las metas a alcanzar para cada indicador deben establecerse y medirse con una periodicidad al menos anual.



## **7. Control de documentos y registros.**

El plan de gestión de calidad docente deberá sustentarse en cuantos documentos y registros reflejen de forma precisa todos y cada uno de los aspectos que constituyen su contenido. Asimismo, deberá estar establecido el procedimiento en el que se especifiquen los responsables de la documentación, su control y distribución, la identificación de los registros, así como su archivo y conservación.

## **8. Sistema de evaluación, seguimiento y medición.**

Los procesos de seguimiento y medición del plan de gestión de calidad docente proporcionan los medios a través de los cuales se obtendrá la evidencia objetiva del nivel de calidad alcanzado, comprendiendo la evaluación interna o externa que se realice y el grado de satisfacción de los grupos de interés.

## **9. Iniciativas y acciones de mejora de la calidad en la docencia.**

Las iniciativas y acciones de mejora derivadas de los resultados de la evaluación interna o externa, constituyen una herramienta fundamental para corregir las deficiencias observadas. Por ello, el plan de gestión de calidad docente deberá identificar cómo han de utilizarse los resultados de las evaluaciones con objeto de impulsar el proceso de mejora continua.

Las iniciativas y acciones de mejora han de dar respuesta a las no conformidades detectadas, ser realizables y ayudar realmente a conseguir los objetivos de mejora de la calidad.

Los resultados de las iniciativas y acciones de mejora quedarán recogidos en la memoria de calidad docente que, de forma anual, elaborará la comisión de docencia al finalizar cada ejercicio formativo.

# MANUAL DE CALIDAD

## NOMBRE DE GERENCIA

La presente copia del Manual del Plan de Gestión de Calidad Docente es propiedad de “CENTRO” 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 de “CENTRO”.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## 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.



## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Presentación del “centro sanitario docente” y de la formación especializada**

Historia del centro e historia docente y evolución a rellenar por la Gerencia correspondiente.

### **1.2. Organigrama de la formación especializada**

A rellenar por la Gerencia correspondiente.

### **1.3. Responsabilidades de los puestos del organigrama en la formación especializada**

A rellenar por la Gerencia correspondiente.

### **1.4. Misión/visión/valores de la formación especializada**

A rellenar por la Gerencia correspondiente.

### **1.5. Objeto del manual del plan de gestión de calidad docente**

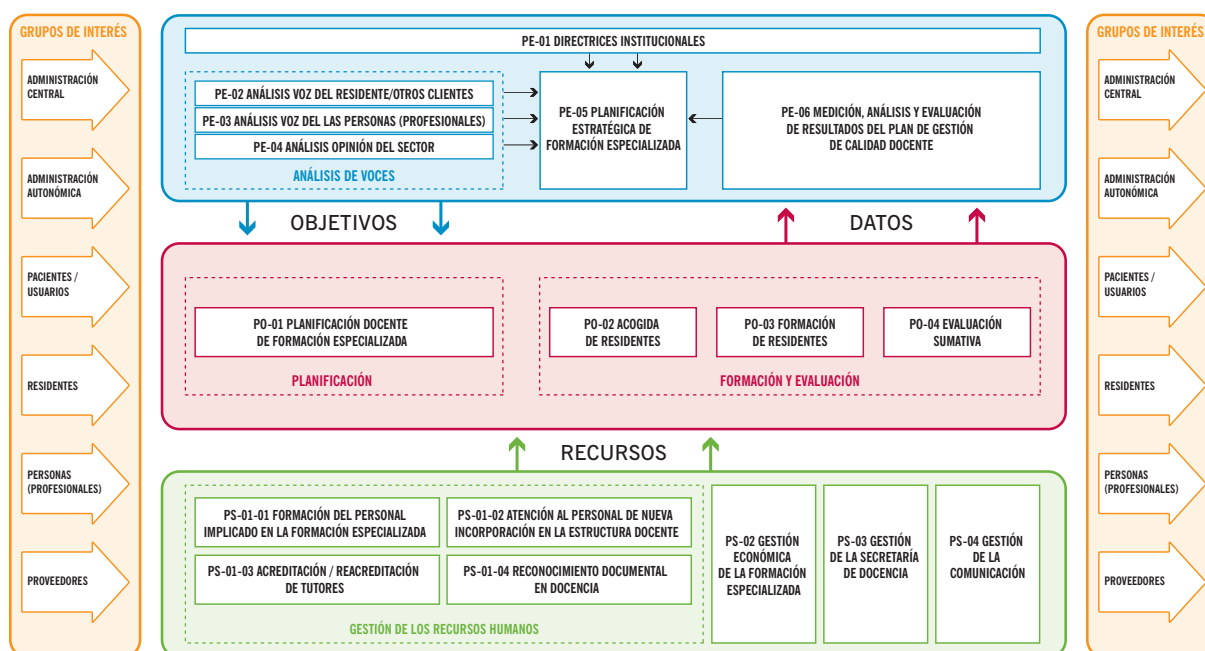
El objeto del presente Manual es especificar los requisitos del Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD) para suministrar de forma consciente servicios que cumplan los requisitos de formación de los residentes y conseguir su satisfacción a través de la aplicación del plan, incluyendo procesos de mejora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

### **1.6. Alcance del manual del PGCD**

Es aplicable a... (lo define la Gerencia correspondiente).



## 1.7. Mapa de procesos del PGCD



## 1.8. Términos y definiciones

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

**Acción correctiva:** 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

de docentes de un centro docente 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 (hospita-

tal 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):** órgano colegiado de la estructura docente a la 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 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 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, 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 quién 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).

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, quién y cuándo 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.

**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.

## 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:

- Se han identificado los procesos necesarios para el PGCD y su aplicación a la formación especializada (ver el Mapa de Procesos).
- Se ha determinado la secuencia e interacción de estos procesos (ver Fichas de Procesos asociadas a los procesos llevados a cabo en formación especializada).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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:

- Declaraciones documentadas de nuestra Misión/Visión/Valores y de los Objetivos de la Calidad.
- Manual del PGCD.
- Fichas de Proceso.
- Procedimientos Generales.
- Documentos necesitados por formación especializada para asegurarse la eficaz planificación, operación y control de los procesos.
- 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 cómo se realiza la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, el tiempo de conservación y destino final de los Registros.

### **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 aseguran 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.

#### **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.

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 del Centro 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.

### **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:

- PS-01-01 Formación del personal implicado en la formación especializada.
- PS-01-02 Atención al personal de nueva incorporación en la estructura docente.
- PS-01-03 Acreditaciones/reacreditaciones de tutores.
- 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.

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 secretaría 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).

### 6.3. Auditoría Interna

De forma periódica se realizan auditorías internas para determinar si el PGCD (ver Procedimiento General PG-03 Auditorías 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 auditorías se llevarán a cabo sin perjuicio de las posibles autoevaluaciones que se puedan realizar 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”.

#### **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”.

#### **6.8. Acción preventiva**

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

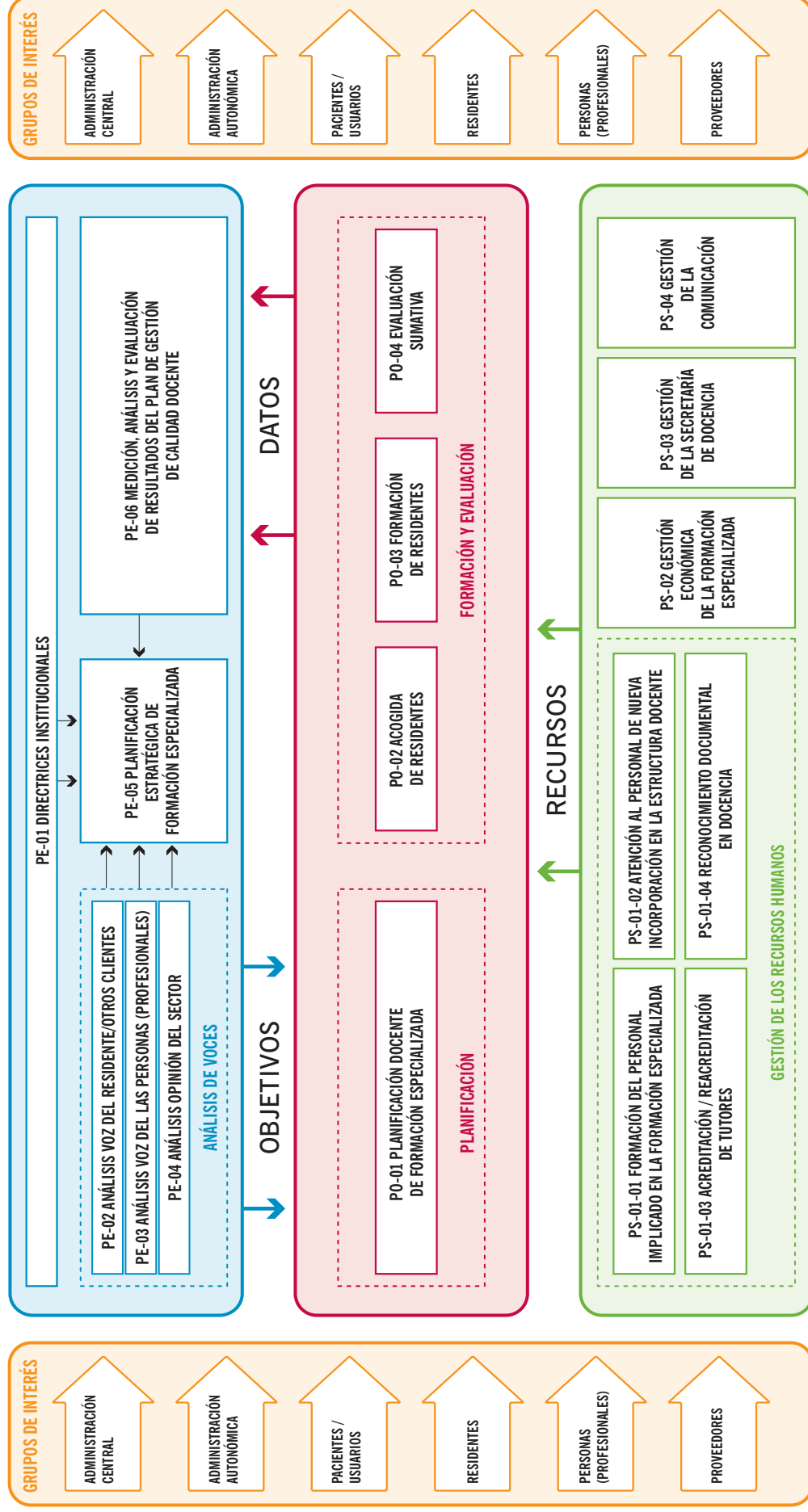
Las acciones preventivas serán apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

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



# MAPA DE PROCESOS

## MAPA DE PROCESOS DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA





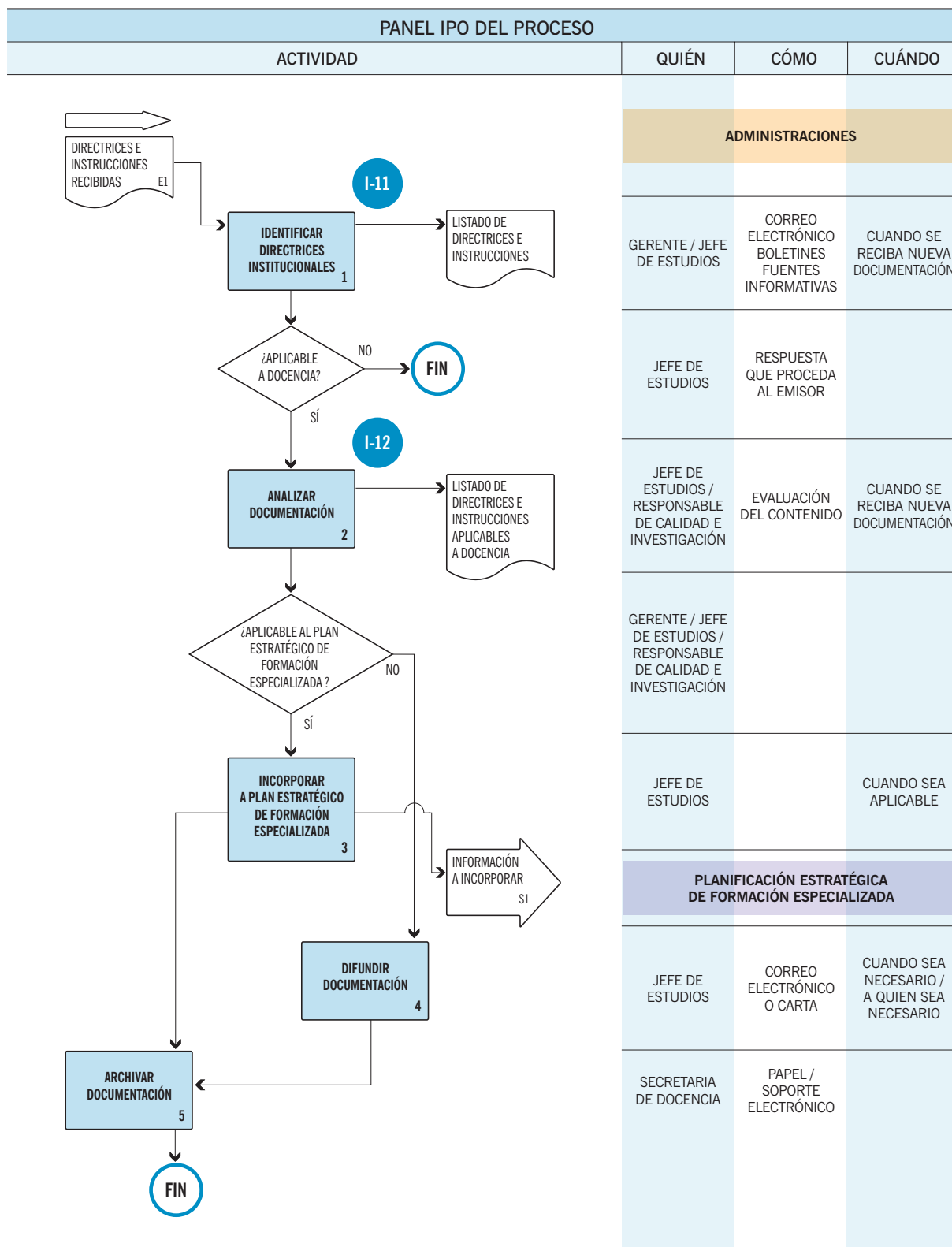
# PROCESOS

**PE-01 DIRECTRICES INSTITUCIONALES**

TÍTULO DEL PROCESO		PROPIETARIO	
DIRECTRICES INSTITUCIONALES		JEFE DE ESTUDIOS	
MISIÓN DEL PROCESO			
GESTIONAR LAS DIRECTRICES E INSTRUCCIONES DEL MINISTERIO, CONSEJERÍA DE SANIDAD Y GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN.			
ENTRADAS		PROCESO/S – G.I.	
1	DIRECTRICES E INSTRUCCIONES RECIBIDAS	ADMINISTRACIONES	
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS		PROCESO/S – G.I.	
1	DIRECTRICES E INSTRUCCIONES APLICABLES AL PLAN ESTRATÉGICO	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	
RECURSOS			
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES			
- GERENTE - JEFE DE ESTUDIOS - RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA - SECRETARIA DE DOCENCIA			
INFRAESTRUCTURA			
- SISTEMA DE ARCHIVOS (PAPEL Y ELECTRÓNICO)			
OTROS			
- NADA A SEÑALAR			
INDICADORES			
I-11	Nº DE DOCUMENTOS ANALIZADOS / Nº DE DIRECTRICES, INSTRUCCIONES RECIBIDAS		
I-12	Nº DE DOCUMENTOS ANALIZADOS / Nº DE DIRECTRICES, INSTRUCCIONES APLICABLES A DOCENCIA		
DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA			
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
LISTADO DE DIRECTRICES E INSTRUCCIONES	FO-013	ARCHIVO DE DOCUMENTACIÓN APLICABLE A DOCENCIA	----
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:	



**PE-01 DIRECTRICES INSTITUCIONALES**



### PE-02 ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE	RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA

MISIÓN DEL PROCESO
ANALIZAR LAS EXPECTATIVAS DE LOS RESIDENTES, DE FORMA QUE PUEDAN SER TENIDAS EN CUENTA EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 RESIDENTES - EXPECTATIVAS	RESIDENTES
2 QUEJAS / RECLAMACIONES / SUGERENCIAS	RESIDENTES
3 OTRA INFORMACIÓN DEL RESIDENTE (INFORMES, ENTREVISTAS, ENCUESTAS ESPECÍFICAS...)	RESIDENTES

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 CONCLUSIONES ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE (INFORME SATISFACCIÓN RESIDENTE, ENCUESTA DE SATISFACCIÓN...)	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- GERENCIA REGIONAL DE SALUD (GRS)
- GERENCIA DEL CENTRO
- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- JEFE DE ESTUDIOS
- SECRETARIA DE DOCENCIA

INFRAESTRUCTURA
- APLICACIÓN INFORMÁTICA FESP

OTROS
- NADA A SEÑALAR

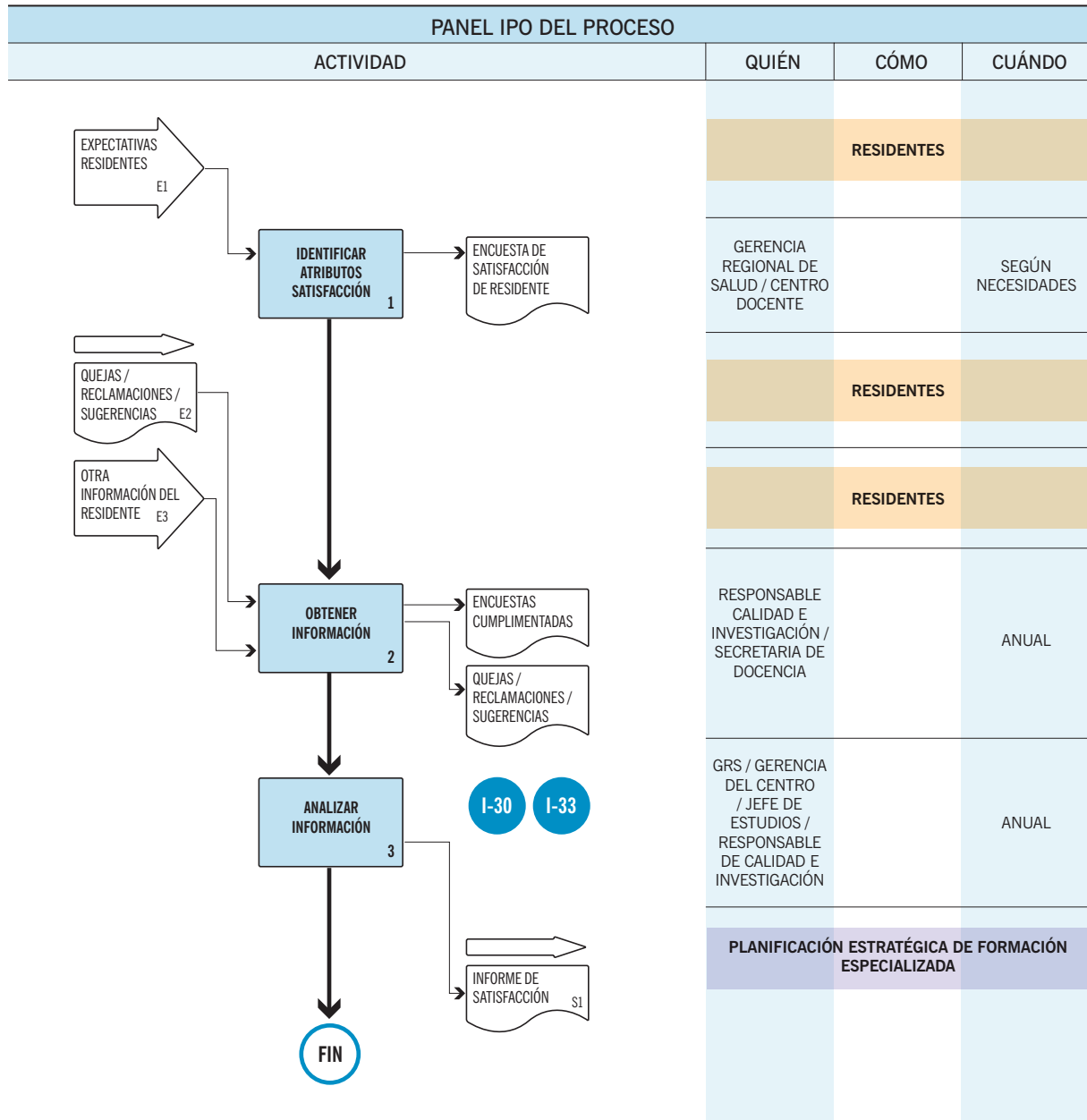
INDICADORES
I-30 PUNTUACIÓN MEDIA GRADO DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES
I-33 Nº DE RECLAMACIONES DE RESIDENTES

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA

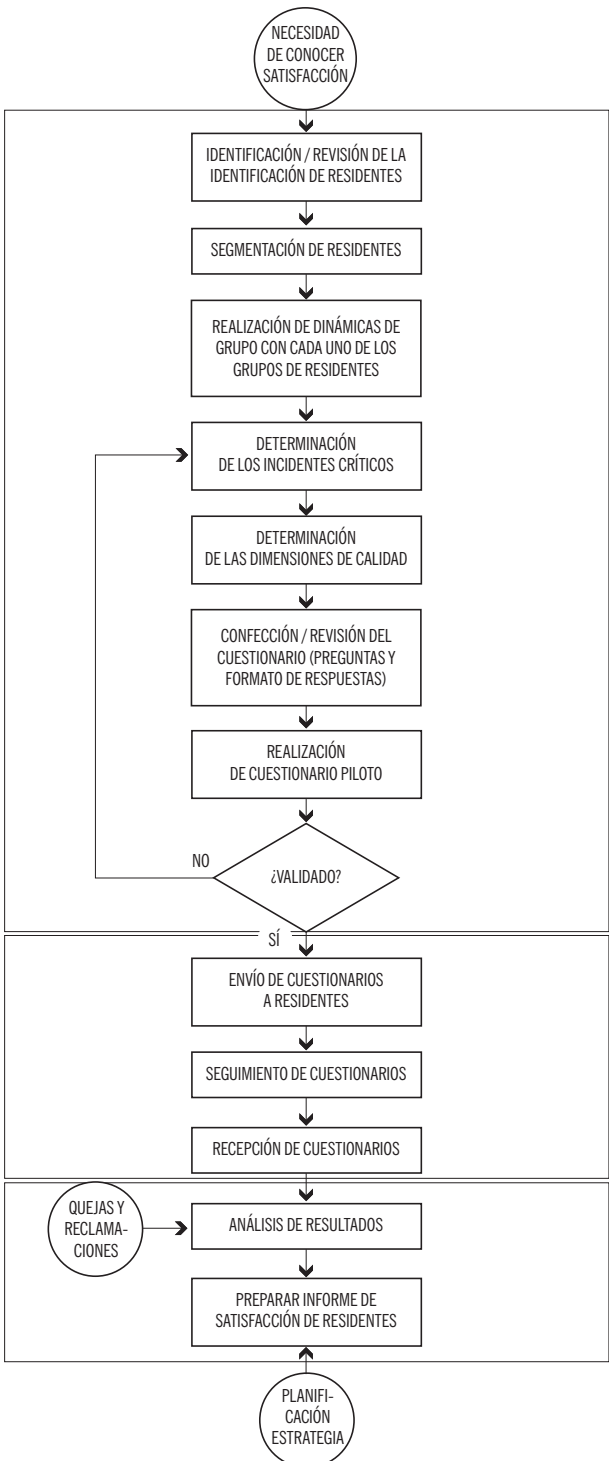
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE	----	RECLAMACIONES DEL RESIDENTE	FO-011
SUGERENCIAS DEL RESIDENTE	----	INFORME DE SATISFACCIÓN	----

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PE-02 ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE**



