



**ACREDITACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES
DOCENTES EN FORMACIÓN SANITARIA
ESPECIALIZADA**

**EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LAS
ESTRUCTURAS DOCENTES**

AUTOR:

Ana Olga Martínez Arantegui

Médico de Administración Sanitaria

Jefe de Equipo de Auditores Docentes de Aragón

EDITA:

Servicio de Oferta Sanitaria, Formación y Control y Uso del Medicamento

Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Gobierno de Aragón

IMPRIME:

Dirección General de Planificación y Aseguramiento

DEPÓSITO LEGAL Z-2526-10

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. LA ACREDITACION DOCENTE	10
3. COMO SE ACREDITAN ACTUALMENTE LOS HOSPITALES Y UNIDADES DOCENTES	14
4. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	22
5. EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LAS ESTRUCTURAS DOCENTES	24
6. AUDITORÍAS	26
7. AUDITORÍAS DOCENTES	28
8. CÓMO SE LLEVA A CABO EL DESARROLLO PRÁCTICO DE UNA AUDITORÍA	31
9. ACTIVIDAD REALIZADA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN 2008-09	36
10. COMPETENCIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA	38
11. BIBLIOGRAFÍA	41

INTRODUCCIÓN

El proceso de acreditación docente se contempló por primera vez en 1984, siendo en 1987 cuando se amplía el procedimiento incorporando visitas a las unidades e instituciones. Desde 1984 hasta 1987 la acreditación de los hospitales para la docencia del Programa MIR se llevaba a cabo en base a la consideración del cumplimiento de los requisitos establecidos por el entonces Consejo Nacional de Especialidades Médicas (ahora Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud) a partir del cuestionario que, elaborado por el propio Consejo, era cumplimentado por el equipo directivo del hospital que solicitaba la acreditación.

Los Estándares de la JCAHO son un modelo americano específico del sector sanitario, ideado en sus inicios para la acreditación de hospitales, su organismo responsable es la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations): <http://www.jointcommission.org/>.

En 1996 la Fundación Avedis Donabedian firmó un acuerdo con la JCAHO, mediante el cual se ofrece la acreditación voluntaria a hospitales y Centros de Atención Primaria de nuestro país.

Este proceso de acreditación implica la evaluación externa de la estructura organizativa del hospital y la provisión de asistencia en comparación con unos estándares definidos y que se refiere a aquellas funciones clave para una asistencia de calidad y para un entorno seguro de la asistencia. Estos estándares son de aplicación a todas las organizaciones y a todos los servicios, representan un consenso sobre la actuación organizativa esperada, y deben poder someterse a evaluación.

Para la Joint Commission un criterio es aquella condición que debe cumplir la práctica clínica para ser considerada de calidad. El estándar es el grado de cumplimiento exigible a un criterio.

En el año 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo (en la actualidad Ministerio de Sanidad y Política Social) presentó el Plan de Calidad en el Sistema Nacional de Salud, que pretende incrementar la cohesión del sistema y ofrecer garantías a los pacientes, usuarios y profesionales para conseguir una atención sanitaria con la máxima calidad. Compuesto por distintas áreas y estrategias, el Área 4 está dirigida a Fomentar la Excelencia Clínica. Dentro de ésta, la Estrategia 7 nos habla de Acreditar y Auditar centros y servicios.

En el Ministerio de Sanidad y Política Social se realiza un Plan de Auditorías Docentes que apoya los procesos de Acreditación de Centros y Unidades Docentes para la formación de postgrado.

La oferta docente para la formación de postgrado en el Sistema Nacional de Salud se concreta en centros y unidades docentes. Dentro de la oferta de centros docentes de **2008** había un total de 260 hospitales acreditados. Además se incluyen en la oferta 15 hospitales monográficos.

La oferta de 2008 abarca un total de 2.958 unidades docentes, de las que 2.610 corresponden a unidades hospitalarias y 344 a otras unidades (Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina Preventiva y Salud Pública; Medicina del Trabajo, Psiquiatría y Psicología Clínica; o de especialidades de Enfermería).

En el Plan de Auditorias de 2008 se incluyeron un total de 243 auditorías docentes, que corresponden a 45 centros docentes y 198 unidades docentes para la formación de postgrado en ciencias de la salud.

