

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 | 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.

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.

3.2.3. Realización de la Auditoría

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 a emprender.

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 aplican 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). 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”.