**PE-02 ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     Start((NECESIDAD DE CONOCER SATISFACCIÓN)) --&gt; Step1[IDENTIFICACIÓN / REVISIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE RESIDENTES]     Step1 --&gt; Step2[SEGMENTACIÓN DE RESIDENTES]     Step2 --&gt; Step3[REALIZACIÓN DE DINÁMICAS DE GRUPO CON CADA UNO DE LOS GRUPOS DE RESIDENTES]     Step3 --&gt; Step4[DETERMINACIÓN DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS]     Step4 --&gt; Step5[DETERMINACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD]     Step5 --&gt; Step6[CONFECCIÓN / REVISIÓN DEL CUESTIONARIO (PREGUNTAS Y FORMATO DE RESPUESTAS)]     Step6 --&gt; Step7[REALIZACIÓN DE CUESTIONARIO PILOTO]     Step7 --&gt; Decision{¿VALIDADO?}     Decision -- NO --&gt; Step4     Decision -- SÍ --&gt; Step8[ENVÍO DE CUESTIONARIOS A RESIDENTES]     Step8 --&gt; Step9[SEGUIMIENTO DE CUESTIONARIOS]     Step9 --&gt; Step10[RECEPCIÓN DE CUESTIONARIOS]     Step10 --&gt; Step11[ANÁLISIS DE RESULTADOS]     Step12((QUEJAS Y RECLAMACIONES)) --&gt; Step11     Step11 --&gt; Step13[PREPARAR INFORME DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES]     Step13 --&gt; End((PLANIFICACIÓN ESTRATEGIA))           </pre>	ACTIVIDAD 01	GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
		GRS / CENTRO DOCENTE	
ACTIVIDAD 02	ACTIVIDAD 02	RBLE. CALIDAD / SECRETARIA DE DOCENCIA	
		RBLE. CALIDAD / SECRETARIA DE DOCENCIA	
		RBLE. CALIDAD / SECRETARIA DE DOCENCIA	
ACTIVIDAD 03	ACTIVIDAD 03	GRS / GERENCIA CENTRO / JE / RBLE. CALIDAD	
		JE / RBLE. CALIDAD	



### PE-03 ANÁLISIS VOZ DE LAS PERSONAS (PROFESIONALES)

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
ANÁLISIS VOZ DE LAS PERSONAS (PROFESIONALES)	RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA

MISIÓN DEL PROCESO
CONCRETAR LAS EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE, DE FORMA QUE PUEDAN SER TENIDAS EN CUENTA EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 PERSONAS - EXPECTATIVAS	PERSONAS (PROFESIONALES)
2 QUEJAS Y SUGERENCIAS	PERSONAS (PROFESIONALES)
3 OTRA INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES	PERSONAS (PROFESIONALES)
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 INFORME DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES (CONCLUSIONES)	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- GERENCIA REGIONAL DE SALUD
- GERENCIA DEL CENTRO
- JEFE DE ESTUDIOS
- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- SECRETARIA DE DOCENCIA

INFRAESTRUCTURA
- APLICACIÓN INFORMÁTICA FESP

OTROS
- NADA A SEÑALAR

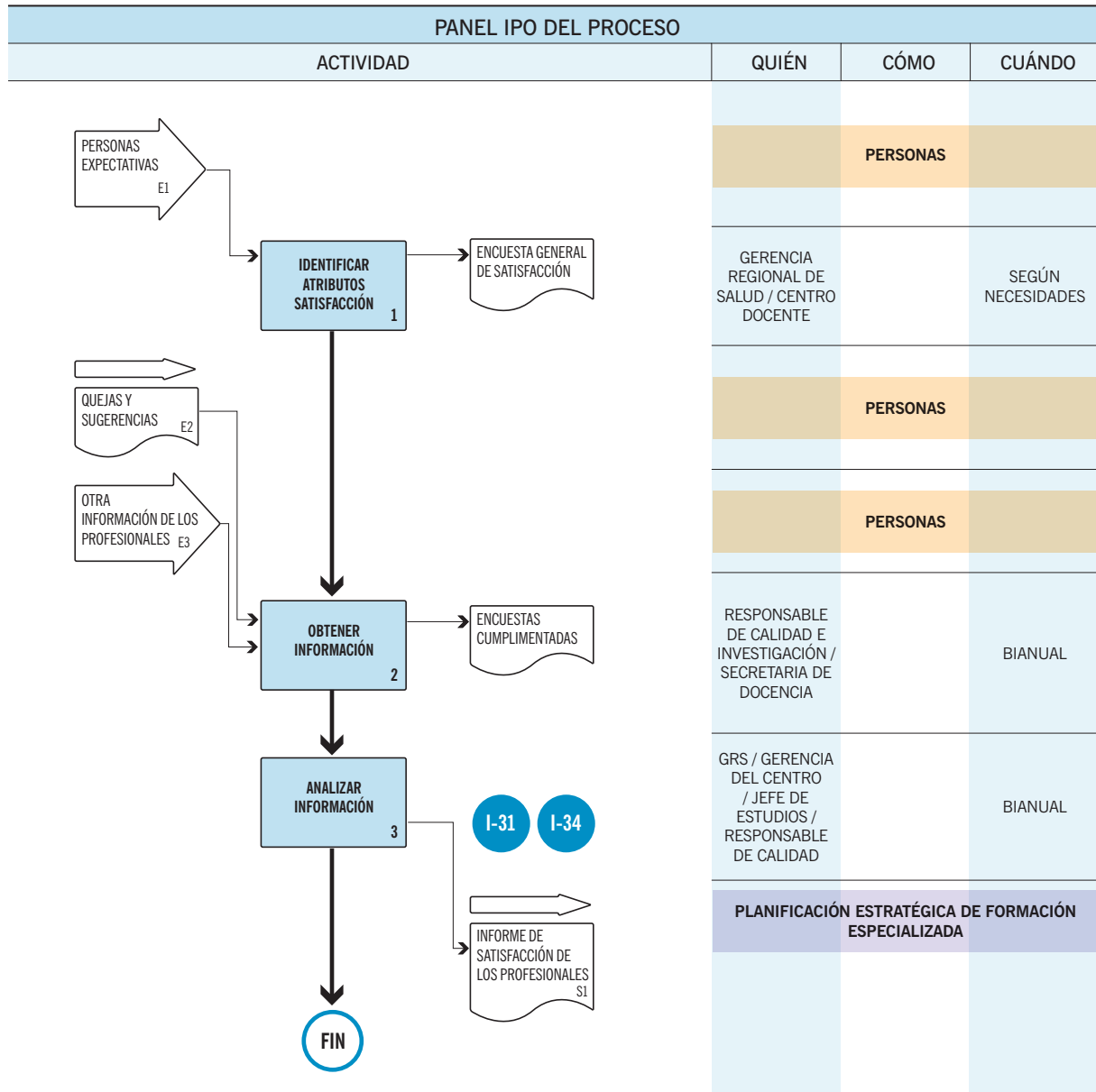
INDICADORES
I-31 PUNTUACIÓN MEDIA GRADO DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS
I-34 Nº DE QUEJAS Y RECLAMACIONES DE PROFESIONALES

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS	----	RECLAMACIONES DE LOS PROFESIONALES	----
INFORME DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES	----		

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PE-03 ANÁLISIS VOZ DE LAS PERSONAS (PROFESIONALES)**

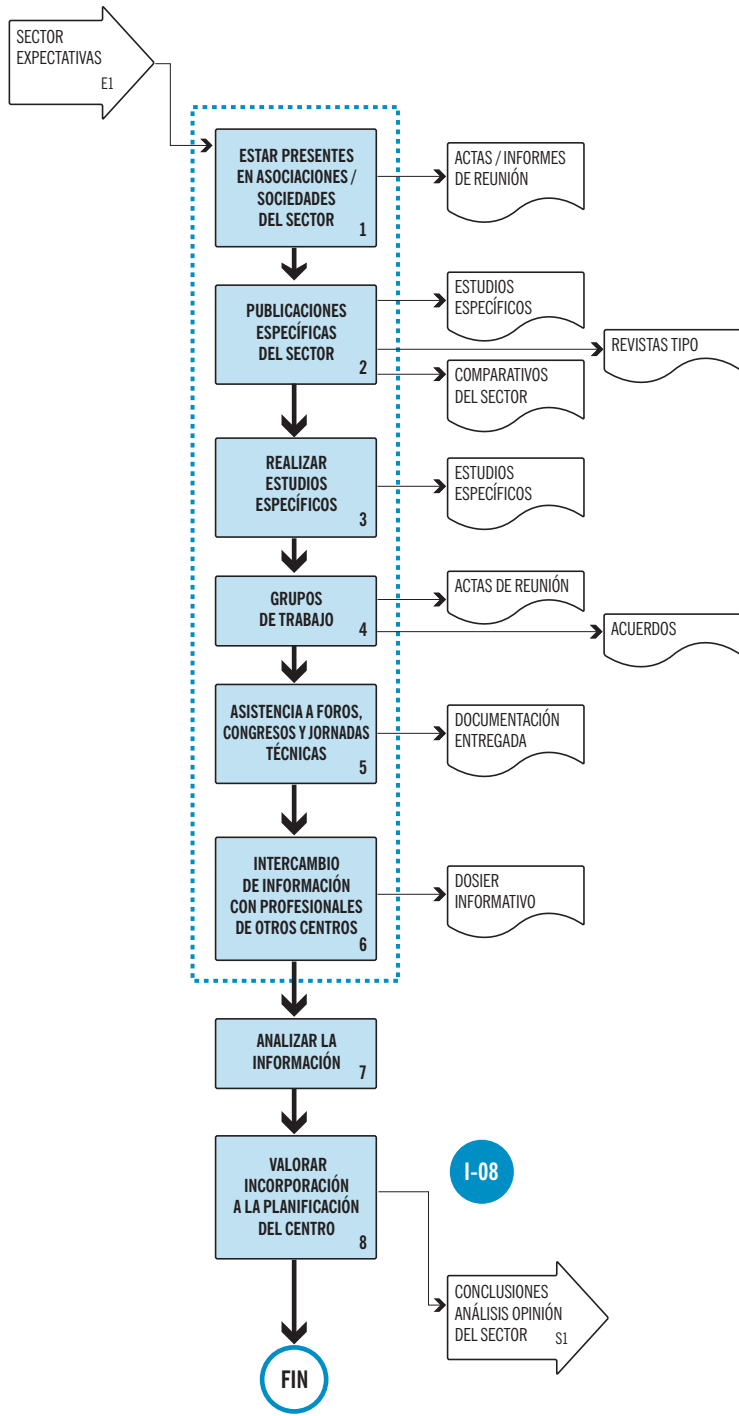


### PE-04 ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR

TÍTULO DEL PROCESO		PROPIETARIO	
ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR		RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA	
<b>MISIÓN DEL PROCESO</b>			
IDENTIFICAR Y VALORAR LAS ENTRADAS DE INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL SECTOR DE FORMA QUE PUEDAN SER TENIDAS EN CUENTA EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.			
<b>ENTRADAS</b>		<b>PROCESO/S – G.I.</b>	
1	SECTOR - EXPECTATIVAS	PERSONAS (PROFESIONALES)	
<b>RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS</b>		<b>PROCESO/S – G.I.</b>	
1	CONCLUSIONES ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	
<b>RECURSOS</b>			
<b>RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES</b>			
- GERENCIA DEL CENTRO - FIGURAS DOCENTES (JEFE DE ESTUDIOS, RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN, TUTORES, COLABORADORES, ETC.)			
<b>INFRAESTRUCTURA</b>			
- SISTEMAS DE INFORMACIÓN			
<b>OTROS</b>			
- NADA A SEÑALAR			
<b>INDICADORES</b>			
I-08	Nº DE PROPUESTAS RELACIONADAS CON EL ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DEL SECTOR LLEVADAS A LA COMISIÓN DE DOCENCIA		
<b>DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA</b>			
REVISTAS TIPO			----
INFORMACIÓN DE JORNADAS, CONGRESOS, ETC.			----
<b>REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)</b>			
ACTAS / INFORMES DE REUNIÓN	----	COMPARATIVAS DEL SECTOR	----
ESTUDIOS ESPECÍFICOS	----		
<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>APROBADO</b>	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:	



**PE-04 ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR**

PANEL IPO DEL PROCESO			
ACTIVIDAD	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
		<b>PROFESIONALES</b>	
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES	A NIVEL NACIONAL REGIONAL E INTERNACIONAL	
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES	ESCRITA, PÁGINA WEB	
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES		PUNTUALMENTE EN FUNCIÓN DE NECESIDADES
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES		
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES		PUNTUALMENTE EN FUNCIÓN DE NECESIDADES
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES		
	GERENCIA / FIGURAS DOCENTES		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		ANUAL
	<b>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA</b>		

### PE-05 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
DEFINIR LOS OBJETIVOS Y PLANIFICAR LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL CENTRO, DE FORMA COHERENTE CON LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS ADMINISTRACIONES Y DE LOS PROPIOS RESULTADOS.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS ADMINISTRACIONES	ADMINISTRACIONES
2 CONCLUSIONES SOBRE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE
3 CONCLUSIONES SOBRE ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE/OTROS CLIENTES	ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE/ OTROS CLIENTES
4 CONCLUSIONES SOBRE ANÁLISIS VOZ DE LAS PERSONAS (PROFESIONALES)	ANÁLISIS VOZ DE LOS PROFESIONALES
5 CONCLUSIONES SOBRE ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR	ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR
6 DIRECTRICES INSTITUCIONALES	DIRECTRICES INSTITUCIONALES

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 MISIÓN / VISIÓN / VALORES (DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA)	TODOS LOS PROCESOS
2 OBJETIVOS Y PLANES DE ACCIÓN	TODOS LOS PROCESOS

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- GERENCIA DEL CENTRO
- COMISIÓN DE DOCENCIA
- JEFE DE ESTUDIOS
- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- SECRETARIA DE DOCENCIA
- TUTORES COORDINADORES

INFRAESTRUCTURA
- NADA A SEÑALAR

OTROS
- NADA A SEÑALAR

INDICADORES
I-01 % CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

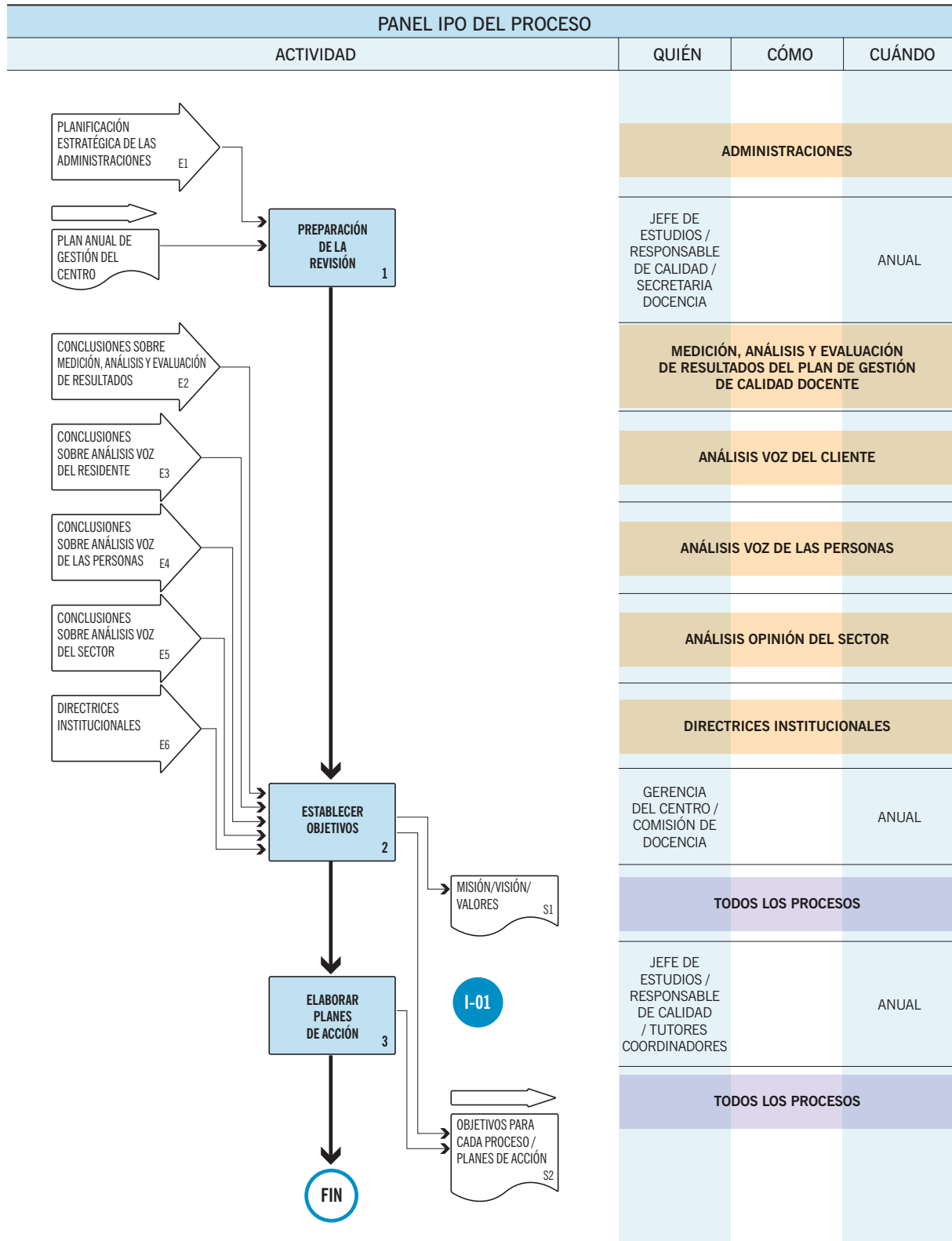
DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
PLANIFICACIÓN ESTATÉGICA DE LA ADMINISTRACIÓN
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DEL CENTRO

**PE-05 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

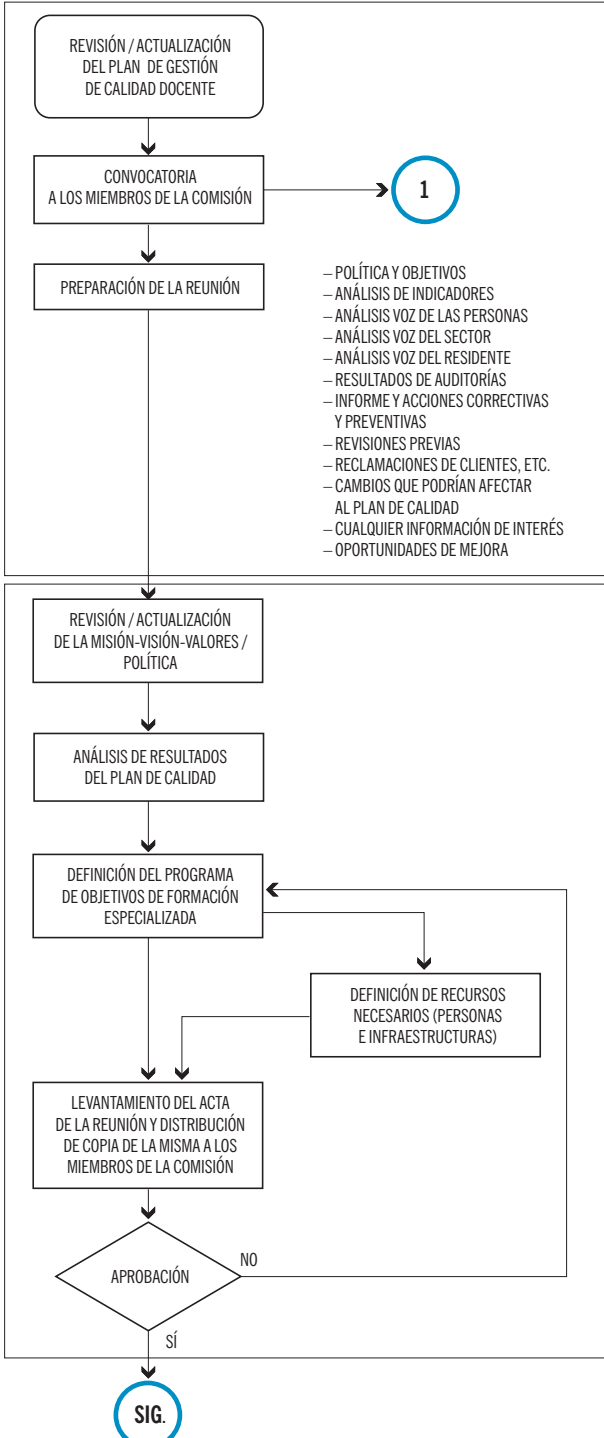
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
PROGRAMA DE OBJETIVOS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	FO-001	FICHA DE INDICADOR	FO-003
TABLERO DE INDICADORES	FO-002	PLANES DE ACCIÓN	FO-004
ACTAS DE REUNIÓN	----		

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

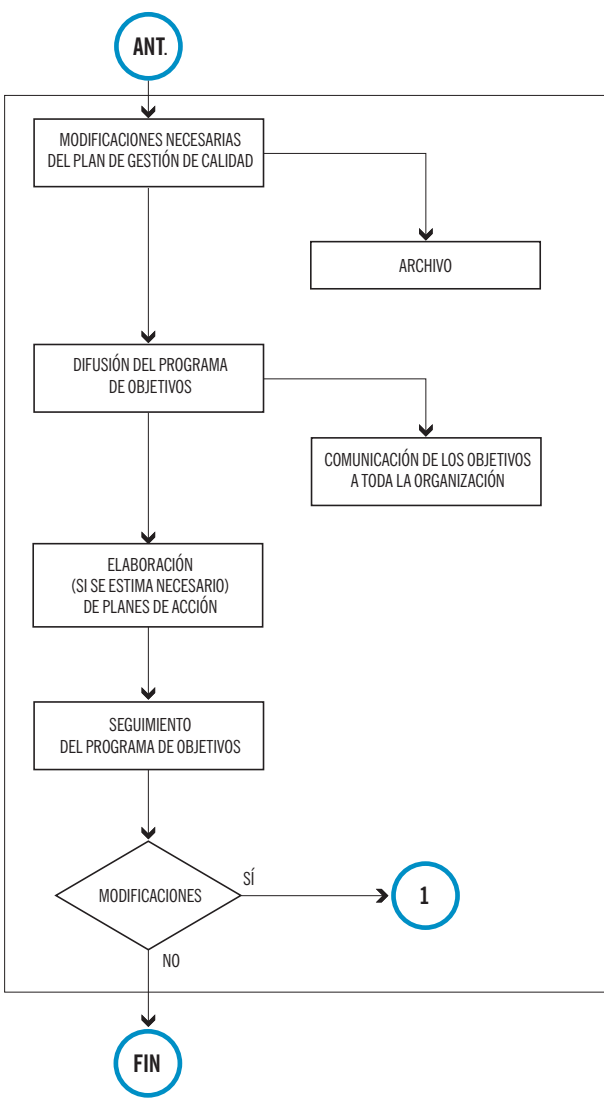
**PE-05 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA**



**PE-05 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     A[REVISIÓN / ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE] --&gt; B[CONVOCATORIA A LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN]     B --&gt; C[PREPARACIÓN DE LA REUNIÓN]     C --&gt; D[REVISIÓN / ACTUALIZACIÓN DE LA MISIÓN-VISIÓN-VALORES / POLÍTICA]     D --&gt; E[ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PLAN DE CALIDAD]     E --&gt; F[DEFINICIÓN DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA]     F --&gt; G[DEFINICIÓN DE RECURSOS NECESARIOS PERSONAS E INFRAESTRUCTURAS]     G --&gt; F     F --&gt; H[LEVANTAMIENTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE COPIA DE LA MISMA A LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN]     H --&gt; I{APROBACIÓN}     I -- NO --&gt; G     I -- SÍ --&gt; J((SIG.))           </pre>	ACTIVIDAD 01		
	JEFE DE ESTUDIOS / RESPONSABLE DE CALIDAD		AL PRINCIPIO DEL AÑO NATURAL
	JEFE DE ESTUDIOS SECRETARÍA DE DOCENCIA	POR ESCRITO	
	MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA		
	ACTIVIDAD 02		
	GERENCIA DEL CENTRO / COMISIÓN DE DOCENCIA	SOBRE EL ACTA DE REUNIÓN	AL MENOS ANUALMENTE
	COMISIÓN DE DOCENCIA	ACTA DE REUNIÓN	AL MENOS UNA VEZ AL AÑO / ANUALMENTE AL PRINCIPIO DE CADA EJERCICIO
	COMISIÓN DE DOCENCIA	PROGRAMA DE OBJETIVOS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	AL MENOS UNA VEZ AL AÑO / ANUALMENTE AL PRINCIPIO DE CADA EJERCICIO
	SECRETARÍA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA		
	GERENCIA DEL CENTRO		

**PE-05 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     ANT((ANT.)) --&gt; A[MODIFICACIONES NECESARIAS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD]     A --&gt; B[ARCHIVO]     A --&gt; C[DIFUSIÓN DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS]     C --&gt; D[COMUNICACIÓN DE LOS OBJETIVOS A TODA LA ORGANIZACIÓN]     C --&gt; E[ELABORACIÓN (SI SE ESTIMA NECESARIO) DE PLANES DE ACCIÓN]     E --&gt; F[SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBJETIVOS]     F --&gt; G{MODIFICACIONES}     G -- Sí --&gt; H((1))     G -- NO --&gt; I((FIN))           </pre>	RESPONSABLE DE CALIDAD		
	RESPONSABLE DE CALIDAD	PG-02 CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN Y LOS REGISTROS	
	JEFE DE ESTUDIOS		
	TUTORES COORDINADORES	DEFINICIÓN DEL MÉTODO	
	TUTORES COORDINADORES		
	COMISIÓN DE DOCENCIA / RESPONSABLE DE CALIDAD		SEMESTRALMENTE

ACTIVIDAD 03



### PE-06 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE	RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA

MISIÓN DEL PROCESO
REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS SERVICIOS Y PROCESOS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y ESTABLECER CONCLUSIONES QUE PUEDAN SER TENIDAS EN CUENTA PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 DATOS DESDE PROCESOS OPERATIVOS Y SOPORTE	TODOS LOS PROCESOS

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- ESTRUCTURA DOCENTE (COMISIÓN DE DOCENCIA, TUTORES COORDINADORES...)