En **2009** han aumentado los centros y unidades acreditados para la docencia, hay 290 hospitales acreditados, de los cuales 46 están acreditados exclusivamente para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, 19 exclusivamente para Salud Mental, 5 para la especialidad de Medicina del Trabajo, 1 para Medicina Preventiva y Salud Pública y 5 para la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Además se incluyen en la oferta 18 hospitales monográficos.

La oferta de 2009 se concreta en un total de 3.160 unidades docentes, de las que 2.772 corresponden a unidades hospitalarias y 388 a otras unidades (entre las que destacan las 164 a Unidades de Medicina de Familia, 23 a Medicina Preventiva y Salud Pública, 18 a Medicina del Trabajo, 108 a Psiquiatría y Psicología Clínica, o las 63 a especialidades de Enfermería).

Los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS) tienen como objeto garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización, que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros por tratarse de patologías de muy baja prevalencia.

Estos centros son una de las herramientas del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) en colaboración con las Comunidades Autónomas para avanzar en la cohesión del Sistema Nacional de Salud y para que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceder a las prestaciones.

La acreditación de los CSUR-SNS es una actividad realizada por la Agencia de Calidad en apoyo al proceso de designación de los mismos liderado por la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud en colaboración con las comunidades autónomas que conlleva la realización de las correspondientes auditorías.

A nivel nacional, en 2009 se ha llevado a cabo:

- La acreditación de CSUR-SNS de **trasplantes** que afecta a un total de 27 nuevas unidades ubicadas en 15 hospitales.
- La acreditación de CSUR-SNS de la especialidad de **traumatología** afecta a un total de 20 nuevas unidades ubicadas en 12 hospitales.
- La acreditación de CSUR-SNS de la especialidad de **cirugía plástica** afecta a un total de 1 nueva unidad ubicada en 1 hospital.

En 2009 se han realizado un total de 231 auditorías, de las cuales 183 corresponden a auditorías de centros o de unidades docentes para la formación postgrado en ciencias de la salud, mientras que 48 corresponden a auditorías de CSUR-SNS que afectan a procesos autorizados por el Consejo Interterritorial. Una de ellas en nuestra Comunidad Autónoma, concretamente la Unidad de Quemados Críticos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

DISTRIBUCIÓN DE CENTROS Y UNIDADES DOCENTES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2008 Y 2009)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	CENTROS DOCENTES (HOSPITALES)		UNIDADES DOCENTES	
	2008	2009	2008	2009
<i>Andalucía</i>	35	39	454	490
<i>Aragón</i>	12	13	94	97
<i>Asturias</i>	11	12	69	78
<i>Baleares</i>	5	6	48	57
<i>Canarias</i>	10	11	127	135
<i>Cantabria</i>	3	4	43	46
<i>Castilla La Mancha</i>	10	11	129	149
<i>Castilla y León</i>	15	15	180	202
<i>Cataluña</i>	57	58	488	479
<i>Comunidad Valenciana</i>	25	31	280	316
<i>Extremadura</i>	7	9	65	76
<i>Galicia</i>	11	12	182	189
<i>Madrid</i>	29	39	450	480
<i>Murcia</i>	9	9	85	93
<i>Navarra</i>	5	4	86	89
<i>País Vasco</i>	13	13	156	157
<i>La Rioja</i>	1	1	20	23
<i>Ceuta</i>	1	2	1	2
<i>Melilla</i>	1	1	1	2
Total	260	290	2958	3160

PLAN DE AUDITORÍAS 2008 Y 2009

AGENCIA DE CALIDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	CENTROS DOCENTES (HOSPITALES)		UNIDADES DOCENTES		TOTAL		ACREDITACIÓN CSUR-SNS
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	
<i>Andalucía</i>	8	4	28	20	36	24	9
<i>Aragón</i>	1	1	11	2	12	3	1
<i>Asturias</i>	1	1	7	4	8	5	0
<i>Baleares</i>	0	1	3	2	3	3	0
<i>Canarias</i>	1	1	9	2	10	3	1
<i>Cantabria</i>	1	0	3	2	4	2	2
<i>Castilla La Mancha</i>	2	4	13	8	15	12	0
<i>Castilla y León</i>	6	3	13	8	19	11	2
<i>Cataluña</i>	6	4	22	28	28	32	12
<i>Comunidad Valenciana</i>	7	4	15	16	22	20	6
<i>Extremadura</i>	0	0	5	6	5	6	0
<i>Galicia</i>	4	3	15	8	19	11	5
<i>Madrid</i>	4	5	31	18	35	23	7
<i>Murcia</i>	2	1	7	6	9	7	2
<i>Navarra</i>	0	2	7	2	7	4	0
<i>País Vasco</i>	2	2	7	14	9	16	1
<i>La Rioja</i>	0	1	2	0	2	1	0
<i>Ceuta</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>Melilla</i>	0	0	0	0	0	0	0
Total	45	37	198	146	243	183	48

