

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	



TABLERO DE INDICADORES



EDICIÓN | FECHA: | PÁGINA DE

INDICADOR Nº Y NOMBRE	FICHA SÍ/NO	(O)* (P-COD.)*	OBJETIVO/VALOR DE REFERENCIA	PERIODO	ÚLTIMO VALOR	OK

* Indicar "O" si se trata de un indicador incluido en el programa de objetivos o bien "Código/s del/os proceso/s si se trata de un indicador asociado a uno o varios procesos.

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 _____**

CAPACIDAD DOCENTE OFICIAL	
OFERTA DOCENTE EN EL PASADO AÑO	
REQUISITOS DE LA UNIDAD	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS
ÁREA FÍSICA	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno
•	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
•	
•	
RECURSOS HUMANOS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno
• N° de Facultativos	Sí cumplimiento para:
• N° de Enfermeras	<input type="checkbox"/> 1 Residente/año <input type="checkbox"/> 2 Residente/año
• N° de Auxiliares de Enfermería	<input type="checkbox"/> 3 Residente/año <input type="checkbox"/> 4 Residente/año
• N° de Técnicos	<input type="checkbox"/> 5 Residente/año
• N° de Personal Auxiliar	
RECURSOS MATERIALES	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno
Especificar a continuación las carencias en relación con los Requisitos Oficiales	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
MEDIOS DOCENTES	<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
CONTROLES DE CALIDAD INTRA Y EXTRAHOSPITALARIOS O DEL EAP		
• Análisis de casos (revisión de historias clínicas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Auditorías Internas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Pertenencia de los miembros del Servicio a Comisiones clínicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Plan de Gestión de Calidad de la Unidad Docente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Otros, especificar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reclamaciones y quejas de los usuarios en cuanto a asistencia, respecto del total del Centro=		

FECHA:

PÁGINA 3 DE 4

DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS
ACTIVIDAD ASISTENCIAL (adaptar los indicadores a cada especialidad)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos excepto uno 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=	
ACTIVIDADES DOCENTES (adaptar los indicadores a cada especialidad)	
• N° de sesiones clínicas semanales=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de sesiones bibliográficas=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de sesiones monográficas=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de sesiones conjuntas con =	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de sesiones conjuntas con =	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de seminarios=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de =	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• N° de =	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Docencia pregrado=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Docencia posgrado (rotaciones de otras especialidades)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DOCENTE O EAP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
INVESTIGACIÓN	
• Trabajos/año=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Conferencias/año=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Publicaciones/año=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Comunicaciones/año=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Tesis/año=	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Participación de los Residentes de la Unidad en la investigación	<input type="checkbox"/> Sí <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
REQUISITOS DEL CENTRO DOCENTE AL QUE SE ADSCRIBE LA UNIDAD	
Enumerar aquellos que no cumple:	
•	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
•	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
•	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
•	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
•	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VALORACIÓN SUBJETIVA	
Considera que el número de residentes de su Unidad Docente es:	<input type="checkbox"/> Adecuado para que la adquisición de las competencias determinadas por el Programa Oficial Formativo de la Especialidad <input type="checkbox"/> Excesivo y dificulta la adquisición de competencias <input type="checkbox"/> Se podría aumentar el número de residentes anuales sin que disminuyeran las posibilidades de cumplimiento del Programa Formativo Oficial de la Especialidad
CAPACIDAD DOCENTE OFICIAL	
CAPACIDAD DOCENTE ESTIMADA A PARTIR DEL CUESTIONARIO	
OFERTA DOCENTE PARA EL AÑO EN CURSO	

En a de de

Fdo.:
Jefe de Servicio o Coordinador de EAP

Fdo.:
Tutor Coordinador de UD o de EAP

EDICIÓN | FECHA: | PÁGINA DE

CÓDIGO	TÍTULO	Nº EDICIÓN	FECHA

LISTADO DE REGISTROS

Nº EDICIÓN

ACTUALIZADO AL:

FIRMADO CALIDAD:

PÁGINA DE

IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO	CÓDIGO FORMATO	CUMPLIMENTA	EXPLOTA RESULTADOS	RESPONSABLE ALMACENAMIENTO Y PROTECCIÓN	LUGAR ALMACENAMIENTO	TIEMPO MÍNIMO ALMACENAMIENTO	DESTINO FINAL

PROGRAMA DE AUDITORÍAS

EDICIÓN Nº

AÑO:

PÁGINA DE

AUDITORÍA Nº	ÁREA	ALCANCE/PROCESOS	AUDITOR	CALENDARIO																
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC					

<input type="radio"/> AUDITORÍA PLANIFICADA <input checked="" type="radio"/> AUDITORÍA REALIZADA	OBSERVACIONES	ELABORADO	APROBADO
		Fecha:	Fecha:

FECHA:

PÁGINA 1 DE 6

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

AUDITORES

SIGLAS

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

RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE AUDITORÍA

NOMBRE Y APELLIDOS	DEPARTAMENTO (Cargo)

AUDITORES (Fecha y firma):

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:

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

PLAN DE COMUNICACIÓN

EDICIÓN Nº

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^a. _____, 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^a. _____, 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**