INFRAESTRUCTURA
- PROGRAMA INFORMÁTICO FESP

OTROS
- NADA A SEÑALAR

INDICADORES
TODOS LOS DEFINIDOS EN EL RESTO DE PROCESOS

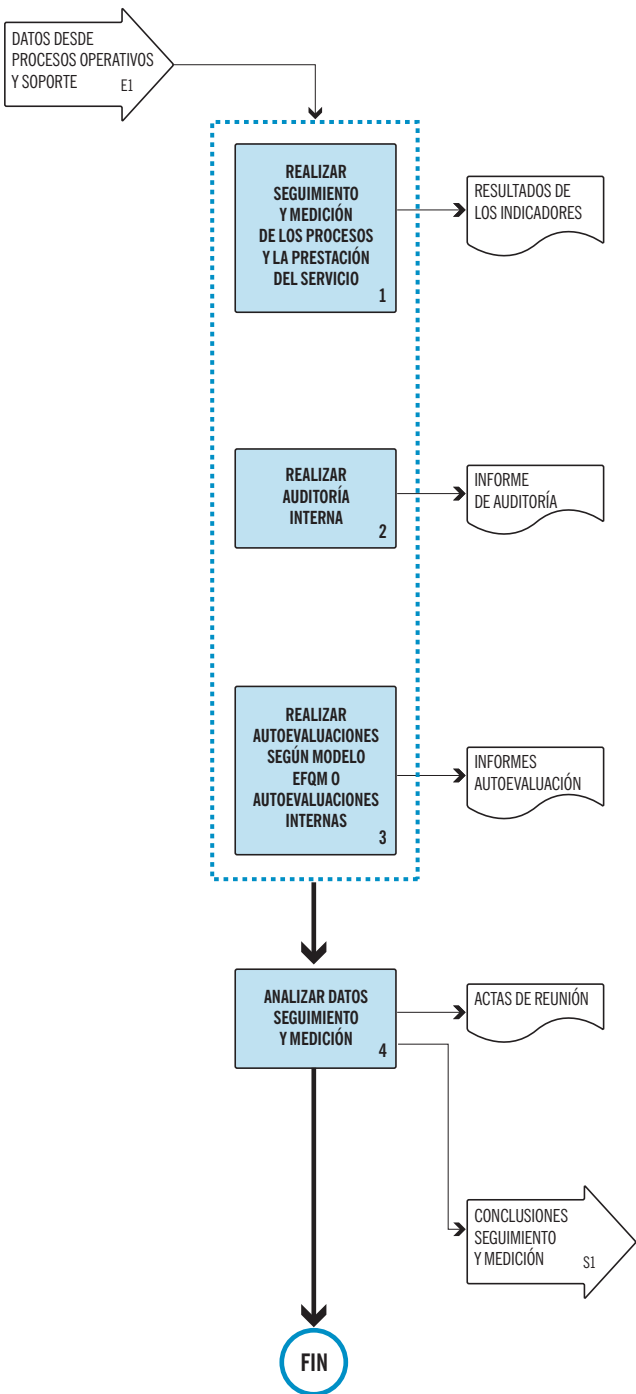
DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA	
ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE	PG-01
CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN Y LOS REGISTROS	PG-02
AUDITORÍAS INTERNAS	PG-03
GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES	PG-04
ACCIONES CORRECTIVAS/PREVENTIVAS	PG-05

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
LISTA DE CONTROL DE EDICIONES	FO-006	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	FO-010
CATÁLOGO DE FORMATOS	FO-007	HOJA DE NO CONFORMIDAD	FO-011
LISTADO DE REGISTROS	FO-008	INFORME DE ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA	FO-012
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS	FO-009		

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



**PE-06 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE**

PANEL IPO DEL PROCESO			
ACTIVIDAD	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     E1[DATOS DESDE PROCESOS OPERATIVOS Y SOPORTE E1] --&gt; A1[REALIZAR SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 1]     A1 --&gt; R1[RESULTADOS DE LOS INDICADORES]     A1 --&gt; A2[REALIZAR AUDITORÍA INTERNA 2]     A2 --&gt; R2[INFORME DE AUDITORÍA]     A2 --&gt; A3[REALIZAR AUTOEVALUACIONES SEGÚN MODELO EFQM O AUTOEVALUACIONES INTERNAS 3]     A3 --&gt; R3[INFORMES AUTOEVALUACIÓN]     A3 --&gt; A4[ANALIZAR DATOS SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN 4]     A4 --&gt; R4[ACTAS DE REUNIÓN]     A4 --&gt; R5[CONCLUSIONES SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN S1]     A4 --&gt; FIN((FIN))           </pre>	TODOS LOS PROCESOS		
	PROPIETARIOS DE PROCESOS / TUTORES COORDINADORES		S / FICHA INDICADOR
	AUDITOR		ANUALMENTE
	EQUIPO EVALUADOR		
	RESPONSABLE CALIDAD / COMISIÓN DE DOCENCIA / PROPIETARIOS DE PROCESOS / TUTORES COORDINADORES		COMO MÍNIMO SEMESTRALMENTE
	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA		

### PO-01 PLANIFICACIÓN DOCENTE DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
PLANIFICACIÓN DOCENTE DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
ADECUAR LA OFERTA DOCENTE A LA CAPACIDAD FORMATIVA REAL DEL CENTRO GARANTIZANDO UNOS REQUISITOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 PETICIÓN DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA
2 REAJUSTE DE OFERTA EN BASE A NECESIDADES	ADMINISTRACIONES (GRS)

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 PETICIÓN DE AUDITORÍA PARA DESACREDITACIÓN	ADMINISTRACIONES
2 PROPUESTA DE AUMENTO DE CAPACIDAD DOCENTE	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA
3 PROPUESTA OFERTA DOCENTE	ADMINISTRACIONES

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- GERENCIA DEL CENTRO</li> <li>- COMISIÓN DE DOCENCIA</li> <li>- TUTORES COORDINADORES</li> <li>- JEFES DE SERVICIO / COORDINADORES EAP</li> <li>- SECRETARIA DE DOCENCIA</li> </ul>

INFRAESTRUCTURA
- SEGÚN CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE CADA UNIDAD DOCENTE

OTROS
- NADA A SEÑALAR

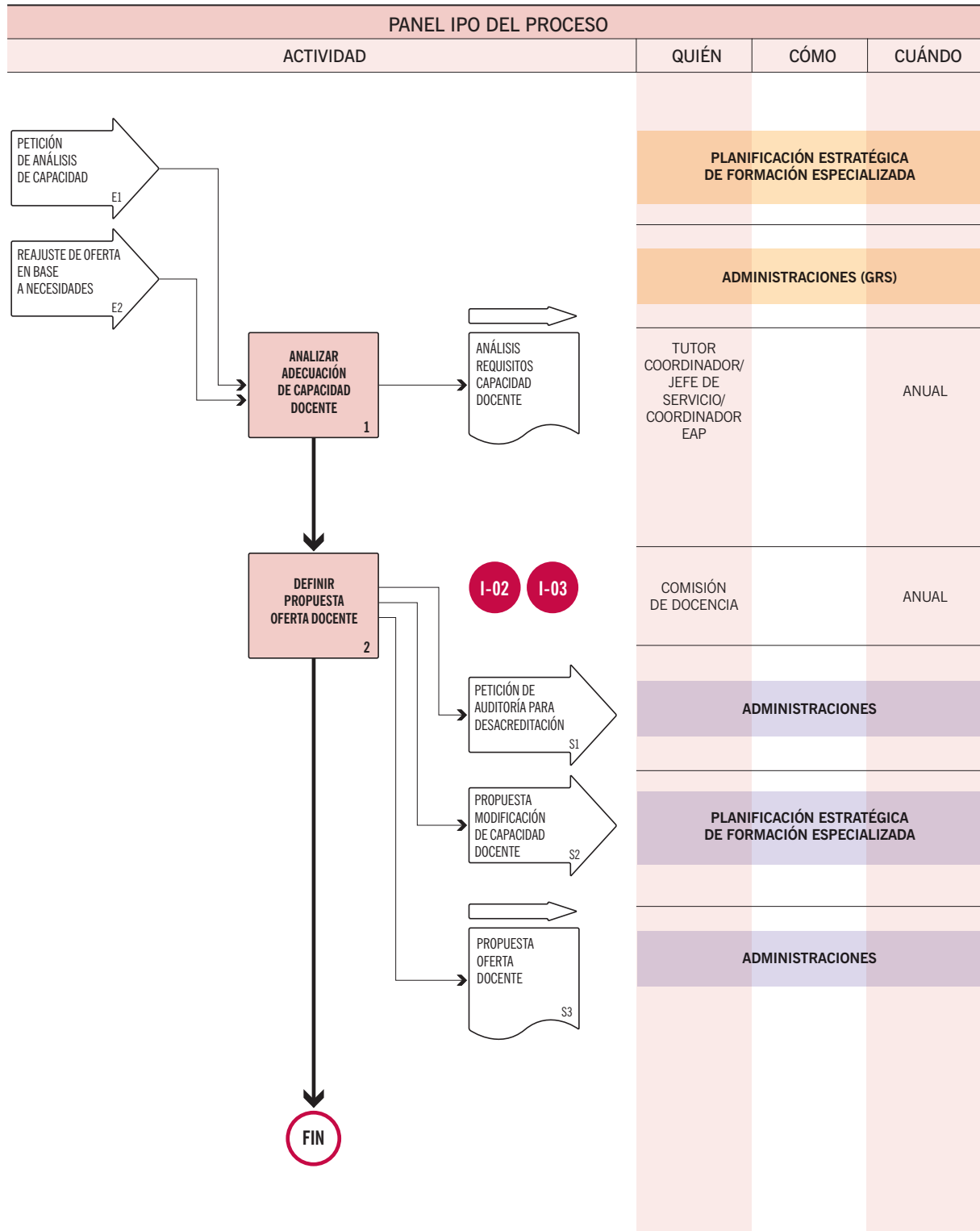
INDICADORES
I-02 GRADO DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE CON LA CAPACIDAD POR UNIDAD DOCENTE
I-03 PROPORCIÓN RESIDENTES-TUTOR PRINCIPAL

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
PROGRAMAS NACIONALES DE LAS ESPECIALIDADES Y SUS REQUISITOS
CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE CADA UNIDAD DOCENTE

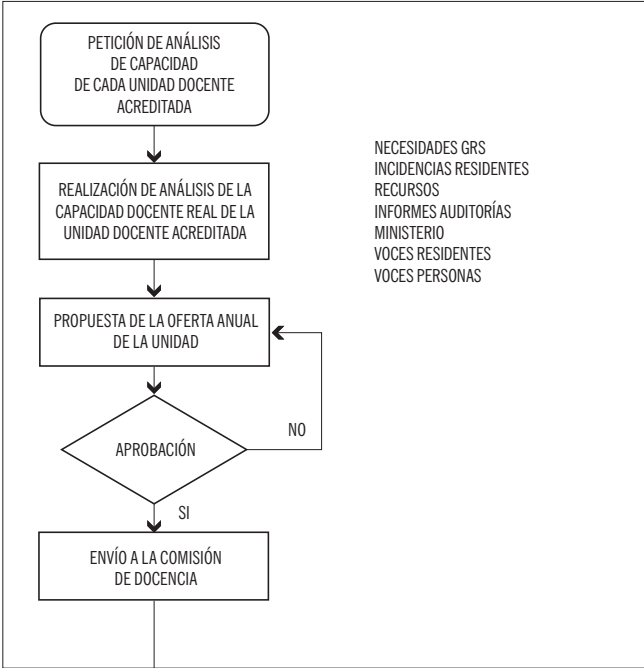
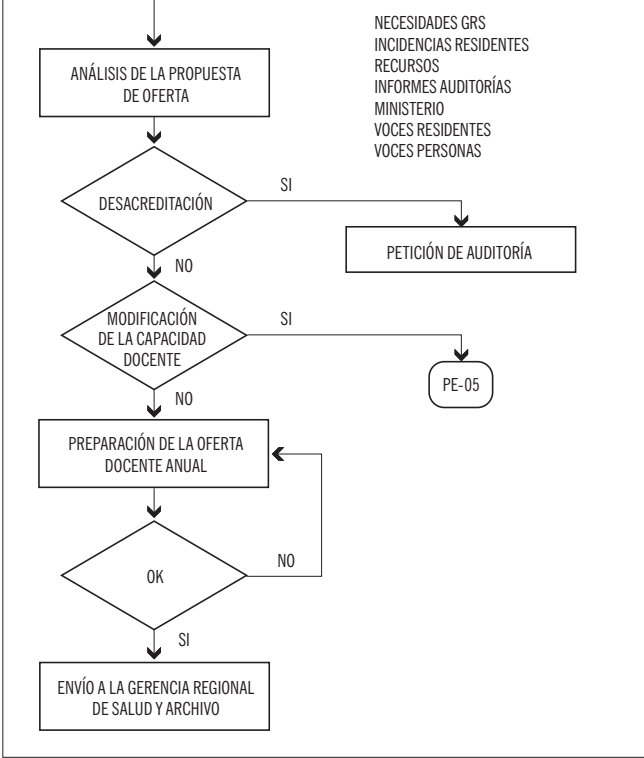
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
ANÁLISIS DE REQUISITOS DE CAPACIDAD DOCENTE	FO-005	PROPUESTA DE OFERTA DOCENTE	----

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PO-01 PLANIFICACIÓN DOCENTE DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA**



**PO-01 PLANIFICACIÓN DOCENTE DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     A[PETICIÓN DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD DE CADA UNIDAD DOCENTE ACREDITADA] --&gt; B[REALIZACIÓN DE ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DOCENTE REAL DE LA UNIDAD DOCENTE ACREDITADA]     B --&gt; C[PROPUESTA DE LA OFERTA ANUAL DE LA UNIDAD]     C --&gt; D{APROBACIÓN}     D -- NO --&gt; C     D -- SI --&gt; E[ENVÍO A LA COMISIÓN DE DOCENCIA]   </pre>	JEFE DE ESTUDIOS		ANUALMENTE
	TUTOR COORDINADOR / TUTORES	ANÁLISIS OFERTA ANUAL	
	TUTOR COORDINADOR		
	JEFE DE SERVICIO / COORDINADOR EAP		
	TUTOR COORDINADOR		
 <pre> graph TD     A[ANÁLISIS DE LA PROPUESTA DE OFERTA] --&gt; B{DESACREDITACIÓN}     B -- SI --&gt; C[PETICIÓN DE AUDITORÍA]     B -- NO --&gt; D{MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DOCENTE}     D -- SI --&gt; E((PE-05))     D -- NO --&gt; F[PREPARACIÓN DE LA OFERTA DOCENTE ANUAL]     F --&gt; G{OK}     G -- NO --&gt; F     G -- SI --&gt; H[ENVÍO A LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD Y ARCHIVO]   </pre>	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	JEFE DE ESTUDIOS		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	GERENCIA DEL CENTRO		
	JEFE DE ESTUDIOS / SECRETARÍA DE DOCENCIA		



**PO-02 ACOGIDA DE RESIDENTES**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
ACOGIDA DE RESIDENTES	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
FACILITAR LA INCORPORACIÓN DE LOS RESIDENTES AL CENTRO Y UNIDAD O DISPOSITIVO DOCENTE.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 ADJUDICACIÓN DE PLAZA DE ESPECIALISTA EN FORMACIÓN	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
2 AUTORIZACIÓN DE PRÓRROGA DE INCORPORACIÓN	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 CONTRATO	RESIDENTE / MINISTERIO GERENCIA DEL CENTRO
2 SOLICITUD DE PRÓRROGA DE INCORPORACIÓN	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
3 COMUNICACIÓN DE INCORPORACIÓN	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO) / ADMINISTRACIONES (GRS)
4 ASIGNACIÓN DE TUTOR	FORMACIÓN DE RESIDENTES. RECONOCIMIENTO DOCUMENTAL EN DOCENCIA
5 RESIDENTE INCORPORADO AL CENTRO Y A LA UNIDAD DOCENTE	FORMACIÓN DE RESIDENTES

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO
- MIEMBROS DE LAS COMISIONES DE DOCENCIA
- SECRETARIA DE DOCENCIA
- JEFE DE ESTUDIOS
- TUTOR COORDINADOR
- TUTOR
- TUTORES DE APOYO
- COLABORADORES DOCENTES

INFRAESTRUCTURA
-----------------

- NADA A SEÑALAR

OTROS
-------

- NADA A SEÑALAR

INDICADORES
-------------

- I-17 ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES CON RESPECTO A LA ACOGIDA RECIBIDA EN EL CENTRO

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
----------------------------------------------

RD 1146/2006	----
PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES	----
GUÍA DEL RESIDENTE (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL)	----
REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA	----
INFORMACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN	----
NORMATIVA DEL CENTRO	----

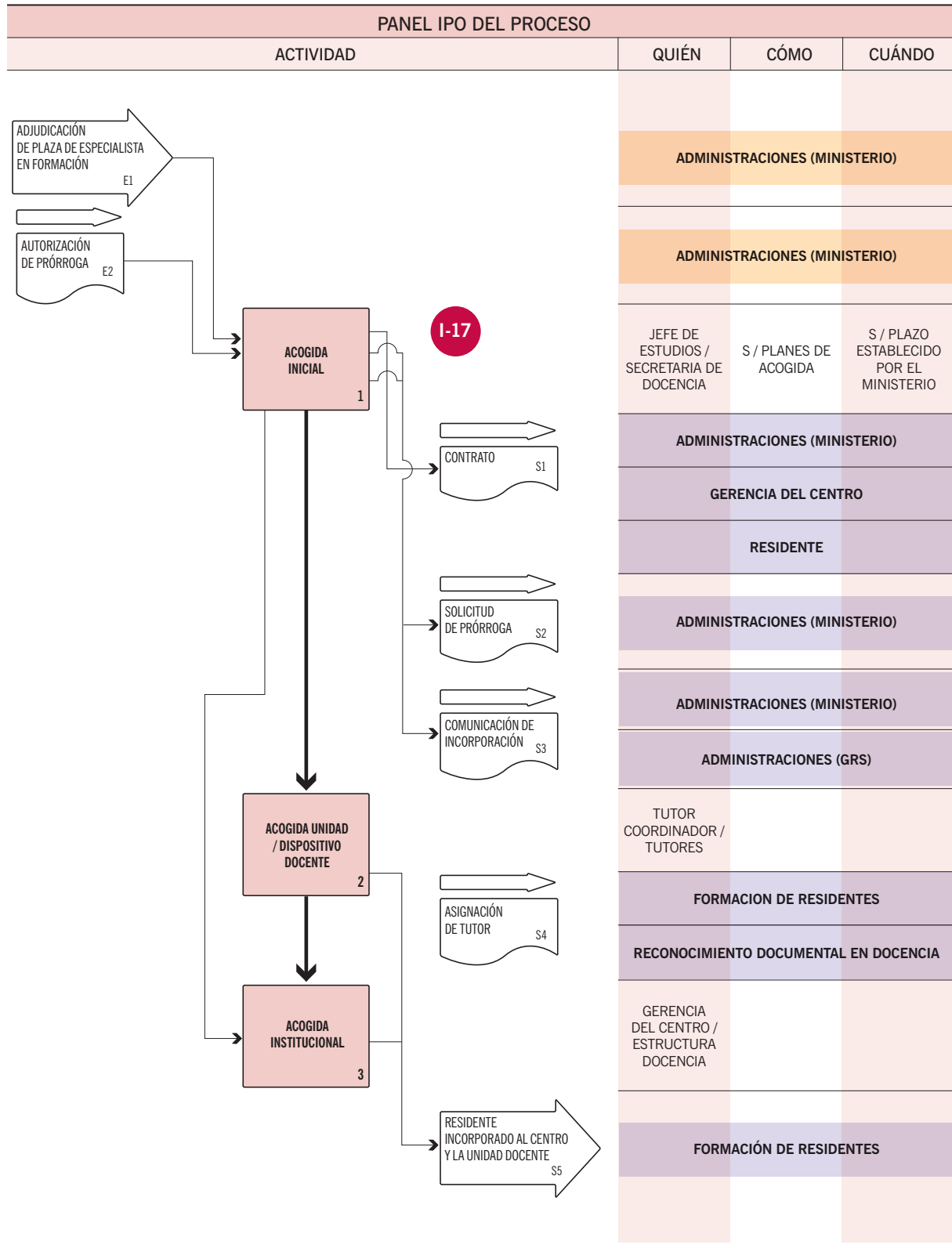
### PO-02 ACOGIDA DE RESIDENTES

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA	
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO	----
INSTRUCCIONES PARA LA TOMA DE POSESIÓN E INCORPORACIÓN DE LOS ADJUDICATARIOS DE PLAZAS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	----
INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DE MÉDICOS, FARMACÉUTICOS, QUÍMICOS, BIÓLOGOS, PSICÓLOGOS Y RADIOFÍSICOS	
PLAN TRANSVERSAL COMÚN	----
PROGRAMAS NACIONALES DE ESPECIALIDADES	----
PLAN DE ACOGIDA DEL CENTRO (DOCUMENTOS DE ACOGIDA INICIAL, ACOGIDA DE LA UNIDAD Y ACOGIDA INSTITUCIONAL)	----
GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES	PG-04
ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE CADA ESPECIALIDAD	----
PROCEDIMIENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO/EAP	----
PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	----

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
CONTRATO DE RESIDENTE	----	SOLICITUD DE PRÓRROGA DE INCORPORACIÓN	----
COMUNICACIÓN DE INCORPORACIONES DE RESIDENTES	----	ASIGNACIÓN DE TUTOR	----
COMUNICACIÓN OFICIAL DE LA JORNADA DE ACOGIDA	----		

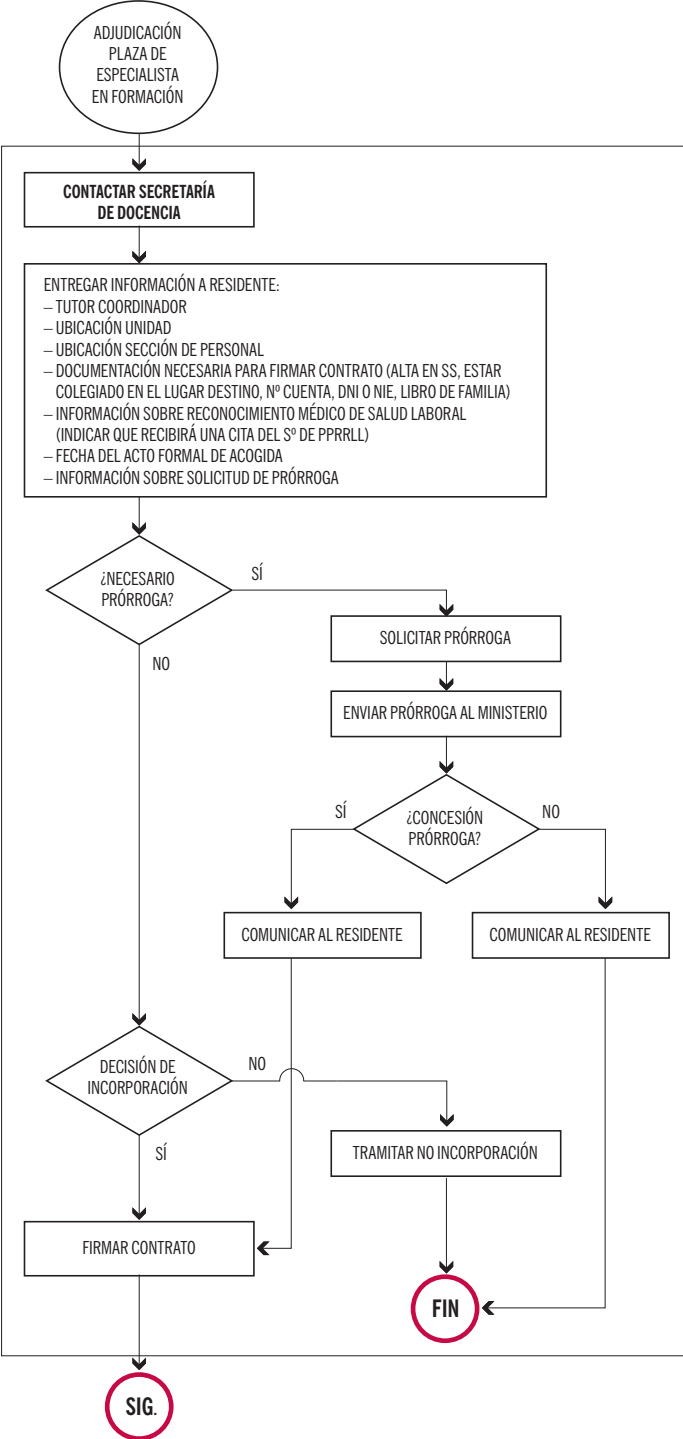
ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PO-02 ACOGIDA DE RESIDENTES**