LA ACREDITACION 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, desarrolla gran parte del capítulo III de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que hace referencia a todo lo que tiene que ver con la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud (titulaciones, acceso a la formación y estructuras de apoyo a la formación fundamentalmente).

Constituye un paso más en la implantación del modelo general de Formación Sanitaria Especializada diseñado en la ley 44/2003 y en la potenciación de las estructuras docentes.

Su principal objetivo es garantizar un alto nivel de calidad de nuestro sistema de formación sanitaria especializada nacido del RD 127/1984 (actualmente derogado), sometiendo a toda la estructura docente que interviene en la formación de especialistas a medidas de control y evaluación a través de la Agencia de Calidad del Servicio Nacional de Salud, con la colaboración de las administraciones autonómicas. La evaluación y control de calidad de las estructuras docentes viene recogida en el artículo 29, evaluación y control de calidad de la estructura docente

Concepto de unidad docente (Artículo 4)

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes y 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.

Acreditación de unidades docentes (Artículo 5)

La acreditación docente la concede el Ministerio de Sanidad y Consumo una vez constatado que se cumplen los requisitos oficiales que fijan, para cada especialidad, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, y Deportes. En la resolución de acreditación se deberá hacer constar el número de plazas acreditadas, la entidad titular de la unidad docente, el órgano coordinador de la estructura docente y la sede de la comisión de docencia a la que se adscribe esa unidad.

Igualmente es el Ministerio de Sanidad y Consumo el que procede a la desacreditación o revocación, parcial o total, de la acreditación oído el centro afectado y su Comisión de Docencia.

Se podrán aplicar medidas cautelares provisionales (suspensión de la acreditación u otras) si se detectan deficiencias en las unidades docentes. En ese caso los residentes afectados se ubicarán en otras unidades acreditadas (excepcionalmente fuera de la propia comunidad autónoma). Se podrán producir desacreditaciones definitivas que obligarán igualmente a la redistribución de los residentes en otras unidades. En este caso se pierde la oferta de las plazas afectadas para sucesivas convocatorias.

Solicitud de acreditación de unidades docentes (Artículo 6)

Se realizará por la entidad titular del centro o unidad donde se ubiquen. Es preceptivo el informe favorable de la comunidad autónoma cualquiera que sea la titularidad de la unidad docente (pública o privada). En nuestra comunidad autónoma corresponde a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo el informar y tramitar los expedientes de acreditación ante el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Evaluación y control de calidad de la estructura docente (Artículo 29)

Las unidades docentes y centros acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud se someterán a medidas de control de calidad y evaluación, con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación que prevé el artículo 26 de la Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, en

relación con el artículo 5 de este real decreto, la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de las previsiones contenidas en las distintas normas que regulan la formación sanitaria especializada.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar las unidades docentes y para evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación, para lo cual podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas, de sus servicios de inspección y de los profesionales que, con autorización de la correspondiente comunidad autónoma, estén acreditados como auditores por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para realizar dichas funciones. Asimismo, dicha colaboración podrá llevarse a cabo por las entidades previstas en el artículo 62.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito. Dicho plan se aprobará y supervisará por la comisión de docencia con sujeción a los criterios que establezcan las comunidades autónomas a través de los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. En los mencionados planes de gestión de calidad se contará con la necesaria participación de los residentes que anualmente evaluarán, a través de encuestas o de otros instrumentos que garanticen el anonimato, el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, así como el funcionamiento, desde el punto de vista docente, de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus períodos formativos.