**PO-02 ACOGIDA DE RESIDENTES**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     A((ADJUDICACIÓN PLAZA DE ESPECIALISTA EN FORMACIÓN)) --&gt; B[CONTACTAR SECRETARÍA DE DOCENCIA]     B --&gt; C[ENTREGAR INFORMACIÓN A RESIDENTE: - TUTOR COORDINADOR - UBICACIÓN UNIDAD - UBICACIÓN SECCIÓN DE PERSONAL - DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA FIRMAR CONTRATO (ALTA EN SS, ESTAR COLEGIADO EN EL LUGAR DESTINO, N° CUENTA, DNI O NIE, LIBRO DE FAMILIA) - INFORMACIÓN SOBRE RECONOCIMIENTO MÉDICO DE SALUD LABORAL (INDICAR QUE RECIBIRÁ UNA CITA DEL Sº DE PPRRL) - FECHA DEL ACTO FORMAL DE ACOGIDA - INFORMACIÓN SOBRE SOLICITUD DE PRÓRROGA]     C --&gt; D{¿NECESARIO PRÓRROGA?}     D -- NO --&gt; H{DECISIÓN DE INCORPORACIÓN}     D -- SÍ --&gt; E[SOLICITAR PRÓRROGA]     E --&gt; F[ENVIAR PRÓRROGA AL MINISTERIO]     F --&gt; G{¿CONCESIÓN PRÓRROGA?}     G -- SÍ --&gt; I[COMUNICAR AL RESIDENTE]     G -- NO --&gt; J[COMUNICAR AL RESIDENTE]     H -- SÍ --&gt; K[FIRMAR CONTRATO]     H -- NO --&gt; L[TRAMITAR NO INCORPORACIÓN]     K --&gt; M((SIG.))     L --&gt; N((FIN))     I --&gt; M     J --&gt; M   </pre>	MINISTERIO		
	RESIDENTE		TRAS CONOCER DESTINO
	SECRETARIA DE DOCENCIA	DOCUMENTO DE ACOGIDA INICIAL	
	RESIDENTE	S / GUÍA DEL RESIDENTE	
	JEFE DE ESTUDIOS		
		SEGÚN GUÍA DEL MINISTERIO	
	JEFE DE ESTUDIOS		
	SECRETARIA DE DOCENCIA		
	RESIDENTE + DPTO. PERSONAL	3 COPIAS: - RESIDENTE - DPTO. PERSONAL - SECRETARIA DOCENCIA	DÍA DE INCORPORACIÓN

**PO-02 ACOGIDA DE RESIDENTES**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
<p><b>ANT.</b></p> <p>ACOGIDA EN LA UNIDAD DOCENTE.</p> <p>PLAN DE ACOGIDA DE UNIDAD DOCENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD, DEL PERSONAL Y DE LOS SERVICIOS</li> <li>– ENTREGA DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD ADAPTADO A LA UNIDAD</li> <li>– PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN (LIBRO DEL RESIDENTE, INFORMES DEL TUTOR, INFORMES DE ROTACIONES, ...)</li> <li>– ASIGNACIÓN DE TUTOR PRINCIPAL (SEGÚN REGLAMENTO INTERNO DE COMISIÓN DE DOCENCIA)</li> <li>– ENTREGA DE NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO/EAP</li> <li>– PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS</li> </ul>	<p>ACTIVIDAD 02</p> <p>TUTOR COORDINADOR / TUTOR / TUTOR APOYO</p>	<p>DOCUMENTO DE ACOGIDA DE LA UNIDAD</p>	<p>A LA INCORPORACIÓN</p>
<p>ACOGIDA INSTITUCIONAL.</p> <p>PLAN DE ACOGIDA DE INSTITUCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– MANUAL DE ACOGIDA</li> <li>– NORMATIVA DEL CENTRO</li> <li>– ORGANIGRAMA Y ESTRUCTURA DOCENTE</li> <li>– PROGRAMA TRANSVERSAL COMÚN</li> <li>– UBICACIÓN DEL TABLÓN DE ANUNCIOS</li> <li>– ACCESO A PROGRAMA INFORMÁTICO DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS</li> </ul> <p>COMUNICAR INCORPORACIONES DE RESIDENTES AL MINISTERIO</p> <p>FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS SANITARIOS</p>	<p>ACTIVIDAD 03</p> <p>AUTORIDADES DEL CENTRO + JE + TUTORES + RESPONSABLE CALIDAD + RESIDENTES</p>	<p>– ACTO PÚBLICO – DOCUMENTO DE ACOGIDA INSTITUCIO- NAL</p>	<p>MÁXIMO A LOS 15 DÍAS DESDE LA FIRMA DE CONTRATO</p>
	JEFE DE ESTUDIOS / SECRETARIA DE DOCENCIA	REGISTRO INFORMÁTICO	



### PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
FORMACIÓN DE RESIDENTES	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
GARANTIZAR QUE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN ADQUIERAN LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES PARA EL DESARROLLO DE SU ESPECIALIDAD, A TRAVÉS DE LA PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DE SU FORMACIÓN.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 RESIDENTE INCORPORADO	ACOGIDA DE RESIDENTES
2 RESIDENTES CON VALORACIONES POSITIVAS ANUALES	EVALUACIÓN SUMATIVA
3 RESIDENTES CON RECUPERACIONES POSITIVAS ANUALES	EVALUACIÓN SUMATIVA
4 PROPUESTA DE RECUPERACIÓN	EVALUACIÓN SUMATIVA
5 SOLICITUD DE ROTACIÓN EXTERNA	RESIDENTE
6 AUTORIZACIÓN ROTACIÓN EXTERNA	ADMINISTRACIONES (GRS)

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 INFORME DE EVALUACIÓN FORMATIVA (INFORME DE ENTREVISTA)	EVALUACIÓN SUMATIVA

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- GERENCIA REGIONAL DE SALUD
- COMISIONES DE DOCENCIA DE DESTINO DE ROTACIONES
- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO
- MIEMBROS DE LAS COMISIONES DE DOCENCIA
- SECRETARIA DE DOCENCIA
- JEFE DE ESTUDIOS
- TUTOR
- TUTOR DE APOYO
- TUTORES ASOCIADOS
- COLABORADORES DOCENTES
- ÓRGANOS DE GESTIÓN DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

INFRAESTRUCTURA
- REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DOCENTE DE CENTROS

OTROS
- NADA A SEÑALAR

INDICADORES	
I-18	% DE RESIDENTES CON PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN
I-19	% DE RESIDENTES CON AL MENOS 4 ENTREVISTAS ANUALES REALIZADAS
I-20	% DE ROTACIONES CON INFORMES
I-21	% DE RESIDENTES QUE HAN PARTICIPADO EN ACTIVIDAD CIENTÍFICA
I-22	% DE RESIDENTES QUE HAN PUBLICADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL AL FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA
I-23	% DE RESIDENTES QUE HAN PRESENTADO UNA COMUNICACIÓN A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL AL FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA
I-24	% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN TRANSVERSAL COMÚN
I-25	Nº DE SESIONES CLÍNICAS PRESENTADAS POR RESIDENTE Y AÑO
I-26	% DE NO CONFORMIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO FORMATIVO

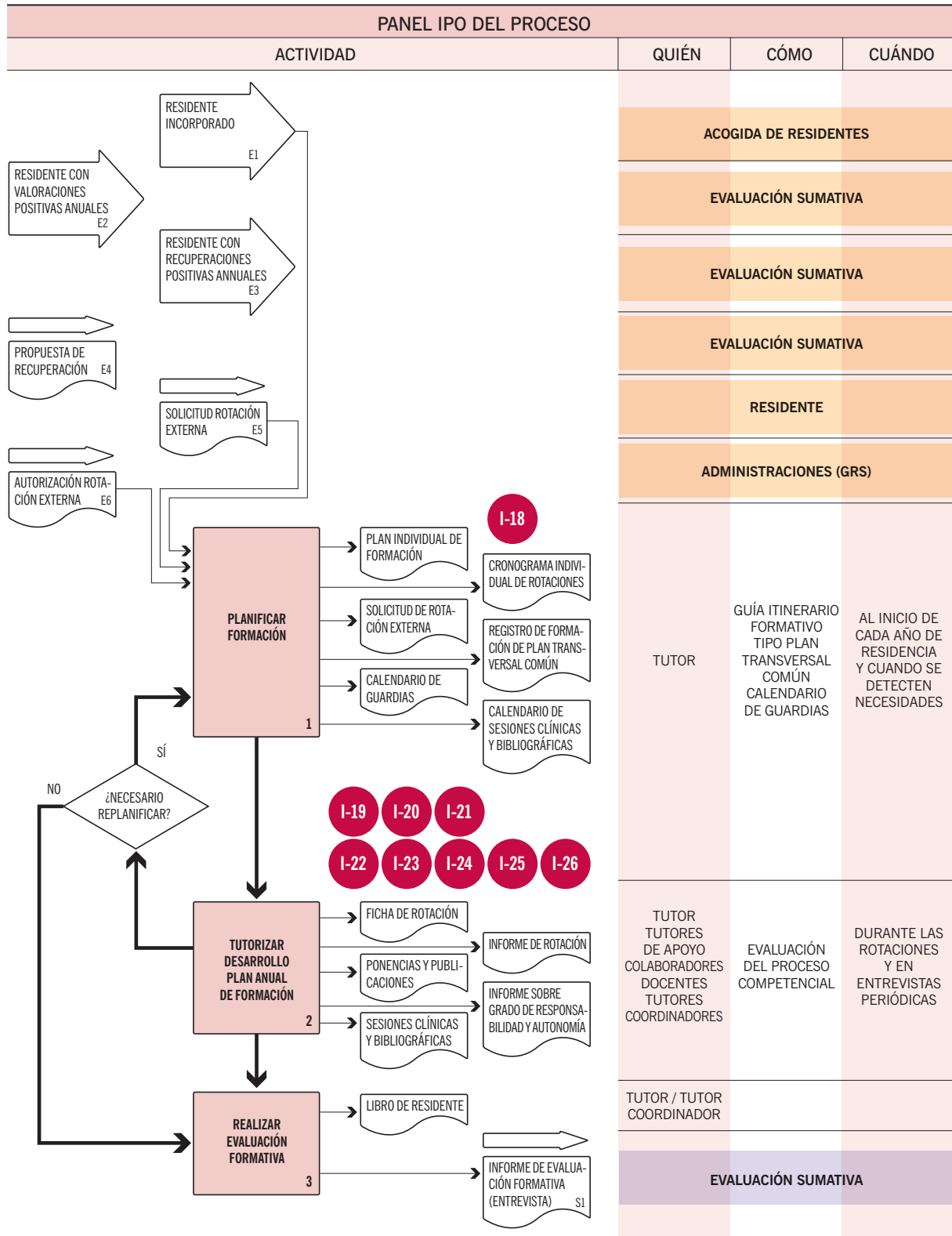
**PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES**

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA	
LEY 44/2003	----
RD 183/2008	----
ORDEN SCO/581/2008	----
DECRETO 75/2009	----
PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES	----
ORDEN SAN/561/2010 DE AUTORIZACIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS	----
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	----
PLAN TRANSVERSAL COMÚN	----
GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES	PG-04
ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE CADA ESPECIALIDAD	----
CALENDARIO DE SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS GENERALES DEL CENTRO DEL SERVICIO/EAP	----
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DEL CENTRO	----

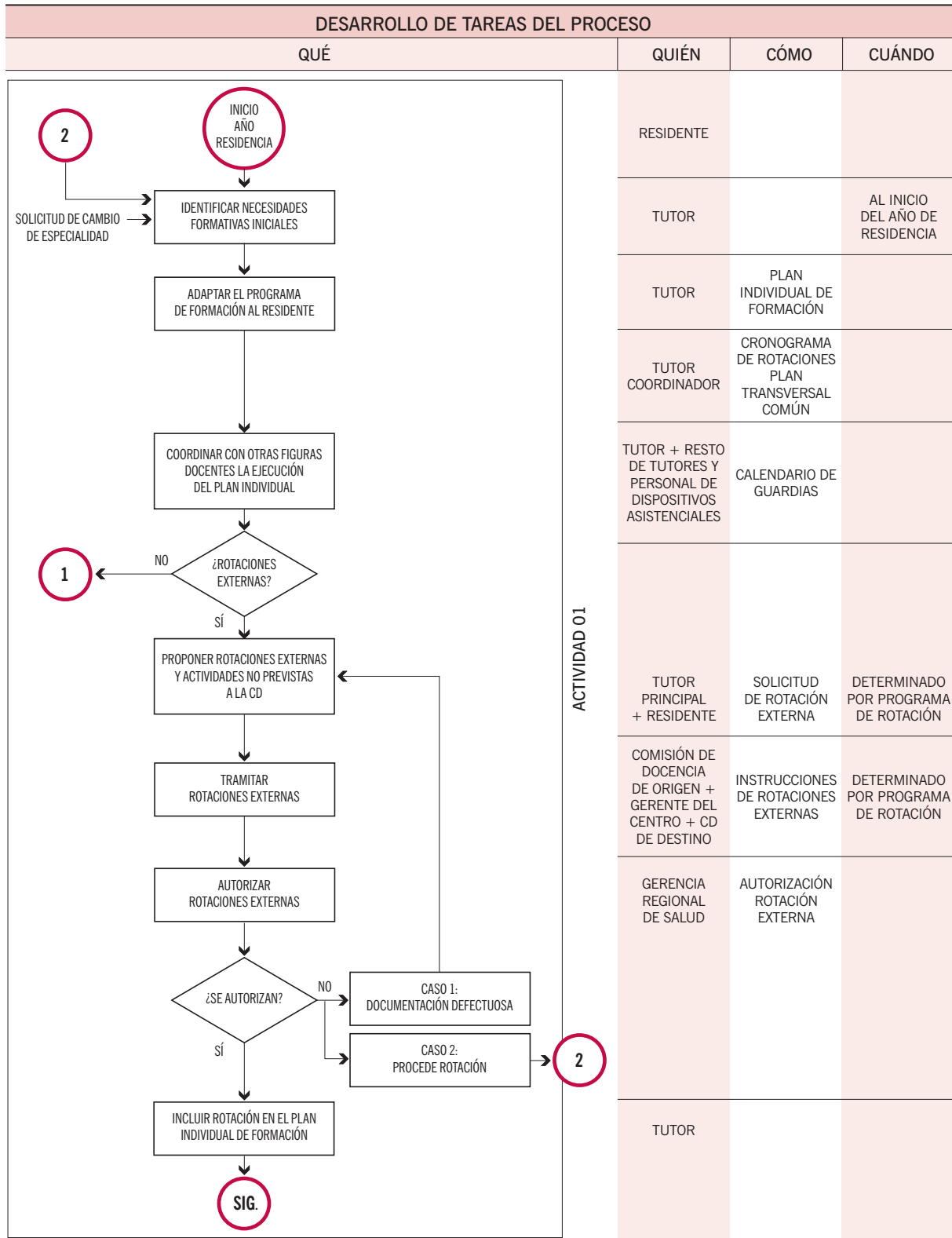
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
PLAN INDIVIDUAL ANUAL DE FORMACIÓN	----	SOLICITUD DE ROTACIÓN EXTERNA	----
CRONOGRAMA INDIVIDUAL DE ROTACIONES	----	AUTORIZACIÓN DE ROTACIÓN EXTERNA	----
FICHA DE ROTACIÓN	----	LIBRO DE RESIDENTE	----
INFORME DE EVALUACIÓN FORMATIVA (INFORME DE ENTREVISTA)	----	REGISTRO INDIVIDUAL DEL PLAN TRANSVERSAL COMÚN	----
INFORME DE ROTACIÓN	----	INFORME SOBRE GRADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTONOMÍA	----
REGISTRO DEL PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS	----	CALENDARIO DE GUARDIAS	----
CALENDARIO DE SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS	----	PONENCIAS Y PUBLICACIONES	----
HOJA DE NO CONFORMIDAD	----		

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES**



**PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES**

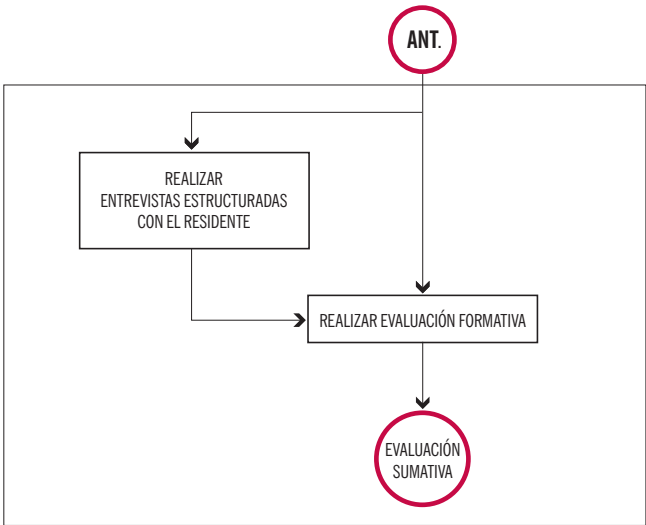


**PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
	TUTOR	– PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN – FICHA DE ROTACIÓN – INFORME DE GRADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTONOMÍA	ANTES DE LA ROTACIÓN
	TUTOR DE APOYO / COLABORADOR DOCENTE	LIBRO DE RESIDENTE	
	TODOS		
	TUTOR DE APOYO / COLABORADOR DOCENTE		
	TUTOR DE APOYO / COLABORADOR DOCENTE	SIEMPRE PRESENCIA FÍSICA PARA EL R1	
	TUTOR		EN FUNCIÓN DE LA ROTACIÓN
	TUTOR DE APOYO / COLABORADOR DOCENTE	LIBRO DE RESIDENTE	DURANTE Y AL FINALIZAR CADA ROTACIÓN
	TUTOR		
	TUTOR + TUTOR COORDINADOR + RESPONSABLE CALIDAD	PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES	A LO LARGO DE LAS ROTACIONES



**PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     ANT((ANT.)) --&gt; A[REALIZAR ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS CON EL RESIDENTE]     A --&gt; B[REALIZAR EVALUACIÓN FORMATIVA]     B --&gt; SUM((EVALUACIÓN SUMATIVA))           </pre>			
	TUTOR	INFORME DE ENTREVISTA / LIBRO DE RESIDENTE	MÍNIMO 4 ENTREVISTAS ANUALES
	TUTOR + TUTOR COORDINADOR	INFORME DE EVALUACIÓN FORMATIVA	

ACTIVIDAD 03

**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
EVALUACIÓN SUMATIVA	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
VALORAR QUE EL NIVEL DE COMPETENCIAS ADQUIRIDO POR EL RESIDENTE EN CADA PERIODO FORMATIVO Y AL FINALIZAR SU RESIDENCIA LE PERMITE ACCEDER AL TÍTULO DE ESPECIALISTA.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 INFORME DE EVALUACIÓN FORMATIVA	FORMACIÓN DE RESIDENTES
2 SOLICITUD DE REVISIÓN DE EVALUACIÓN ANUAL	RESIDENTE
3 SOLICITUD DE REVISIÓN DE EVALUACIÓN FINAL	RESIDENTE
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 PUBLICACIÓN RESOLUCIÓN EVALUACIÓN ANUAL	RESIDENTE
2 CERTIFICACION CALIFICACIONES ANUALES DE ESPECIALISTAS	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
3 RESIDENTE CON VALORACIÓN POSITIVA	FORMACIÓN DE RESIDENTES
4 PROPUESTA DE RECUPERACIÓN	FORMACIÓN DE RESIDENTES
5 PRÓRROGA DEL CONTRATO	RESIDENTE / ADMINISTRACIONES (MINISTERIO) / GERENCIA DEL CENTRO
6 SOLICITUD DE VOCAL	ADMINISTRACIONES (GRS)
7 NOTIFICACIÓN MOTIVADA DE EVALUACIÓN NEGATIVA ANUAL	RESIDENTE
8 COMUNICACIÓN REVISIÓN EVALUACIÓN ANUAL	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
9 RESIDENTE CON RECUPERACIÓN POSITIVA	FORMACIÓN DE RESIDENTES
10 RESCISIÓN DE CONTRATO	RESIDENTE
11 CERTIFICADO FINAL DE RESIDENCIA	RESIDENTE
12 CERTIFICACIÓN CALIFICACIONES FINALES DE ESPECIALISTAS	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
13 SOLICITUD DE MENCIÓN DE EVALUACIÓN FINAL	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)
14 SOLICITUD DE REVISIÓN DE EVALUACIÓN FINAL	ADMINISTRACIONES (MINISTERIO)

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO
- MIEMBROS DE LAS COMISIONES DE DOCENCIA Y COMITÉS DE EVALUACIÓN
- SECRETARIA DE DOCENCIA
- JEFE DE ESTUDIOS
- TUTOR COORDINADOR
- TUTOR
- DEPARTAMENTO DE PERSONAL DEL CENTRO

INFRAESTRUCTURA
- REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DOCENTE DE CENTROS

OTROS
- NADA A SEÑALAR

**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

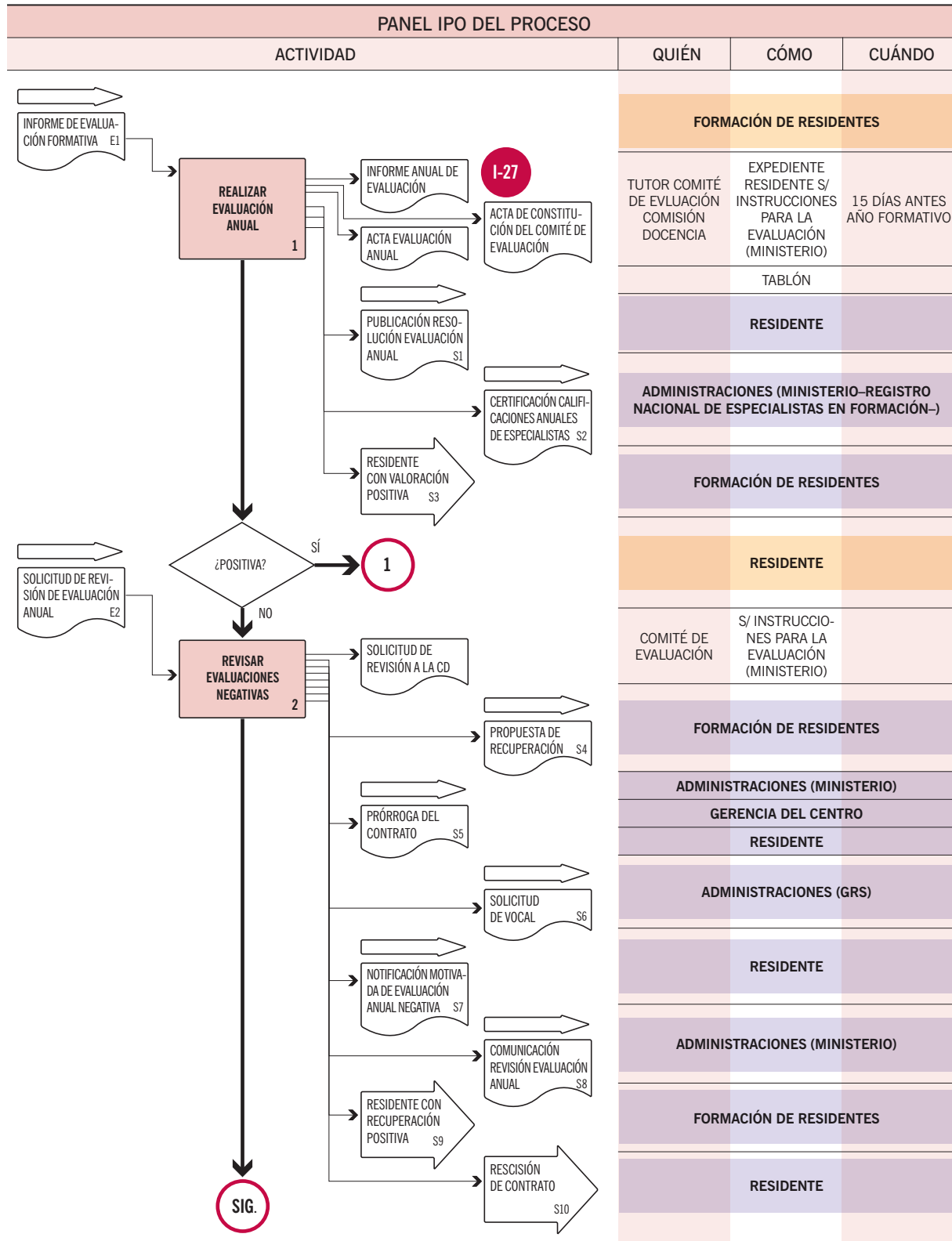
INDICADORES	
I-27	% DE EVALUACIONES NEGATIVAS ANUALES
I-29	% DE EVALUACIONES NEGATIVAS FINALES

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA	
RD 183/2008	----
DECRETO 75/2009	----
REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA	----
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	----
INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DE MÉDICOS, FARMACÉUTICOS, QUÍMICOS, BIÓLOGOS, PSICÓLOGOS Y RADIOFÍSICOS	----
PROGRAMA ADAPTADO DE LA UNIDAD DOCENTE	----
GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES	PG-04
ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE CADA ESPECIALIDAD	----

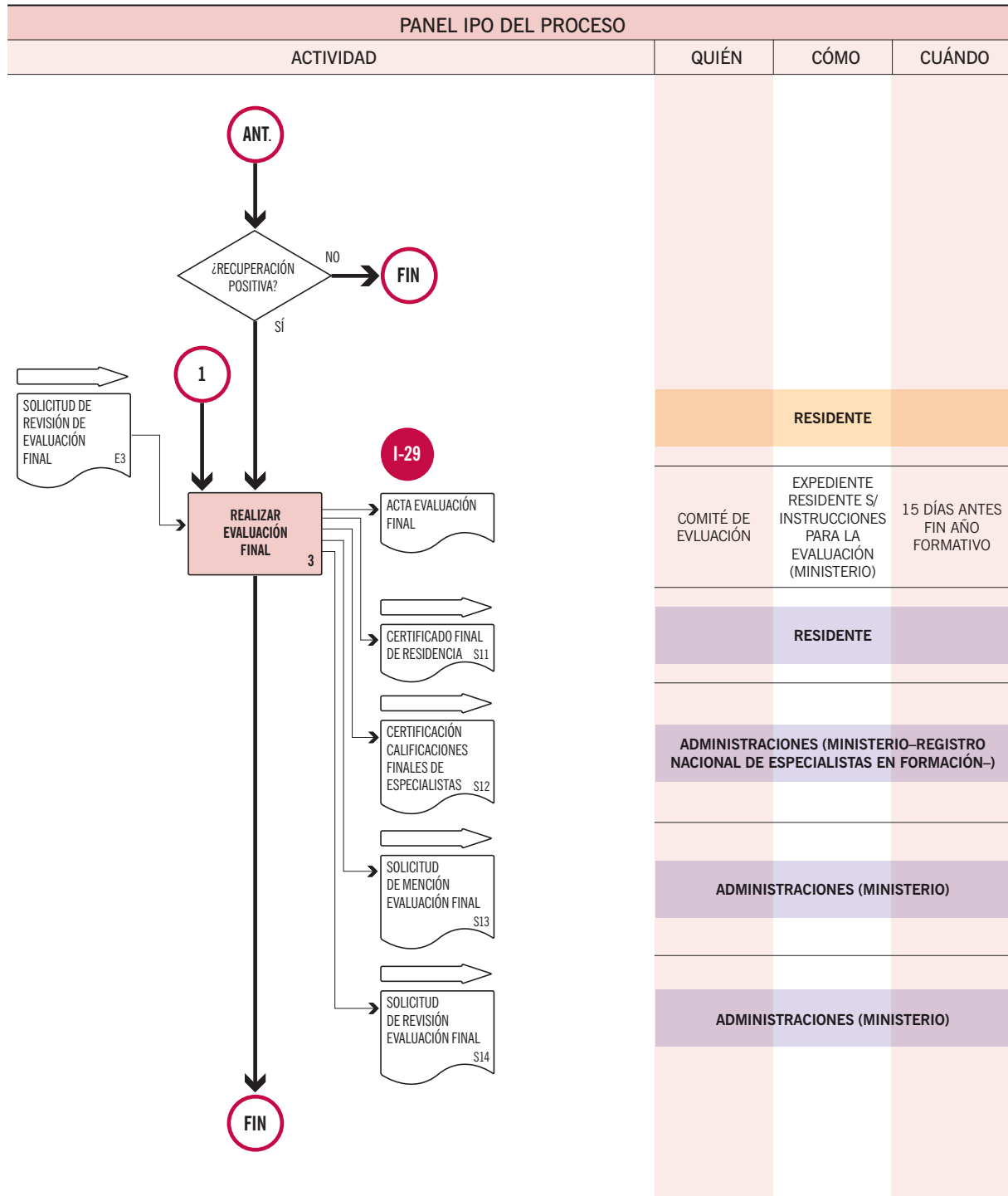
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN	----	INFORME ANUAL DE EVALUACIÓN	----
PUBLICACIÓN RESOLUCIÓN EVALUACIÓN ANUAL	----	ACTA EVALUACIÓN ANUAL	----
SOLICITUD DE REVISIÓN DE EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA	----	CERTIFICACIÓN CALIFICACIONES ANUALES DE ESPECIALISTAS	----
PRÓRROGA DEL CONTRATO	----	PROPOSICIÓN DE RECUPERACIÓN DE EVALUACION ANUAL NEGATIVA	----
NOTIFICACIÓN MOTIVADA DE EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA	----	SOLICITUD DE VOCAL PARA COMITÉ DE EVALUACIÓN	----
ACTA DE EVALUACIÓN FINAL	----	COMUNICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA AL REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN	----
CERTIFICACIÓN CALIFICACIONES ANUALES DE ESPECIALISTAS	----	CERTIFICADO FINAL DE RESIDENCIA	----
SOLICITUD DE MENCIÓN EN EVALUACIÓN FINAL	----	SOLICITUD DE REVISIÓN DE EVALUACIÓN FINAL	----
EXPEDIENTE INDIVIDUAL DEL RESIDENTE	----		----

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

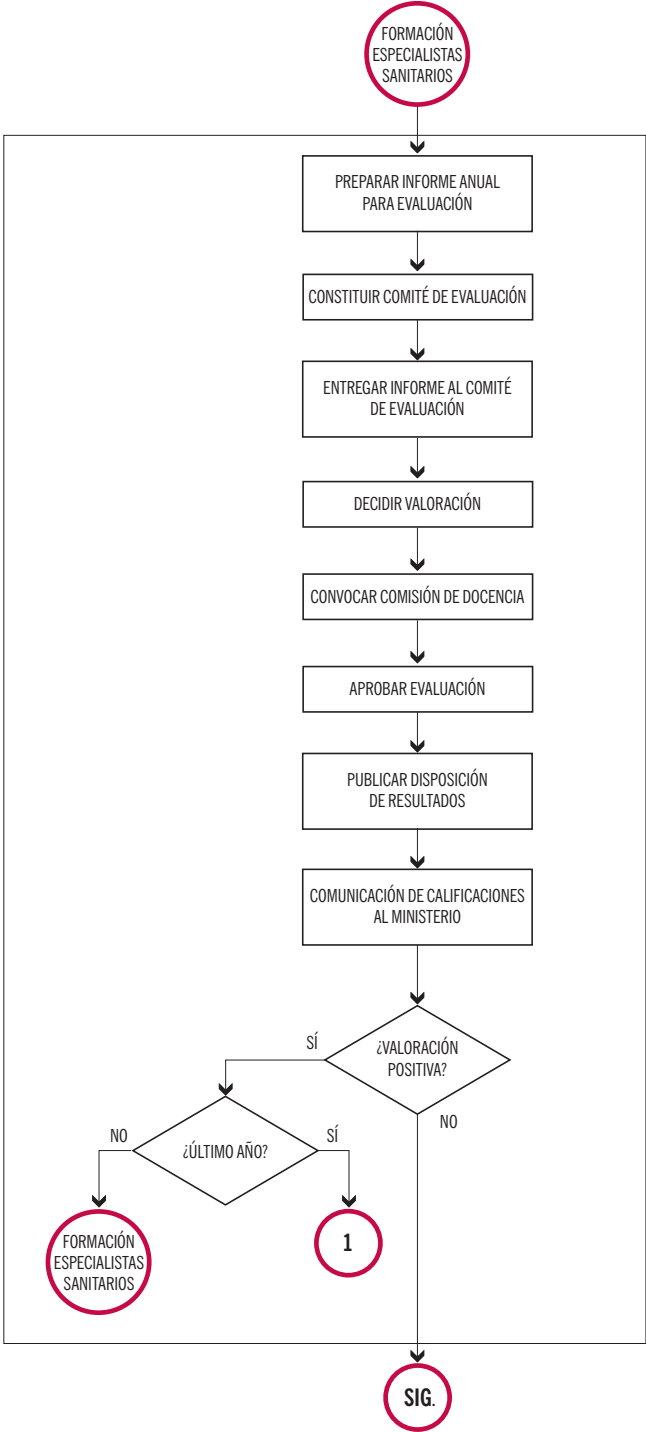
**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**



**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

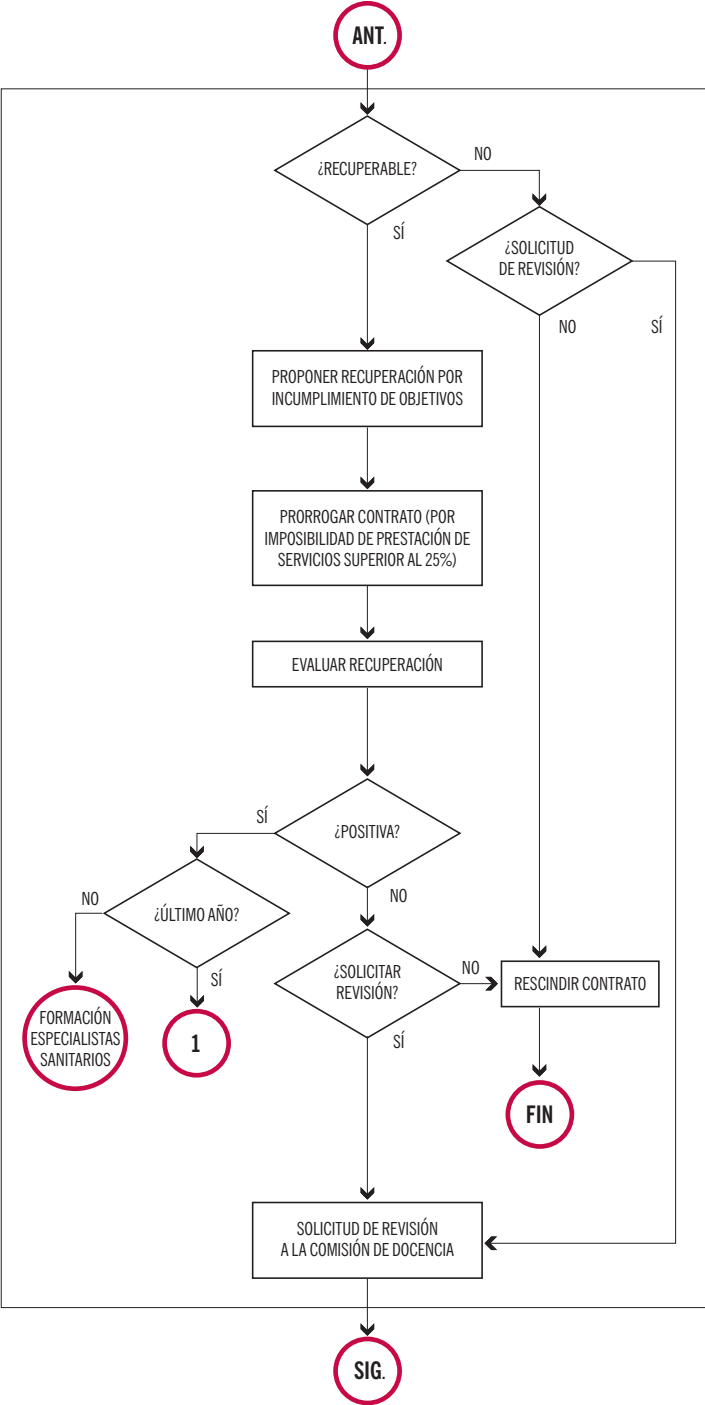


**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

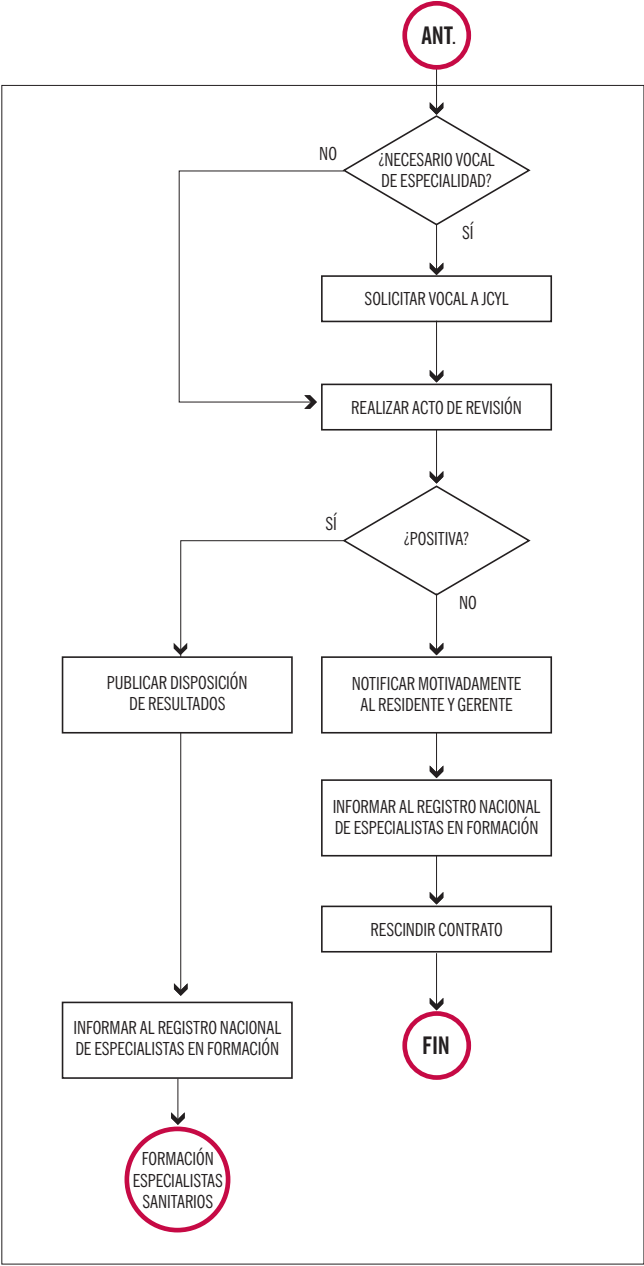
DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     Start((FORMACIÓN ESPECIALISTAS SANITARIOS)) --&gt; Step1[PREPARAR INFORME ANUAL PARA EVALUACIÓN]     Step1 --&gt; Step2[CONSTITUIR COMITÉ DE EVALUACIÓN]     Step2 --&gt; Step3[ENTREGAR INFORME AL COMITÉ DE EVALUACIÓN]     Step3 --&gt; Step4[DECIDIR VALORACIÓN]     Step4 --&gt; Step5[CONVOCAR COMISIÓN DE DOCENCIA]     Step5 --&gt; Step6[APROBAR EVALUACIÓN]     Step6 --&gt; Step7[PUBLICAR DISPOSICIÓN DE RESULTADOS]     Step7 --&gt; Step8[COMUNICACIÓN DE CALIFICACIONES AL MINISTERIO]     Step8 --&gt; Dec1{¿VALORACIÓN POSITIVA?}     Dec1 -- NO --&gt; End((SIG.))     Dec1 -- SÍ --&gt; Dec2{¿ÚLTIMO AÑO?}     Dec2 -- NO --&gt; End2((FORMACIÓN ESPECIALISTAS SANITARIOS))     Dec2 -- SÍ --&gt; End3((1))           </pre>	TUTOR	SEGÚN INFORMES DE ENTREVISTA	MAX. 15 DÍAS ANTES DE LA FINALIZACIÓN AÑO FORMATIVO
	JEFE DE ESTUDIOS	ELABORACIÓN DE ACTA	
	TUTOR		
	COMITÉ DE EVALUACIÓN		
	JEFE DE ESTUDIOS		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	COMISIÓN DE DOCENCIA	TABLÓN DE ANUNCIOS	
	SECRETARIA DE DOCENCIA	SEGÚN MODELO DEL MINISTERIO	

ACTIVIDAD 01

**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

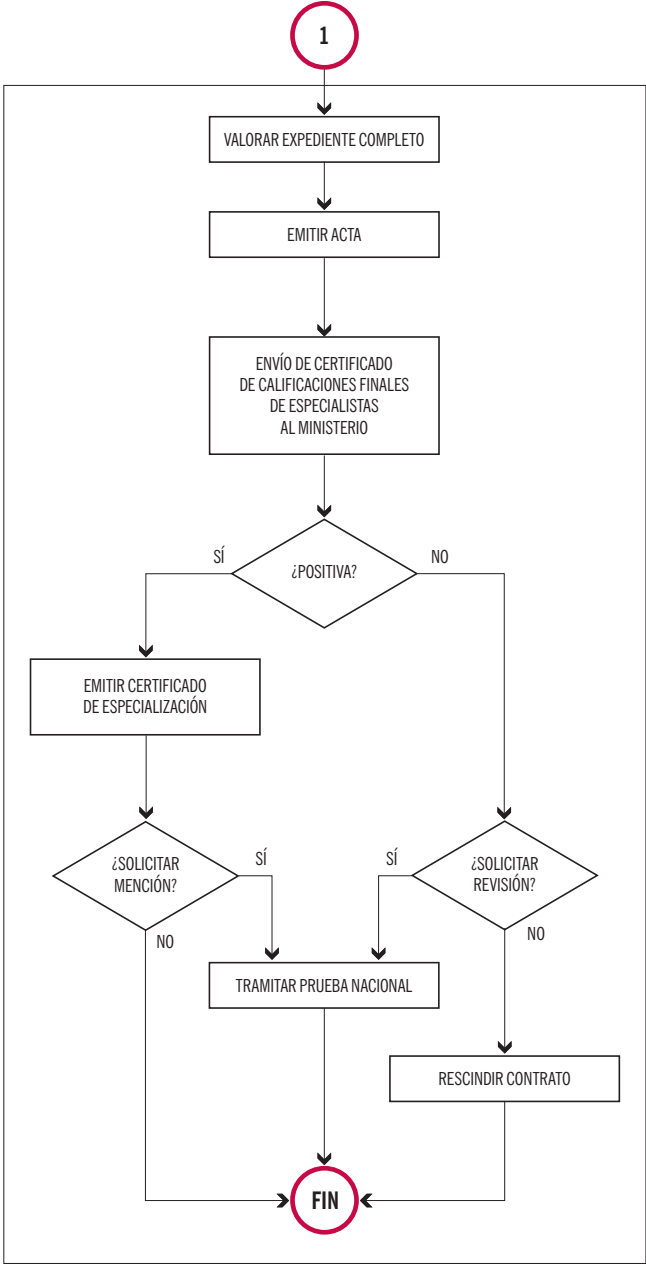
DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     ANT((ANT.)) --&gt; D1{¿RECUPERABLE?}     D1 -- NO --&gt; D2{¿SOLICITUD DE REVISIÓN?}     D1 -- SÍ --&gt; B1[PROPONER RECUPERACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS]     B1 --&gt; B2[PRORROGAR CONTRATO (POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25%)]     B2 --&gt; B3[EVALUAR RECUPERACIÓN]     B3 --&gt; D3{¿POSITIVA?}     D3 -- SÍ --&gt; D4{¿ÚLTIMO AÑO?}     D3 -- NO --&gt; D5{¿SOLICITAR REVISIÓN?}     D4 -- NO --&gt; C1((FORMACIÓN ESPECIALISTAS SANITARIOS))     D4 -- SÍ --&gt; C2((1))     D5 -- SÍ --&gt; B4[SOLICITUD DE REVISIÓN A LA COMISIÓN DE DOCENCIA]     D5 -- NO --&gt; B5[RESCINDIR CONTRATO]     B4 --&gt; SIG((SIG.))     B5 --&gt; FIN((FIN))     D2 -- SÍ --&gt; B4   </pre>	ACTIVIDAD 02	1-2 Ó 3 MESES SEGÚN ESPECIALIDAD	
		DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	
		COMITÉ DE EVALUACIÓN	
		COMISIÓN DE DOCENCIA / GERENCIA DE CENTRO	
		RESIDENTE	POR ESCRITO
			10 DÍAS DESDE PUBLICACIÓN

**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     ANT((ANT.)) --&gt; D1{¿NECESARIO VOCAL DE ESPECIALIDAD?}     D1 -- NO --&gt; RAR[REALIZAR ACTO DE REVISIÓN]     D1 -- SÍ --&gt; SV[SOLICITAR VOCAL A JCYL]     SV --&gt; RAR     RAR --&gt; D2{¿POSITIVA?}     D2 -- SÍ --&gt; PDR[PUBLICAR DISPOSICIÓN DE RESULTADOS]     PDR --&gt; INR[INFORMAR AL REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN]     INR --&gt; FES((FORMACIÓN ESPECIALISTAS SANITARIOS))     D2 -- NO --&gt; NM[NOTIFICAR MOTIVADAMENTE AL RESIDENTE Y GERENTE]     NM --&gt; INR2[INFORMAR AL REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN]     INR2 --&gt; RC[RESCINDIR CONTRATO]     RC --&gt; FIN((FIN))           </pre>	ACTIVIDAD 02		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	COMISIÓN DE DOCENCIA + RESIDENTE + TUTOR		MÁXIMO 15 DÍAS DESDE RECEPCIÓN SOLICITUD
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		MÁXIMO 10 DÍAS DESDE LA NOTIFICACIÓN
	GERENCIA DEL CENTRO		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		MÁXIMO 10 DÍAS DESDE LA PUBLICACIÓN



**PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA**

DESARROLLO DE TAREAS DEL PROCESO			
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
 <pre> graph TD     1((1)) --&gt; A[VALORAR EXPEDIENTE COMPLETO]     A --&gt; B[EMITIR ACTA]     B --&gt; C[ENVÍO DE CERTIFICADO DE CALIFICACIONES FINALES DE ESPECIALISTAS AL MINISTERIO]     C --&gt; D{¿POSITIVA?}     D -- SÍ --&gt; E[EMITIR CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN]     D -- NO --&gt; F{¿SOLICITAR REVISIÓN?}     E --&gt; G{¿SOLICITAR MENCIÓN?}     G -- SÍ --&gt; H[TRAMITAR PRUEBA NACIONAL]     G -- NO --&gt; I((FIN))     H --&gt; I     F -- SÍ --&gt; J[RESCINDIR CONTRATO]     F -- NO --&gt; I     J --&gt; I           </pre>	COMITÉ DE EVALUACIÓN		
	COMITÉ DE EVALUACIÓN	ACTA EVALUACIÓN FINAL	MÁXIMO 10 DÍAS DESDE LA NOTIFICACIÓN
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
	COMISIÓN DE DOCENCIA		
ACTIVIDAD 03	GERENCIA DEL CENTRO		

**PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
CAPACITAR A TODO EL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DEL CENTRO DOCENTE PARA EL DESARROLLO DE SUS TAREAS A TRAVÉS DE LA FORMACION NECESARIA

ENTRADAS		PROCESO/S – G.I.
1	NECESIDAD DE FORMACIÓN	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
		ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE
		ACREDITACIÓN/REACREDITACION DE TUTORES
		TODOS LOS PROCESOS
2	CATÁLOGO DE FORMACIÓN DE TUTORES	ADMINISTRACIONES
3	PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL IMPLICADO EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA	ADMINISTRACIONES

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS		PROCESO/S – G.I.
1	NECESIDADES DE FORMACIÓN (APLICACIÓN GESTIÓN FORMACIÓN CONTINUADA)	ADMINISTRACIONES
2	PERSONAL COMPETENTE PARA PUESTO DE TRABAJO	TODOS LOS PROCESOS

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- JEFE DE ESTUDIOS
- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- TUTORES COORDINADORES
- ÁREA DE FORMACIÓN CONTINUADA

INFRAESTRUCTURA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PLATAFORMA FOSA</li> <li>- BASE DE DATOS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA (FESP)</li> </ul>

OTROS
- NADA A SEÑALAR

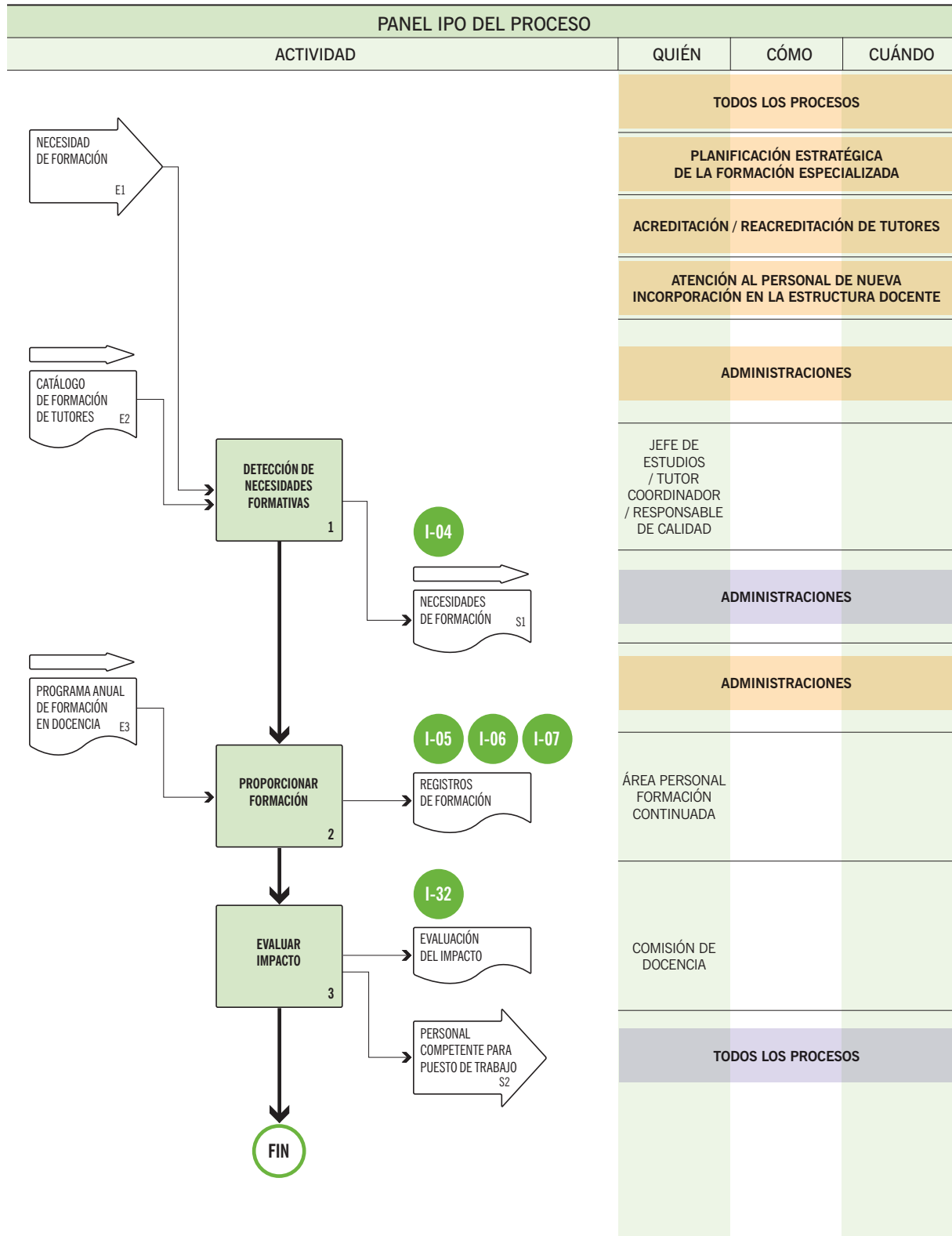
INDICADORES	
I-04	% DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN DOCENCIA SATISFECHAS
I-05	% PERSONAL QUE PARTICIPA EN ACCIONES FORMATIVAS
I-06	Nº HORAS DE FORMACIÓN/TUTOR
I-07	INDICE DE SATISFACCIÓN ASISTENTES A LA FORMACIÓN
I-32	GRADO DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE CON LA ACTUALIZACIÓN DEL TUTOR EN SU FORMACIÓN

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
LEGISLACIÓN APLICABLE

**PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	----	EVALUACIÓN DEL IMPACTO (FESP)	----
REGISTROS DE FORMACIÓN (FOSA)	----		
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:	

**PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**





**PS-01-02 ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

MISIÓN DEL PROCESO
INFORMAR AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN EL CENTRO Y DEL PLAN DE GESTIÓN DEL MISMO, DETECTANDO ADEMÁS LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL PROFESIONAL.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN NOMBRADO	<b>PERSONAS (PROFESIONALES)</b> ACREDITACIÓN / REACREDITACION DE TUTORES
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 NECESIDAD DE FORMACIÓN DETECTADA	FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA
2 PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN INFORMADO	<b>PERSONAS (PROFESIONALES)</b> TODOS LOS PROCESOS

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES
- GERENTE - JEFE DE ESTUDIOS - TUTOR COORDINADOR

INFRAESTRUCTURA
- NADA A SEÑALAR

OTROS
- NADA A SEÑALAR

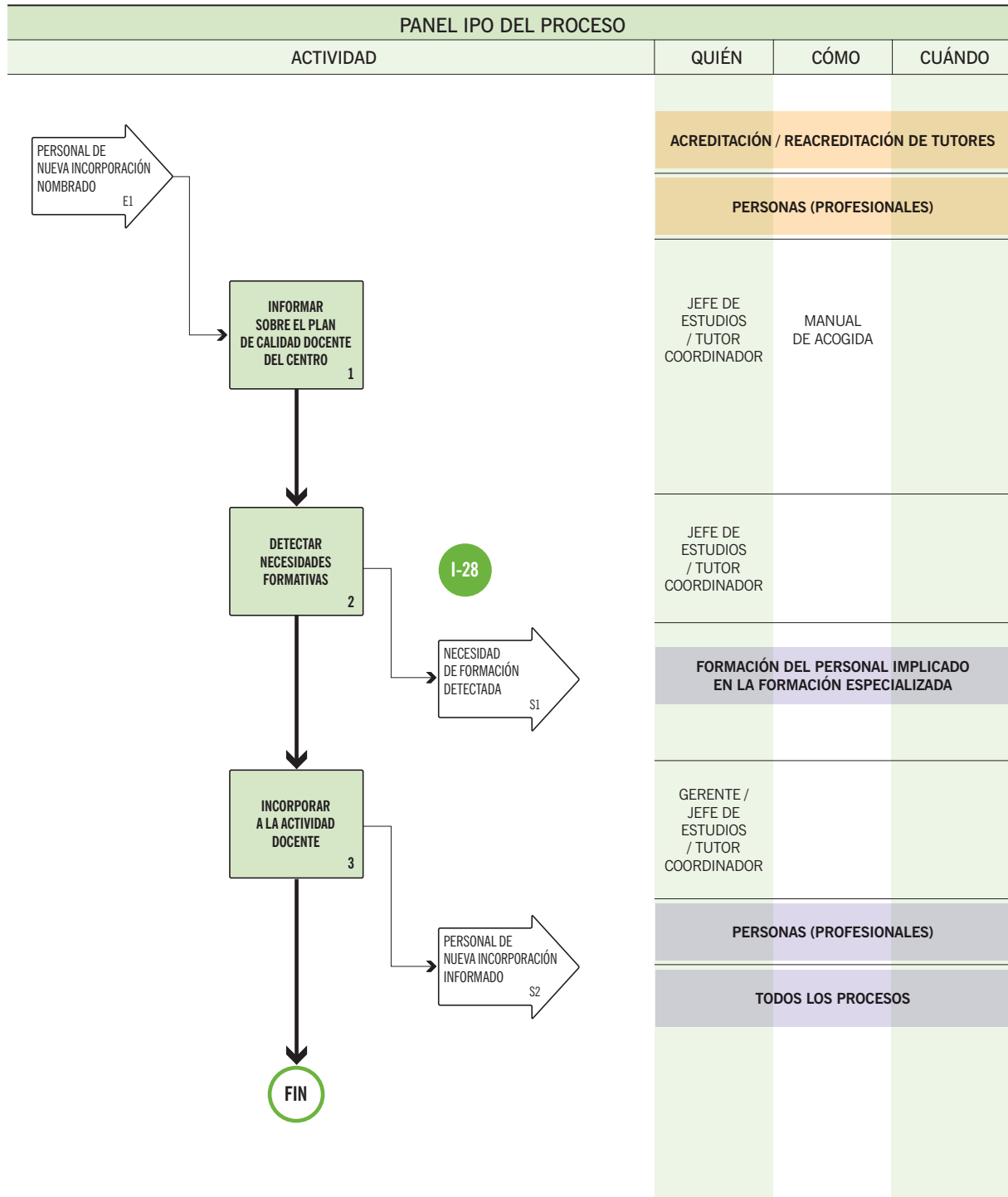
INDICADORES
I-28 GRADO DE SATISFACCIÓN DE ACOGIDA EN EL CENTRO Y DOCUMENTACIÓN ASOCIADA

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PS-01-02 ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE**



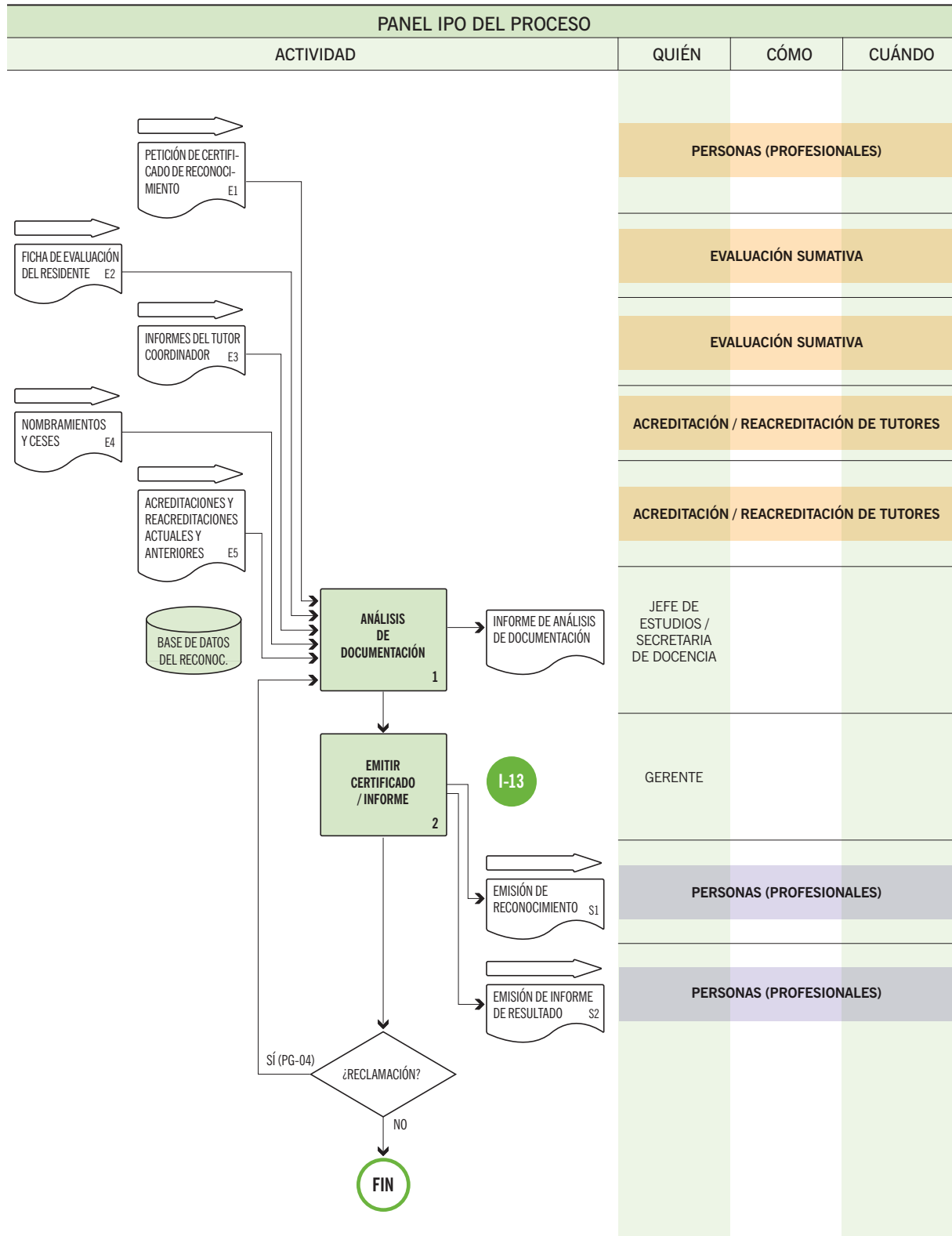
### PS-01-04 RECONOCIMIENTO DOCUMENTAL EN DOCENCIA

TÍTULO DEL PROCESO		PROPIETARIO
RECONOCIMIENTO DOCUMENTAL EN DOCENCIA		GERENTE
MISIÓN DEL PROCESO		
RECONOCIMIENTO DOCUMENTAL DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS DISTINTAS FIGURAS DOCENTES EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.		
ENTRADAS		PROCESO/S – G.I.
1	PETICIÓN DE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO	PERSONAS (PROFESIONALES)
2	FICHA DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE	EVALUACIÓN SUMATIVA
3	INFORMES DEL TUTOR COORDINADOR	EVALUACIÓN SUMATIVA
4	NOMBRAMIENTOS Y CESES	ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE TUTORES
5	ACREDITACIONES Y REACREDITACIONES (ACTUALES Y ANTERIORES)	ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE TUTORES
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS		PROCESO/S – G.I.
1	EMISIÓN DE RECONOCIMIENTO	PERSONAS (PROFESIONALES)
2	EMISIÓN DE INFORME DE RESULTADO	PERSONAS (PROFESIONALES)
RECURSOS		
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES		
- GERENTE - JEFE DE ESTUDIOS - SECRETARIA DE DOCENCIA		
INFRAESTRUCTURA		
- BASE DE DATOS DEL RECONOCIMIENTO		
OTROS		
- NADA A SEÑALAR		
INDICADORES		
I-13	Nº DE RECLAMACIONES / Nº DE SOLICITUDES DE CERTIFICADO	
DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA		
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES		PG-04
RD 183/2008		
DECRETO 75/2009		



ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PS-01-04 RECONOCIMIENTO DOCUMENTAL EN DOCENCIA**





**PS-02 GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
PLANIFICAR LA NECESIDAD DE RECURSOS ECONÓMICOS Y MATERIALES Y GESTIONAR LOS RECURSOS ECONÓMICOS ASIGNADOS PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS.

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 NECESIDAD DE RECURSOS ECONÓMICOS Y MATERIALES PARA FORMACIÓN	TODOS LOS PROCESOS
2 NECESIDADES FORMATIVAS DE PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD (PLAN TRANSVERSAL COMÚN)	FORMACIÓN DE RESIDENTES
3 PRESUPUESTO APROBADO	ADMINISTRACIONES (GRS)
4 NECESIDAD DE RECURSOS IMPREVISTOS	TODOS LOS PROCESOS

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 PRESUPUESTO SOLICITADO	ADMINISTRACIONES (GRS)
2 RECURSOS ECONÓMICOS ASIGNADOS A FORMACIÓN	TODOS LOS PROCESOS
3 INFORME DE EJECUCIÓN DE ACCIONES REALIZADAS	ADMINISTRACIONES (GRS)

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES

- GERENCIA REGIONAL DE SALUD (GRS)
- JEFE DE ESTUDIOS
- COMISIÓN DE DOCENCIA

INFRAESTRUCTURA
- NADA A SEÑALAR

OTROS
- NADA A SEÑALAR

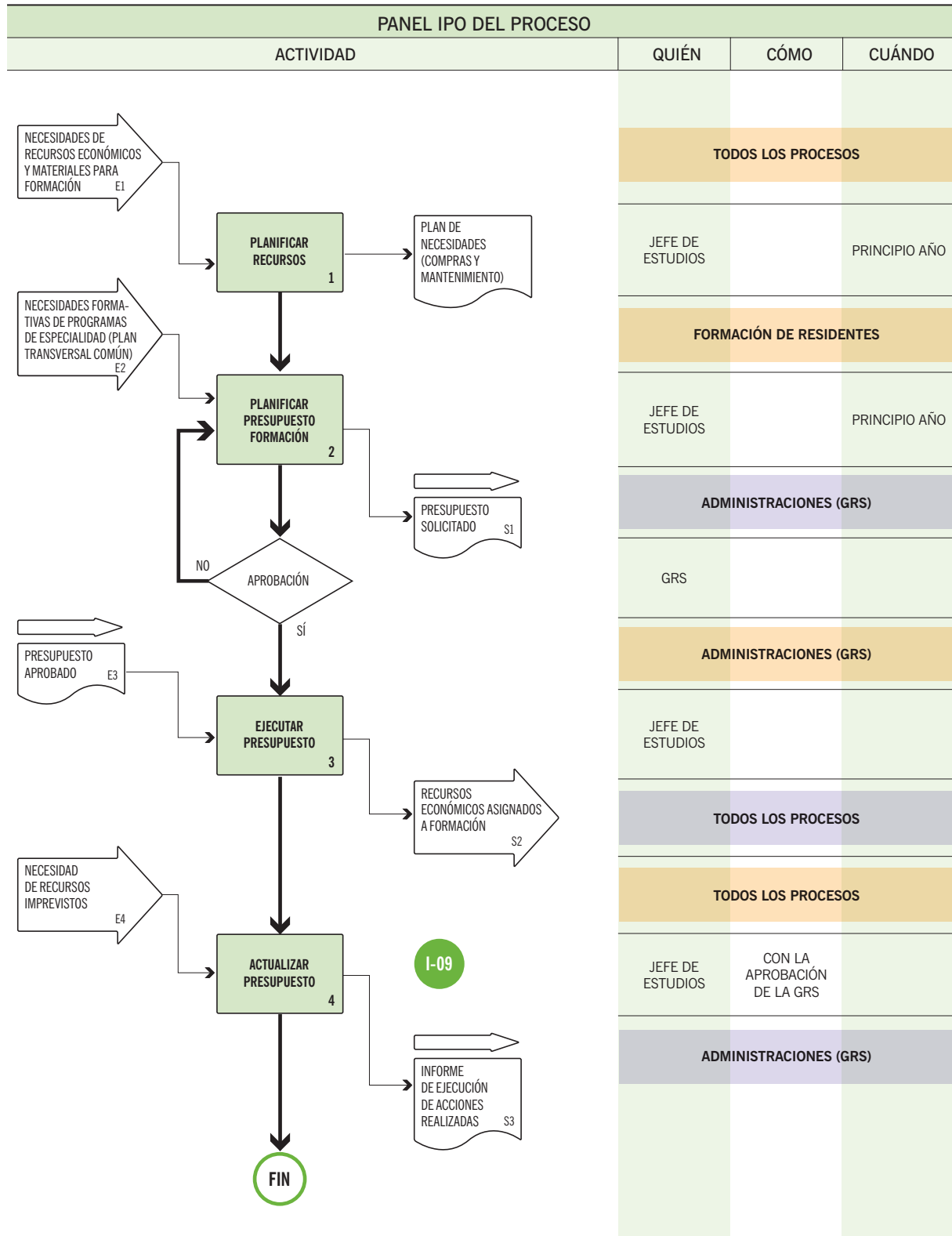
INDICADORES
I-09 PRESUPUESTO EJECUTADO / PRESUPUESTO ADJUDICADO

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
----------------------------------------------

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
PLAN ANUAL DE NECESIDADES	----	INFORME DE EJECUCIÓN DE ACCIONES REALIZADAS	
PRESUPUESTO APROBADO	----		

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PS-02 GESTIÓN ECONÓMICA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**



### PS-03 GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA

TÍTULO DEL PROCESO		PROPIETARIO	
GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA		SECRETARIA/O DE DOCENCIA	
MISIÓN DEL PROCESO			
GESTIÓN ADMINISTRATIVA DERIVADA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN EL CENTRO DOCENTE.			
ENTRADAS		PROCESO/S – G.I.	
1	NECESIDAD DE GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA RELACIONADA CON LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA	TODOS LOS PROCESOS	
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS		PROCESO/S – G.I.	
1	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA RELACIONADA CON LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA GESTIONADA	TODOS LOS PROCESOS	
RECURSOS			
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES			
- SECRETARIA DE DOCENCIA			
INFRAESTRUCTURA			
- APLICACIÓN INFORMÁTICA FESP, SISTEMA DE ARCHIVOS, ESPACIO ESPECÍFICO			
OTROS			
- EQUIPO INFORMÁTICO			
INDICADORES			
I-10	Nº DE NO CONFORMIDADES ASOCIADAS A SECRETARÍA DE DOCENCIA		
I-14	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES CON LA SECRETARÍA DE DOCENCIA		
DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA			
SECRETARÍA DE DOCENCIA			
REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
COMPOSICIÓN DE COMISIÓN DE DOCENCIA Y COMITÉS DE EVALUACIÓN	----	INFORMES DE LAS EVALUACIONES DE LAS ROTACIONES DE LOS RESIDENTES	----
CONVOCATORIAS A LA COMISIÓN DE DOCENCIA	----	LISTADO DE ROTACIONES EXTERNAS	----
CONVOCATORIAS A LOS COMITÉS DE EVALUACIÓN	----	CALENDARIOS DE GUARDIAS (EN PRIMARIA)	----
ACTA DE REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA	----	NOMBRAMIENTOS DE LAS FIGURAS DOCENTES	----
ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN	----	CERTIFICADOS DE RECONOCIMIENTO DE LAS FIGURAS DOCENTES	----
LIBRO EXCEL DE PLAN TRANSVERSAL COMÚN	----	INFORMES ESPECÍFICOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO Y AUTONÓMICA	----
GUÍA DE ITINERARIOS FORMATIVO TIPO DE CADA ESPECIALIDAD	----	EXPEDIENTES DE ACREDITACIÓN DE UNIDAD DOCENTE	----



**PS-03 GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA**

**PANEL IPO DEL PROCESO**

**VER PG-06**  
**GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA**





### PS-04 GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA	JEFE DE ESTUDIOS

MISIÓN DEL PROCESO
ESTABLECER Y GESTIONAR CANALES DE COMUNICACIÓN EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA

ENTRADAS	PROCESO/S – G.I.
1 PLANES DE ACTUACIÓN	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA
2 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	TODOS LOS PROCESOS

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS	PROCESO/S – G.I.
1 CANALES DE COMUNICACIÓN ESTABLECIDOS Y EFICACES EN AMBOS SENTIDOS	TODOS LOS PROCESOS
2 DATOS PARA SEGUIMIENTO	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES
- GERENCIA DEL CENTRO - TODA LA ESTRUCTURA DOCENTE

INFRAESTRUCTURA
- CANALES DE COMUNICACIÓN DEFINIDOS (CORREO ELECTRÓNICO, INTRANET,...)

OTROS
- NADA A SEÑALAR

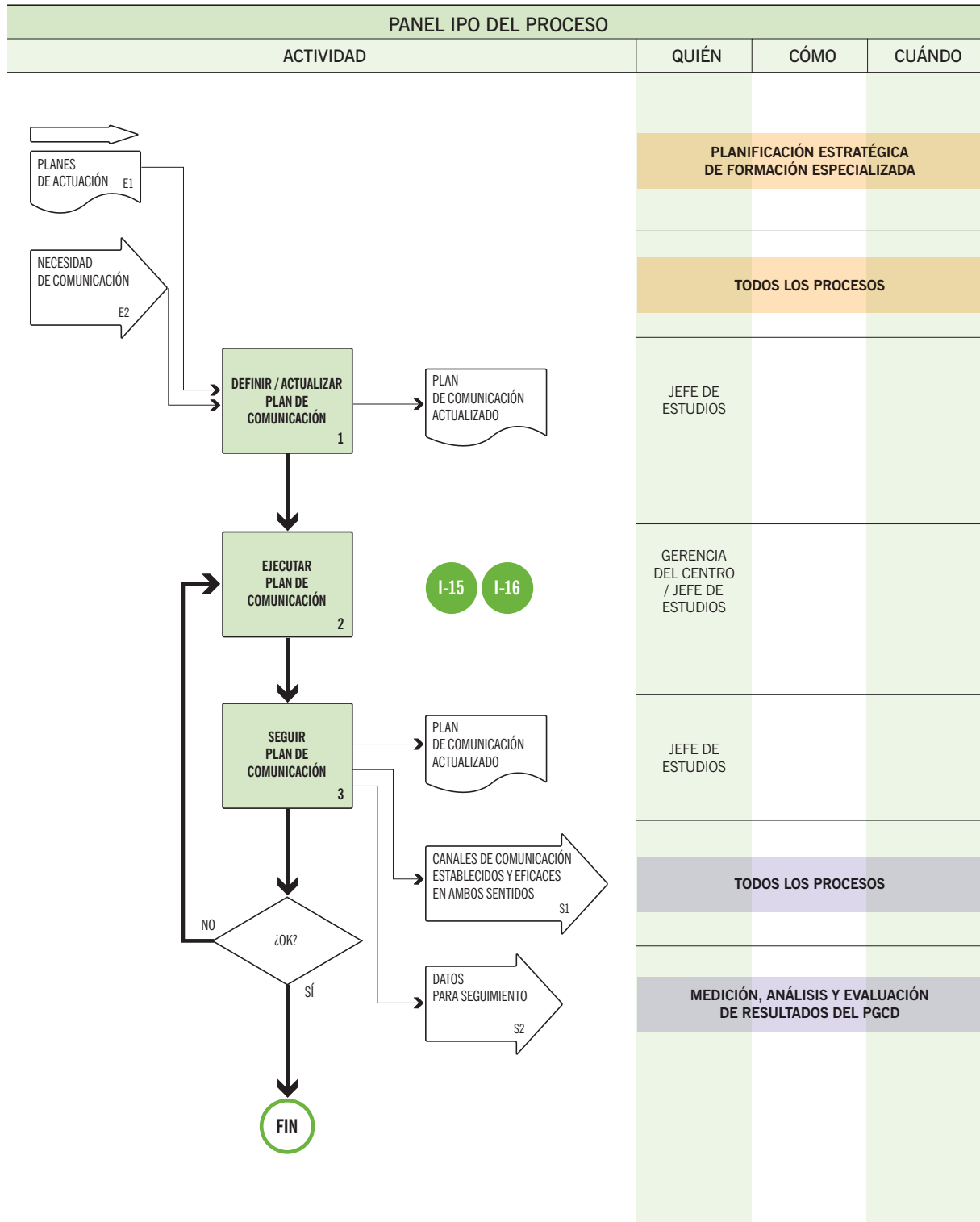
INDICADORES
I-15 Nº DE NO CONFORMIDADES POR PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN
I-16 Nº DE RECLAMACIONES ASOCIADAS A PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA
----------------------------------------------

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
PLAN DE COMUNICACIÓN	FO-014		

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

**PS-04 GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA**



# PROCEDIMIENTOS

## PROCEDIMIENTO PG-01

### ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## ÍNDICE GENERAL

1. Objeto y Alcance.
2. Responsabilidades.
3. Desarrollo.
  - 3.1. Documentación del PGCD.
  - 3.2. Manual del PGCD.
  - 3.3. Fichas de proceso.
  - 3.4. Procedimientos Generales.
  - 3.5. Instrucciones de trabajo.
  - 3.6. Catálogo de formatos.
4. Referencias.





## 1. OBJETO Y ALCANCE

Definir la sistemática para la elaboración, revisión, aprobación y modificación de la documentación interna del Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD).

Este procedimiento es aplicable al Manual del PGCD, Procedimientos Generales, Fichas de Proceso, Instrucciones de Trabajo y Catálogo de Formatos utilizados en el Centro.

## 2. RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades de elaboración y aprobación de los diferentes documentos del Plan de Gestión de Calidad Docente se detallan en la siguiente tabla:

DOCUMENTO	ELABORA	REVISAR	APRUEBA	CODIFICACIÓN
Manual del PGCD	Responsable de Calidad e Investigación en Docencia	Comisión de Docencia (Firma Presidente)	Gerencia	----
Fichas de proceso	Propietario Proceso	Responsable de Calidad e Investigación en Docencia	Comisión de Docencia (Firma Presidente)	PLETRA (Estratégicos/Operativos/Soporte)-XX-ZZ (Donde XX es un número correlativo y ZZ nº correlativo del subproceso)
Procedimientos Generales	Responsable de Calidad e Investigación en Docencia	Jefe de Estudios	Comisión de Docencia (Firma Presidente)	PG-XX (Donde XX es un número correlativo) Se debe hacer referencia a la ficha de proceso origen
Instrucciones de Trabajo	Persona designada	Responsable de Calidad e Investigación en Docencia	Comisión de Docencia (Firma Presidente)	IT-XX (Donde XX es un número correlativo)
Formatos	Persona que desarrolle el documento en el que surge su necesidad	Persona que revise el documento en el que surge su necesidad	Persona que apruebe el documento en el que surge su necesidad	FO-XX (Donde XX es un número correlativo)

## 3. DESARROLLO

### 3.1. Documentación del PGCD

#### 3.1.1. Elaboración

Cualquier persona del Centro que detecte la necesidad de la elaboración de un nuevo documento lo pondrá en conocimiento del Responsable de Calidad e Investigación en Docencia o del responsable de la elaboración de ese tipo de documentos.

Los responsables de la elaboración de los distintos documentos del Plan de Gestión de Calidad Docente se detallan en el apartado 2. Responsabilidades del presente Procedimiento.

El responsable de la elaboración de cada documento firmará en la primera página en la casilla de "Elaborado". La fecha de "Elaborado" será la de la última redacción del documento, una vez se hayan incluido los comentarios generados en la fase de revisión.

### 3.1.2. Estructura

Los documentos constarán de las páginas necesarias, indicando en todas y cada una de ellas la codificación y el título del documento, el nº de edición, la fecha y el nº de página. La primera página contendrá las casillas “Elaborado”, “Revisado” y “Aprobado” para que firmen los responsables correspondientes.

### 3.1.3. Aprobación

Una vez elaborado cada documento, el responsable correspondiente lo revisará y, una vez incluidas todas las modificaciones oportunas, el responsable de su aprobación lo aprobará, dejando constancia con su firma en la casilla “Aprobado”.

Se considerará la fecha de edición la misma que la de aprobación del documento. Quedará reflejada en el documento y en la Lista de Control de Ediciones (véase el PG-02: Control de la documentación y de los registros).

### 3.1.4. Modificación

Los documentos serán modificados por iniciativa de los responsables de su elaboración, revisión y aprobación.

Decidida la conveniencia de realizar una modificación, el responsable de la elaboración del documento efectuará los cambios oportunos, quedando identificados en la nueva edición mediante sombreado. En el caso de eliminar algún texto, quedará constancia con su tachado.

La elaboración, revisión y aprobación de la nueva edición se hará según lo indicado en los apartados 3.1.1., 3.1.2. y 3.1.3.

El nuevo documento mantendrá la misma codificación y título, avanzando el número de edición.

Tanto en el proceso de elaboración como de revisión y aprobación de una nueva edición deberán intervenir, siempre que sea posible, las mismas personas que en la edición precedente, teniendo libre acceso a toda la información necesaria para su realización.

## 3.2. Manual del PGCD

Es el documento director del PGCD del Centro, contiene:

- La Misión/Visión/Valores del Centro Docente.
- Las responsabilidades de la Dirección y la estructura docente.
- La descripción de la secuencia e interacción entre los procesos necesarios para el plan de gestión del Centro.
- La referencia a los Procedimientos Generales documentados.
- Las directrices generales que se desarrollan en el Plan del Centro.
- Las líneas generales de la estructura de la documentación empleada.
- Las actividades relacionadas con el Plan del Centro que son responsabilidad del mismo.

Básicamente describe QUÉ hay que hacer para garantizar el correcto funcionamiento del Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro.

### 3.3. Fichas de proceso

Son documentos que establecen la gestión del proceso al que se refieren. Las fichas de proceso contienen:

- Identificación del proceso (título/propietario).
- Misión del proceso.
- Entradas del proceso.
- Resultados del proceso.
- Recursos.
- Indicadores.
- Documentación aplicable.
- Formatos/impresos.
- Secuencia de actividades del proceso.

### 3.4. Procedimientos Generales

Describen la metodología, responsabilidad y autoridad de cada unidad con relación al cumplimiento de las líneas maestras marcadas por el Manual: “CÓMO se desarrollan dichas actividades, CUÁNDO y por QUIÉN”.

Los Procedimientos son documentos que expresan de forma concreta CÓMO llevar a cabo lo indicado en el Manual.

Cada Procedimiento consta de los siguientes apartados:

- Objeto y Alcance: Expresará la idea fundamental del procedimiento y los fines que se desean alcanzar, así como el ámbito o alcance del mismo.
- Responsabilidades: Se relacionarán los diferentes encargados de desarrollar los distintos puntos que contiene el procedimiento. Las responsabilidades estarán soportadas por personas.
- Desarrollo: Se enumeran los pasos y requisitos necesarios para lograr la consecución de los objetivos que se persiguen en cada procedimiento.
- Referencias: Se citan, cuando proceda, los documentos de carácter externo (normas, etc.) o interno (procedimientos, normas internas, etc.) a los cuales se hace referencia en el procedimiento.
- Anexos: cuando sean necesarios.

### 3.5. Instrucciones de trabajo

Son instrucciones detalladas relativas, en caso de necesitarse, a la ejecución de cada actividad. Especifican con detenimiento la realización de tareas que afectan a la Calidad de los servicios prestados.

Son completas, claras y autoexplicativas. Describen la forma de realizar la tarea, los criterios de aceptación y rechazo del trabajo realizado y, en su caso, la manera de resolver posibles incidencias.

Las Instrucciones de Trabajo se redactarán de forma que contengan, además del título que identifique claramente la actividad, los siguientes apartados (siempre que sean aplicables):

- Objeto: Describirá de forma resumida lo que se hace en esta actividad.
- Equipo asociado: Describe los equipos, materiales y documentación necesaria para la realización de la tarea.
- Descripción del trabajo: Describe de forma detallada y secuencial el desarrollo de la actividad.
- Inspección. Criterios de aceptación: Define las inspecciones a realizar y los criterios a seguir para aceptar o rechazar el trabajo realizado.

La anterior es una relación orientativa, que podrá verse adaptada en función de la actividad desarrollada.

### 3.6. Catálogo de formatos

Es la recopilación de los formatos oficiales sobre los que se anotarán con posterioridad los Registros del Plan de Gestión de Calidad Docente y otros resultados. El catálogo contiene una lista de los formatos correspondientes, con su codificación, edición vigente y descripción.

La edición se reflejará en el código de cada formato añadiendo una barra y un número correlativo a la codificación inicial, excepto en la primera edición, la cual no llevará número.

Las copias de los formatos para su uso habitual se harán a partir de los originales actualizados que existan en el Catálogo de Formatos.

## 4. REFERENCIAS

- Manual del PGCD del Centro.
- PG-02 “Control de la documentación y los registros”.

## PROCEDIMIENTO PG-02

### CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN Y LOS REGISTROS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## ÍNDICE GENERAL

1. Objeto y Alcance.
2. Responsabilidades.
3. Desarrollo.
  - 3.1. Documentación del PGCD.
  - 3.2. Control de los registros.
4. Referencias.





## 1. OBJETO Y ALCANCE

Controlar todos los documentos y registros relacionados con los requisitos del Plan de Gestión de Calidad Docente.

Es aplicable al Manual del PGCD, las Fichas de Proceso, los Procedimientos Generales, las Instrucciones de Trabajo, los Registros y el Catálogo de formatos.

## 2. RESPONSABILIDADES

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia es responsable de:

- Asegurar que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.
- Asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- Asegurar que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.
- Establecer el sistema para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y la disposición de los registros.
- Supervisar la gestión de los registros.

## 3. DESARROLLO

Se controlarán todos los documentos que afecten al funcionamiento del Plan de Gestión de Calidad Docente.

### 3.1. Documentación del PGCD

#### 3.1.1. Responsables de la documentación

La gestión de la documentación es competencia del Responsable de Calidad e Investigación en Docencia.

Los documentos internos incluidos en el PGCD del Centro deberán ser elaborados, aprobados y modificados según el PG-01 “Elaboración de la Documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente” o el Procedimiento General que los gobierne, antes de ser distribuidos para su utilización, bien sea por primera vez o en revisiones posteriores.

#### 3.1.2. Control y distribución

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia gestionará la Lista de Control de Ediciones (FO-006), en la que figurará la edición vigente y fecha de cada documento.

No se realizará distribución en papel de la documentación. En caso de que sea necesario realizar una distribución puntual de la documentación a través de copia física quedará identificada como COPIA NO CONTROLADA en la hoja portada de cada documento.

Toda la documentación del PGCD se encuentra disponible en la Intranet del Centro siendo libre el acceso sobre dichos documentos. El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia en coordinación con el servicio informático colgará la documentación en vigor. El acceso será solo de “lectura” no pudiéndose realizar ningún cambio no contemplado en el Procedimiento General PG-01 “Elaboración de la documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente”. La documentación que deje de estar en vigor, será retirada de la intranet y archivada por el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia hasta el nuevo cambio de edición.

Se realizarán copias de seguridad periódicas de toda la documentación.

### 3.2. Control de los registros

Los Registros (ver punto 1.8. Términos y definiciones del Manual del PGCD) deben cumplir los siguientes requisitos generales:

- Deben ser legibles.
- Deben ser identificables y podrán ser relacionados con el proceso o servicio implicado.
- Deben estar guardados y conservados de forma que puedan recuperarse fácilmente.
- Deben estar protegidos contra daños, deterioro o pérdida.
- Debe establecerse y registrarse el periodo durante el que deben ser conservados.
- Deben recogerse y destruirse según método establecido.
- Las personas habilitadas para realizar los registros están identificadas.

#### 3.2.1. Identificación de los Registros

La identificación del Registro se llevará a cabo, en general, a través del Código del Formato que lo soporta; en caso de no tener asociado ningún formato, su identificación se adaptará al tipo de registro y se realizará según se indique en los Procedimientos e Instrucciones y otra documentación de la que deriva, o en su defecto, por el título/denominación del propio registro, la fecha y otros parámetros necesarios de identificación.

En general, su identificación incluirá información suficiente para que sean fácilmente correlacionables con las actividades y/o servicios a los que hacen referencia.

Todos los registros identificados serán recogidos en el Listado de Registros (FO-008), siguiendo las directrices que a continuación se detallan.

#### 3.2.2. Archivado y Conservación

Los Registros deben ser archivados de forma que se facilite su búsqueda. La responsabilidad de archivar los registros conlleva la del mantenimiento y cuidado de los archivos.

La responsabilidad de archivo de los registros quedará definida en los diferentes Procedimientos y Fichas de proceso y otra documentación del PGCD de los que derivan, y se recoge a su vez, en el Listado de Registros (FO-008). El Responsable del archivo de los registros establecerá las condiciones que minimicen el riesgo de pérdida o deterioro por accidentes, condiciones ambientales, etc.

El tiempo de duración del archivo será el indicado en el Listado de Registros. Con carácter general, los registros se almacenarán durante un mínimo de tres años, salvo que existan otros requerimientos por parte del residente, por parte de la Legislación y Reglamentación aplicable, etc., en cuyo caso se adoptará éste.

Los Registros podrán ser destruidos por el responsable del archivo, una vez finalizado el periodo mínimo establecido de conservación, salvo que en el Listado de Registros se indique lo contrario (Registro con “Destino Final”=“Histórico”).

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia será el responsable de mantener permanentemente actualizado y de archivar convenientemente el Listado de Registros.

### 3.2.3. Explotación de Resultados y Difusión

Los responsables asignados para la explotación de resultados son los responsables de definir la forma en que ésta se realiza con objeto de elaborar documentos síntesis e históricos de evolución, los cuales serán difundidos a los Propietarios de los diferentes Procesos y a las funciones implicadas.

## 4. REFERENCIAS

- Manual del PGCD del Centro.
- PG-01 “Elaboración de la documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente”.



## PROCEDIMIENTO PG-03

### AUDITORÍAS INTERNAS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## ÍNDICE GENERAL

1. Objeto y Alcance.
2. Responsabilidades.
3. Desarrollo.
  - 3.1. Asignación de auditores.
  - 3.2. Auditorías.
  - 3.3. Registros y archivo.
4. Referencias.





## 1. OBJETO Y ALCANCE

Establecer la metodología para comprobar la adecuada implantación, mantenimiento y eficacia del Plan de Gestión de Calidad Docente establecido, de cara a alcanzar los objetivos estratégicos, y verificar si las actividades relacionadas con la Gestión y los resultados correspondientes, se ajustan a la documentación preestablecida del Plan.

Informar a la Comisión de Docencia de los resultados obtenidos de la realización de Auditorías del PGCD.

Este procedimiento es aplicable a todas las actividades incluidas en el Plan de Gestión de Calidad Docente.

## 2. RESPONSABILIDADES

El Equipo de Auditores y el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia son los responsables de llevar a cabo las actividades contempladas en este procedimiento.

## 3. DESARROLLO

Las Auditorías Internas permiten conocer el grado de implantación y de efectividad del Plan de Gestión de Calidad Docente así como el grado de cumplimiento de otros requisitos asumidos por el Centro.

### 3.1. Asignación de auditores

Para la calificación de auditores se tendrá en cuenta la cualificación necesaria de dichas personas, que deberá incluir:

- Formación previa en técnicas de auditoría.
- Conocer el Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro.
- Amplios conocimientos del Centro o el Área de Salud, con un mínimo de experiencia en el mismo de 12 meses.

La Comisión de Docencia podrá delegar en profesionales externos la realización de Auditorías del PGCD. En este caso seguirán su propia metodología.

El perfil requerido para auditores externos que realicen auditorías internas será:

- Formación previa en técnicas de auditoría.
- Experiencia contrastada en la realización de auditorías de planes de calidad mediante la realización de al menos 5 auditorías.

### 3.2. Auditorías

El desarrollo del programa de realización de Auditorías Internas constará de los siguientes elementos:

### 3.2.1. Planificación de la Auditoría

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia, antes del comienzo de cada ejercicio, elaborará y propondrá el Programa Anual de Auditorías (FO-009) donde se reflejará las auditorías que van a ser realizadas durante el ejercicio entrante.

Este programa, que contemplará el área a auditar, el Alcance de la Auditoría, el Equipo Auditor y la fecha prevista de realización de la Auditoría, deberá ser aprobado por la Comisión de Docencia y deberá contar con la conformidad de la Gerencia de Centro.

Además de las auditorías incluidas en el Programa Anual de Auditorías, el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia podrá proponer a la Comisión de Docencia la realización de auditorías extraordinarias cuando:

- Se hayan introducido modificaciones significativas en el PGCD, o en la estructura del Centro.
- Se sospeche o se tenga certeza de que el nivel de calidad del servicio está comprometido.
- Deba verificarse la implantación de acciones correctivas/preventivas.
- Así lo considere necesario por alguna otra circunstancia especial.

Las Auditorías serán realizadas por un Equipo Auditor dirigido por un Auditor Jefe.

### 3.2.2. Preparación de la Auditoría

Para la preparación de la Auditoría, el equipo de auditores recabará toda la documentación y datos que considere necesarios de las áreas involucradas. Tomará como referencias para su preparación el Manual del PGCD, las Fichas de Proceso, los Procedimientos Generales, documentación referente a auditorías realizadas con anterioridad y otra documentación aplicable.

Con una antelación no inferior a los 15 días de la fecha fijada, el Auditor Jefe comunicará al responsable del Proceso que se vaya a auditar la fecha, la hora y el alcance de la Auditoría a realizar.

### 3.2.3. Realización de la Auditoría

La Auditoría abarcará las siguientes verificaciones:

- Revisión de los documentos del PGCD utilizados y su correcta aplicación.
- Examen de los registros generados.
- Supervisión directa de las operaciones que se realizan.
- Otras verificaciones aplicables.

El responsable de la unidad docente o persona responsable del proceso, personalmente o mediante delegación en otros, podrá estar presente en la Auditoría, y el Equipo Auditor podrá solicitar la presencia de cualquier persona del área para aportar información.

En el desarrollo de la Auditoría, el Equipo Auditor tendrá presente que:

- Se evaluarán solamente evidencias objetivas y contrastadas.
- La verificación no tiene por qué limitarse a las actividades inicialmente previstas.

- En caso de detectarse una posible No Conformidad se investigará hasta confirmarla o desestimarla, se averiguará si es fortuita o sistemática, y se tratará de identificar sus causas y efectos.
- Se realizará un seguimiento exhaustivo de las No Conformidades detectadas en Auditorías anteriores.

#### 3.2.4. Informe de Auditoría

Alrededor de quince días a partir de la fecha de finalización de la Auditoría, el Equipo Auditor elaborará y entregará el Informe de Auditoría Interna (Registro FO-010).

En este informe se incluirán, como mínimo, los siguientes datos:

- Antecedentes: se indicará el origen de la Auditoría y la actividad objeto de la misma.
- Identificación de los componentes del Equipo Auditor e interlocutores.
- Alcance de la Auditoría.
- Documentación de referencia y otros requisitos asumidos por el Centro.
- No Conformidades detectadas.

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia informará a la Comisión de Docencia, a los responsables de los procesos auditados de los resultados obtenidos en las Auditorías y las acciones correctivas oportunas.

Posteriormente el Presidente de la Comisión de Docencia informará al Gerente del Centro de los resultados de la Auditoría y la propuesta de acciones a emprender y o emprendidas.

#### 3.2.5. Acciones correctivas

Para cada No Conformidad detectada, el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia abrirá una Acción Correctiva de acuerdo a las directrices del Procedimiento General PG-05 “Acciones Correctivas y Preventivas”.

Las No Conformidades se discutirán con los responsables del proceso auditado y coordinadamente se estudiarán las Acciones Correctivas necesarias.

El personal responsable del proceso auditado deberá poner en práctica, lo antes posible, las Acciones Correctivas establecidas.

### 3.3. Registros y archivo

Es responsabilidad del Responsable de Calidad e Investigación en Docencia el mantenimiento y archivo de todos los Informes de Auditorías, por un periodo no inferior a tres años desde la fecha de cierre.

## 4. REFERENCIAS

- Manual del Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro.
- PG-05 “Acciones correctivas y preventivas”.



## PROCEDIMIENTO PG-04

### GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## ÍNDICE GENERAL

1. Objeto y Alcance.
2. Responsabilidades.
3. Desarrollo.
  - 3.1. Servicios No Conformes.
  - 3.2. Registros y Archivo.
4. Referencias.





## 1. OBJETO Y ALCANCE

Este procedimiento tiene por objeto definir la metodología que asegure el control de los Servicios No Conformes con los requisitos especificados, así como el control de cualquier otro tipo de No Conformidad detectada en el Plan de Gestión de Calidad Docente.

Es aplicable a todos los servicios prestados por el Centro en relación a la formación especializada, detectados como No Conformes con los requisitos especificados en cualquier fase de realización. Es aplicable desde el momento en que es detectada la No Conformidad, hasta su resolución.

Este procedimiento es aplicable, asimismo, a cualquier otra No Conformidad, Real o Potencial, del PGCD de la organización.

## 2. RESPONSABILIDADES

La persona que detecta la No Conformidad es responsable de:

- Abrir una Hoja de No Conformidad (FO-011).
- Analizar las causas y decidir el tratamiento.

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia es responsable de:

- Analizar las causas y decidir el tratamiento.
- Comprobar que las NC se resuelven satisfactoriamente.
- Cerrar la NC.
- Codificar y archivar las NC.

## 3. DESARROLLO

Se define una No Conformidad como el incumplimiento de un requisito (ver punto 1.8. Términos y definiciones del Manual del PGCD), es decir, el incumplimiento de una necesidad establecida de manera obligatoria.

Se define una No Conformidad Potencial como el posible incumplimiento de un requisito especificado, que todavía no se ha producido pero existen evidencias de que puede producirse.

Para detectar las posibles No Conformidades del PGCD, el Centro tiene establecidas, entre otras, las siguientes vías:

- El seguimiento de los indicadores de los procesos y servicios prestados.
- Cualquier informe, incluyendo Auditorías.
- El personal del Centro en el desarrollo de sus actividades. Toda la estructura docente podrá identificar posibles No Conformidades del PGCD.
- Las comunicaciones internas (incluyendo sugerencias de los empleados) así como a través de externas (incluyendo las reclamaciones de los residentes).

- El seguimiento y evaluación del cumplimiento de los Objetivos realizado por la Comisión de Docencia.
- Las revisiones anuales del PGCD realizadas por la Comisión de Docencia u otro tipo de reuniones.
- Etc.

### 3.1. Servicios No Conformes

El Centro ha clasificado en cinco las posibles No Conformidades detectadas:

- No Conformidad del proveedor.
- Reclamación del personal docente.
- No Conformidad durante la prestación del servicio.
- No Conformidad del Plan de Gestión de Calidad Docente.
- Reclamaciones de residentes.

Ante cualquier tipo de No Conformidad detectada, el procedimiento a seguir será el siguiente:

1. La persona que detecte la No Conformidad rellenará una Hoja de No Conformidad en la que la describirá (FO-011).
2. El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia y la persona relacionada con la No Conformidad realizarán el análisis de las causas y decidirán la corrección a dar.
3. El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia comprobará que se resuelve de forma satisfactoria, en cuyo caso, procederá a su cierre.

Cuando el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia lo estime conveniente, procederá a establecer una Acción Correctiva asociada y lo reflejará en Hoja de No Conformidad, actuando siempre de acuerdo a las directrices establecidas en el Procedimiento General PG-05 "Acciones Correctivas y Preventivas".

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia codificará y archivará las Hojas de No Conformidad.

La codificación de las Hojas de No Conformidad será:

NC-XX/ZZ (ej: NC-03/02)

XX/ZZ: año en que se ha detectado/número correlativo.

Las No Conformidades derivadas de Auditorías no deberán necesariamente ser documentadas en la Hoja de No Conformidad. La gestión de estas No Conformidades se realizará siguiendo las directrices recogidas en el Procedimiento General PG-03 "Auditorías Internas".

De la misma forma, identificada una No Conformidad Potencial se procederá a analizar la misma y a plantear las Acciones Preventivas necesarias para evitar su aparición, actuando siempre de acuerdo a las directrices establecidas en el Procedimiento General PG-05 "Acciones Correctivas y Preventivas" (no será necesario documentar la propia No Conformidad Potencial, solamente será necesario documentar las Acciones Preventivas asociadas a la misma).

En las reuniones periódicas de la Comisión de Docencia se revisará el estado de las No Conformidades detectadas.

### 3.2. Registros y archivo

Las Hojas de No Conformidad serán archivadas por el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia durante tres años desde la fecha de resolución, de acuerdo a las directrices establecidas en el Procedimiento General PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”. Se acompañarán de toda la documentación generada durante su resolución.

## 4. REFERENCIAS

- Manual del Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro.
- PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”.
- PG-03 “Auditorías Internas”.
- PG-05 “Acciones Correctivas y Preventivas”.



## PROCEDIMIENTO PG-05

### ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## ÍNDICE GENERAL

### 1. Objeto y Alcance.

### 2. Responsabilidades.

### 3. Desarrollo.

- 3.1. Origen de una Acción Correctiva/ Preventiva. Generalidades.
- 3.2. Definición y puesta en marcha.
- 3.3. Seguimiento y cierre de las Acciones Correctivas/Preventivas.
- 3.4. Información a la Comisión de Docencia. Comprobación de la eficacia.
- 3.5. Modificación de la documentación del PGCD.
- 3.6. Registros-codificación de las Acciones Correctivas y Preventivas.
- 3.7. Registros y archivo.

### 4. Referencias.





## 1. OBJETO Y ALCANCE

El objeto de este procedimiento es definir la sistemática empleada en el Centro para el establecimiento y control de Acciones Correctivas y Preventivas con el fin de corregir las No Conformidades Reales y Potenciales detectadas, eliminando sus causas y previniendo su repetición o aparición.

Las directrices establecidas en este procedimiento se aplican a las Acciones Correctivas y Preventivas llevadas a cabo en el Centro para controlar las No Conformidades Reales y Potenciales detectadas en lo referente a formación especializada. Estas acciones serán desarrolladas y se aplicarán a todos y cada uno de los procesos y funciones de formación especializada.

## 2. RESPONSABILIDADES

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia es el responsable de la gestión de las Acciones Correctivas y Preventivas.

## 3. DESARROLLO

Se define *Acción Correctiva (AC)* como acción o conjunto de acciones que se toman para resolver las No Conformidades detectadas, analizando las causas y evitando su repetición.

Se define *Acción Preventiva (AP)* como acción o conjunto de acciones que se toman para eliminar las causas de una No Conformidad Potencial y así evitar que ésta aparezca.

### 3.1. Origen de una Acción Correctiva/Preventiva. Generalidades

La necesidad del planteamiento de una Acción Correctiva/Preventiva tiene su origen en una No Conformidad Real/Potencial detectada a través de los medios descritos en el Procedimiento General PG-04 "Gestión de No Conformidades".

### 3.2. Definición y puesta en marcha

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia será el encargado de la apertura del Informe de AC/AP, de coordinar la identificación de las causas de la No Conformidad Real/Potencial detectada y de desencadenar las Acciones Correctivas/Preventivas necesarias, para lo cual, y siempre que sea recomendable, nombrará un responsable o formará un Grupo de Trabajo en el que participará personal de todos los Procesos afectados.

Todas las acciones adoptadas serán proporcionales a la magnitud del problema y ajustadas al impacto encontrado. Se adoptarán los controles necesarios para asegurar la ejecución y la eficacia de dichas acciones.

El Responsable de la Acción/Grupo de Trabajo formado al efecto, analizará la No Conformidad Real/Potencial, e iniciará, si procede, la gestión de la Acción Correctiva/Preventiva, actuando como a continuación se describe.

El Responsable de la Acción/Grupo de Trabajo estudiará la información documentada existente (Registros, etc.), y evaluará la trascendencia del problema detectado y su repercusión o posible repercusión (impacto asociado).

Si la No Conformidad Real/Potencial requiere una Acción Correctiva/Preventiva que puede ser definida por el propio Responsable de la Acción/Grupo de Trabajo, éste la definirá, reflejando la resolución adoptada al respecto en el impreso Informe de Acción Correctiva-Preventiva (FO-012).

Si el Responsable de la Acción/Grupo de Trabajo no dispone de información suficiente para poder definir las acciones a tomar, procederá al estudio del problema, para lo cual podrá utilizar cualquier herramienta que considere oportuno.

Por la importancia o trascendencia de la acción a desarrollar, el Responsable de la Acción/Grupo de Trabajo podrá elevar la aprobación de la Acción Correctiva a la Comisión de Docencia y a la Gerencia del Centro.

Las Acciones Preventivas que pueden implicar cambios importantes en procesos, instalaciones, etc., deben estar siempre adaptadas a los posibles impactos y se valorará la posible aparición de la No Conformidad Potencial detectada.

### **3.3. Seguimiento y cierre de las Acciones Correctivas/Preventivas**

El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia será el responsable de realizar el seguimiento de las Acciones Correctivas/Preventivas, verificando el estado de las mismas y los resultados obtenidos, indicándolo en el apartado correspondiente del Informe de Acciones Correctivas/Preventivas.

Una Acción Correctiva/Preventiva se considera cerrada una vez comprobado el cumplimiento de todas las acciones indicadas y que su resultado es efectivo y conforme. Este cierre será reflejado por el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia.

### **3.4. Información a la Comisión de Docencia y a la Gerencia del Centro.** **Comprobación de la eficacia**

En las reuniones de la Comisión de Docencia, el Responsable de Calidad e Investigación en Docencia e Investigación en Docencia presentará los Informes de las Acciones Correctivas y Preventivas cerradas desde la última reunión, y de las actualmente en curso, procediéndose a la comprobación de su eficacia, y planteando nuevas acciones en el caso de que se considere ineficaz alguna de las adoptadas. Posteriormente el Jefe de Estudios informará a la Gerencia del Centro de los resultados y acciones reflejados anteriormente.

### **3.5. Modificación de la documentación del PGCD**

Los cambios permanentes que se introduzcan como consecuencia de las acciones emprendidas, deberán recogerse en los procesos-Fichas de Procesos, Procedimientos, etc. y, en general, en el PGCD.

Toda la documentación afectada por las Acciones Correctivas o Preventivas adoptadas, se modificará según los Procedimientos Generales PG-01 “Elaboración de la Documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente” y PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”, registrándose todas las modificaciones introducidas, con su fecha de aplicación y las firmas correspondientes.

### 3.6. Registros-codificación de las Acciones Correctivas y Preventivas

Se considera Registro todos los Informes de Acciones Correctivas/Preventivas. Para la identificación de las Acciones Correctivas y Preventivas se utilizará el siguiente código:

AV.XX/ZZ, SIENDO:

- AV: AC (Acción Correctiva) o AP (Acción Preventiva).
- XX: Dos últimas cifras del año en curso.
- ZZ: N° correlativo.

### 3.7. Registros y archivo

Es responsabilidad del Responsable de Calidad e Investigación en Docencia el mantenimiento y archivo de todos los Informes de Acciones Correctivas/Preventivas, por un periodo no inferior a tres años desde la fecha de cierre.

## 4. REFERENCIAS

- Manual del Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro.
- PG-01 “Elaboración de la Documentación del Plan de Gestión de Calidad Docente”.
- PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”.
- PG-04 “Gestión de No Conformidades”.



## PROCEDIMIENTO PG-06

### GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:



## ÍNDICE GENERAL

### 1. Objeto y Alcance.

### 2. Responsabilidades.

### 3. Desarrollo.

3.1. Apoyo administrativo a la Comisión de Docencia y Comités de Evaluación.

3.2. Gestión y custodia de documentación relacionada con los residentes.

3.3. Gestión de documentación relacionada con las figuras docentes.

3.4. Apoyo administrativo a las relaciones institucionales.

3.5. Registros y archivo.

### 4. Referencias.





## 1. OBJETO Y ALCANCE

Definir el trabajo a desempeñar por la Secretaria de Docencia en su apoyo administrativo a la formación de especialistas sanitarios.

Este procedimiento es aplicable a todo el trabajo realizado por la Secretaria de Docencia en cuestiones relacionadas con la formación de especialistas sanitarios.

## 2. RESPONSABILIDADES

A lo largo del procedimiento se especifican las responsabilidades del personal de la Secretaría de Docencia en las diferentes actividades realizadas.

## 3. DESARROLLO

A continuación se describen las actividades ejecutadas por el personal de la Secretaría de Docencia en su apoyo administrativo al desarrollo de la formación de especialistas sanitarios:

### 3.1. Apoyo administrativo a la Comisión de Docencia y Comités de Evaluación

Las funciones desempeñadas por la Secretaria de Docencia serán las siguientes:

- *Tramitación de la renovación/actualización de los miembros de la Comisión de Docencia y de los Comités de Evaluación.*
- *Realización de las convocatorias a la Comisión de Docencia y a los Comités de Evaluación:* en ambos casos, las convocatorias se prepararán conjuntamente con el Jefe de Estudios. El personal de la Secretaría de Docencia enviará copia a todos los miembros implicados. Dicha convocatoria contendrá el acta de la reunión anterior y el orden del día de la reunión. El plazo de convocatoria deberá ser como mínimo de 48 horas antes de la reunión. Las convocatorias podrán ser enviadas por correo electrónico, fax, carta o aviso telefónico, según quede recogido en el procedimiento de régimen interno de la Comisión de Docencia.
- *Elaboración de las Actas de la Comisión de Docencia:* La Secretaria de Docencia elaborará el acta correspondiente después de cada reunión. Dicha acta será revisada conjuntamente con el Jefe de Estudios. Posteriormente, la Secretaria de Docencia enviará copia de la misma en la siguiente convocatoria. Debido a que las actas son un documento público, queda a opción de la Comisión de Docencia la posibilidad de colgarlas en el tablón y/o en la intranet del Centro.
- *Elaboración de las Actas del Comité de Evaluación:* La Secretaria de Docencia elaborará el acta correspondiente en cada reunión. Dichas actas quedarán aprobadas en la misma reunión del Comité.
- *Realización del trabajo administrativo derivado de las resoluciones y comunicación de resoluciones y acuerdos:* La Secretaria de Docencia informará a las personas interesadas en las resoluciones y acuerdos tomados en las diversas reuniones de la Comisión de Docencia a través de carta o correo electrónico.

- *Elaboración de propuestas de certificados de pertenencia a las Comisiones de Docencia y Comités de Evaluación:* A partir de la solicitud del personal docente, la Secretaría de Docencia elaborará la propuesta de los certificados correspondientes con la información del periodo en el que ha participado en las citadas Comisiones. Posteriormente serán aprobados por la Gerencia del Centro.

### 3.2. Gestión y custodia de documentación relacionada con los residentes

Las cuestiones relacionadas con los residentes son las siguientes:

- *Tramitación de la documentación/información relacionada con el plan de acogida de los residentes.*
- *Gestión del Programa FESP.*
- *Tramitación de la documentación/información relacionada con la despedida de los residentes.*
- *Gestión derivada del Plan Transversal de Formación Común y específico:* La Secretaría de Docencia incluirá en el Libro Excel del Plan Transversal Común del Centro el programa aprobado de formación común de residentes, así como las actividades específicas de especialidades. Asimismo, preparará el programa con el contenido de los cursos a realizar, los dípticos informativos, las comunicaciones a los residentes, la recepción de las inscripciones de los residentes (en el caso de haberlas), la comunicación a los residentes de las inscripciones admitidas, la gestión de las hojas de firmas, de las encuestas de satisfacción, de las estadísticas de los cursos y la gestión de resultados de los exámenes de los cursos. Por último, preparará los informes correspondientes a los cursos realizados por los residentes, gestionará el pago de facturas a los ponentes, preparará los certificados de asistencia de los residentes y los certificados de los ponentes.
- *Difusión, archivo y custodia de la Guía de itinerarios formativos tipo de cada especialidad.*
- *Archivo y custodia de expedientes de residentes:* Como mínimo 5 años desde que se despide al residente.
- *Seguimiento de los informes de las evaluaciones de las rotaciones de los residentes.*
- *Mantenimiento de la información del tablón de anuncios del Centro, siguiendo las instrucciones de insertar los avisos y las resoluciones de la Comisión de Docencia que requieran publicación.*
- *Notificación de resultados de la evaluación de los residentes en el tablón del Centro.*
- *Tramitación de rotaciones de los programas formativos y externas según la normativa establecida.*
- *Emisión de certificados de residencia para los residentes que lo soliciten.*
- *Atención de las comunicaciones de los residentes relacionados con su proceso formativo y las derivadas de la función de Secretaría.*
- *Apoyo administrativo a las ayudas institucionales de investigación.*
- *Gestión de las elecciones de los representantes de los residentes en las comisiones nacionales de cada especialidad.*
- *Gestión administrativa de guardias de cada unidad docente (en Atención Primaria).*

### 3.3. Gestión de documentación relacionada con las figuras docentes

En lo referente a las figuras docentes se contemplan los siguientes aspectos:

- *Conocimiento y seguimiento del programa de formación de tutores.*
- *Tramitación de nombramientos, reconocimientos y certificaciones.*
- *Realización del registro en programa FESP de las figuras docentes para cada residente.*
- *Difusión de comunicados de la Comisión de Docencia e institucionales a las figuras docentes.*

### 3.4. Apoyo administrativo a las relaciones institucionales

Las cuestiones relacionadas con las Instituciones se enumeran a continuación:

- *Elaboración de informes y envío a la Administración del Estado y/o Autonómica, Centros docentes, etc.*
- *Apoyo administrativo a los procedimientos de acreditación de unidades docentes y de oferta docente anual.*
- *Tramitación de los expedientes de evaluación de los residentes con el Ministerio según plazo fijado.*

### 3.5. Registros y archivo

Toda la documentación relacionada con el trabajo administrativo llevado a cabo por la Secretaría de Docencia será archivada un mínimo de cinco años.

## 4. REFERENCIAS

- Manual del Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro.
- PG-02 “Control de la Documentación y los Registros”.



# FORMATOS

## PROGRAMA DE OBJETIVOS

EDICIÓN

FECHA:

PÁGINA DE

OBJETIVOS	RESPONSABLE/S	PLAZO/S	INDICADOR/ES	MEDIOS/RECURSOS	PRESUPUESTO

ELABORADO	APROBADO (Gerente)	OBSERVACIONES
Resp. de Calidad e Investigación en Docencia		
Fecha y Firma	Fecha y Firma	









IN-[XX]/[NOMBRE DEL INDICADOR]

DEFINICIÓN

OBJETIVO/VALOR  
DE REFERENCIA

OBJETIVO

PROCESO/S

PERIODO  
DE CÁLCULO

FORMA  
DE CÁLCULO

RESPONSABLE



PLAN DE ACCIÓN

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

OBJETIVO	FECHA DE INICIO		FECHA DE FIN
	RESPONSABLE		

ID	ACCIONES	INICIO	FIN	DURACIÓN (Días)	RESPONSABLE	TRABAJO (Horas)	COSTE €	SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN



FECHA:

PÁGINA 1 DE 4

## 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.msps.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>

**UNIDAD DOCENTE DE \_\_\_\_\_ DEL HOSPITAL/COMPLEJO ASISTENCIAL/  
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE \_\_\_\_\_**

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

FECHA:

PÁGINA 2 DE 4

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
<b>CONTROLES DE CALIDAD INTRA Y EXTRAHOSPITALARIOS O DEL EAP</b>	
• 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=	

FECHA:

PÁGINA 3 DE 4

DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS
<b>ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b> (adaptar los indicadores a cada especialidad)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno Sí 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=	
<b>ACTIVIDADES DOCENTES</b> (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
<b>ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DOCENTE O EAP</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>INVESTIGACIÓN</b>	
• 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



FECHA:

PÁGINA 4 DE 4

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
<b>REQUISITOS DEL CENTRO DOCENTE AL QUE SE ADSCRIBE LA UNIDAD</b>	
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
<b>VALORACIÓN SUBJETIVA</b>	
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
<b>CAPACIDAD DOCENTE OFICIAL</b>	
<b>CAPACIDAD DOCENTE ESTIMADA A PARTIR DEL CUESTIONARIO</b>	
<b>OFERTA DOCENTE PARA EL AÑO EN CURSO</b>	

En      a      de      de

Fdo.:  
Jefe de Servicio o Coordinador de EAP

Fdo.:  
Tutor Coordinador de UD o de EAP

PÁGINA DE

[illegible]







## LISTADO DE REGISTROS

[illegible]



## PROGRAMA DE AUDITORÍAS

EDICIÓN N°

AÑO:

PÁGINA DE

AUDITORÍA N°	ÁREA	ALCANCE/PROCESOS	AUDITOR	CALENDARIO											
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

O AUDITORÍA PLANIFICADA  ● AUDITORÍA REALIZADA	OBSERVACIONES	ELABORADO	APROBADO
		Fecha:	Fecha:





FECHA:

PÁGINA 1 DE 6

ALCANCE DE  
LA AUDITORÍA

SIGLAS

DATOS DEL  
EQUIPO AUDITOR

AUDITORES

RESUMEN DEL INFORME		
PROCESOS	NC	AUDITOR
PE-01 DIRECTRICES INSTITUCIONALES		
PE-02 ANÁLISIS VOZ DEL RESIDENTE/OTROS CLIENTES		
PE-03 ANÁLISIS VOZ DE LAS PERSONAS (PROFESIONALES)		
PE-04 ANÁLISIS OPINIÓN DEL SECTOR		
PE-05 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA		
PE-06 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE		
PO-01 PLANIFICACIÓN DOCENTE		
PO-02 ACOGIDA DE RESIDENTES		
PO-03 FORMACIÓN DE RESIDENTES		
PO-04 EVALUACIÓN SUMATIVA		
PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA		
PS-01-02 ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE		
PS-01-03 ACREDITACIÓN/REACREDITACIONES DE TUTORES		
PS-01-04 RECONOCIMIENTO		
PS-02 GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA		
PS-03 GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE DOCENCIA		
PS-04 GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN		
TOTAL NO CONFORMIDADES		

REF. N C	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	PROCESO

OBSERVACIONES

**RESUMEN DE LA AUDITORÍA**



CÓDIGO:

☐ PROVEEDOR    ☐ RECLAMACIÓN DE PERSONAL DOCENTE    ☐ PRESTACIÓN DEL SERVICIO    ☐ PLAN DE CALIDAD    ☐ RECLAMACIÓN DE RESIDENTE

DESCRIPCIÓN DE LA  
NO CONFORMIDAD

FECHA Y FIRMA:

CAUSA DE LA NO  
CONFORMIDAD

TRATAMIENTO  
ADOPTADO  
(Aceptar, corregir,  
rechazar)

FECHA Y FIRMA:

ACCIÓN CORRECTIVA ASOCIADA:    ☐ NO    ☐ SÍ    Nº:

CIERRE DE LA NO  
CONFORMIDAD

COSTE DE LA NO  
CONFORMIDAD  
(Opcional)

FECHA Y FIRMA:





INFORME DE ACCIÓN **CORRECTIVA/PREVENTIVA** (tachar lo que no proceda)

PARA ACCIÓN CORRECTIVA, INDICAR ORIGEN/PROCEDENCIA DE LA N.C.:

NÚMERO DE INFORME:

FECHA:

MOTIVO DEL INFORME:

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS:

ACCIÓN CORRECTIVA/PREVENTIVA PROPUESTA (indicar lo que proceda):

RESPONSABLE DE LA IMPLANTACIÓN:

CIERRE DE LA ACCIÓN:

FECHA PREVISTA DE LA IMPLANTACIÓN:

RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO (\*):

FECHA: DD.MM.AA.

SITUACIÓN:

FECHA Y FIRMA (\*):

FECHA: DD.MM.AA.

SITUACIÓN:

FECHA: DD.MM.AA.

SITUACIÓN:



## LISTADO DE DIRECTRICES E INSTRUCCIONES

PÁGINA 1 DE 1

FECHA	DOCUMENTO	PUBLICACIÓN	APLICABLE A DOCENCIA (SÍ/NO)	CONCLUSIONES



## PLAN DE COMUNICACIÓN

EDICIÓN N°

FECHA:

AÑO:

QUÉ	CUÁNDO	A QUIÉN	CÓMO	RETROALIMENTACIÓN



D. \_\_\_\_\_, Director Gerente de (GAE/GAP/G. Emergencias Sanitarias CyL), según consta en el registro de formación de esta Gerencia,

### CERTIFICA:

Que D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, con la categoría de \_\_\_\_\_ en el (Centro o Institución Sanitaria), **ha participado en la Formación de Especialistas Sanitarios desempeñando las funciones docentes correspondientes a las figuras docentes para las que ha sido nombrado/a durante el/los periodo/s especificado/s:**

FIGURAS DOCENTES	PERIODO CERTIFICADO	Nº DE MES/DÍAS
TUTOR PRINCIPAL		
TUTOR DE APOYO		
COLABORADOR DOCENTE		

Y para que así conste, y a los efectos que proceda, se expide el presente certificado en  
a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**DIRECTOR GERENTE DE (GAE, GAP, G. Emergencias Sanitarias CyL)**

Fdo: **NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR GERENTE**





D. \_\_\_\_\_, Director Gerente de (GAE/GAP/G. Emergencias Sanitarias CyL), según consta en el registro de formación de esta Gerencia,

### CERTIFICA:

Que D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, con la categoría de \_\_\_\_\_ en el (Centro o Institución Sanitaria), **ha participado en la Formación de Especialistas Sanitarios desempeñando las funciones de gestión clínica correspondientes a las figuras docentes para las que ha sido nombrado/a durante el/los periodo/s especificado/s:**

FIGURAS DOCENTES	PERIODO CERTIFICADO	Nº DE MES/DÍAS
TUTOR PRINCIPAL		
TUTOR DE APOYO		

Y para que así conste, y a los efectos que proceda, se expide el presente certificado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**DIRECTOR GERENTE DE (GAE, GAP, G. Emergencias Sanitarias CyL)**

Fdo: **NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR GERENTE**