La evaluación desfavorable de la actividad docente de un centro o unidad, implicará la revisión de su acreditación y, en su caso, su revocación total o parcial, con

sujeción a lo previsto en el artículo 5 de este real decreto. Las comunidades autónomas, con la finalidad de efectuar el seguimiento de la calidad de la formación

especializada, realizarán, a través de los órganos competentes en la materia, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en sus respectivos ámbitos, para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y las comunidades autónomas colaborarán y se facilitarán mutuamente la información necesaria para llevar a cabo la evaluación de centros y unidades docentes.

COMO SE ACREDITAN ACTUALMENTE LOS HOSPITALES Y UNIDADES DOCENTES

La acreditación docente es el procedimiento que capacita a los centros hospitalarios y a las unidades docentes para la formación de especialistas.

Es solicitada por las propias instituciones y el dictamen es emitido por un órgano consultivo independiente del sistema, en nuestro caso la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Como proceso integrado, tiene un carácter dinámico, en constante evolución acorde con la propia del sistema sanitario.

Con la acreditación docente se intenta medir la calidad formativa de los centros hospitalarios o unidades que quieren estar acreditados para este fin, garantizándose que la institución tiene capacidad de producir profesionales competentes y servicios de alta calidad.

Los requisitos de acreditación que con carácter general deben cumplir los centros y unidades docentes a efectos de la formación de especialistas son fijados por los Ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social, oído el Consejo Nacional de Especialidades en ciencias de la salud.

En 1987 y a instancias del entonces Consejo Nacional de Especialidades Médicas, los dos ministerios nombran a un grupo de personas que, tras varios meses de trabajo, elaboraron un protocolo técnico para ser aplicado por un equipo de auditores externos al hospital, aunque vinculados al Sistema Sanitario Público, y que una vez concluida la visita en base a ese protocolo redactaban un informe técnico, que sería estudiado por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (ahora Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud), con el fin de dar el visto bueno desde el Consejo Nacional al hospital para la formación de especialistas.

En el año 1998 se procedió a la revisión del Protocolo Técnico con un enfoque funcional en torno a tres ejes: Atención al Paciente, Organización Hospitalaria y Formación. Así mismo, el Protocolo Técnico dispone de una Guía de Actividades en el proceso de evaluación que tiene por objeto orientar la labor de los auditores en la evaluación de los criterios.

ETAPAS

Solicitud del Hospital

Cuando el Hospital desea ser acreditado para los programas de formación especializada de postgrado, el Gerente o Director del Centro dirige al Ministerio de Sanidad y Política Social:

- a) Solicitud de acreditación para la docencia médica posgraduada.
- b) Informe para el Comité de Acreditación de hospitales que aporta la información básica sobre el tipo de hospital y sus características principales.

Esta documentación, junto con el *Informe favorable* del órgano competente de la Comunidad Autónoma es enviada al Ministerio de Sanidad y estudiada por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, el cual, a la vista de la documentación elabora un dictamen proponiendo, como órgano consultivo, la acreditación o no del centro por 1 año, condicionado a la de la auditoría.

Dentro del procedimiento de evaluación diseñado, no se contempla una etapa de autoevaluación como fase previa a la evaluación externa y dentro del principio de la mejora continua.

Visita de auditoría

Una vez acreditado condicionalmente, la Subdirección General de Ordenación Profesional lo incluye dentro de la programación anual del Plan Nacional de Auditorías Docentes, notificando al gerente y a la institución sanitaria de la que depende el hospital, la fecha de visita, solicitando su colaboración.

La auditoría o evaluación del hospital al objeto de aplicar el Protocolo Técnico que contiene los criterios de acreditación de las diferentes áreas que lo integran, es llevada a cabo por un equipo de evaluadores externos al hospital que aproximadamente en 3 días, dependiendo del tamaño y de la complejidad del hospital, verifican el cumplimiento de los criterios y características requeridas del Protocolo técnico del citado centro. El equipo de evaluadores procede, en general, de personal de distintos cuerpos sanitarios de la Administración y de la Inspección de la Seguridad Social, médicos, farmacéuticos o personal de enfermería.

Informe técnico

Una vez concluida la visita de inspección, el equipo auditor procede al análisis de toda la información recogida en su visita y redacta el correspondiente informe técnico que incluye: un análisis de las distintas áreas del protocolo reflejando los aspectos positivos y las deficiencias encontradas a juicio de los auditores, así como las recomendaciones efectuadas, los resultados globales y conclusiones de la encuesta de satisfacción realizada a los residentes y finalmente, la ponderación relativa a las puntuaciones de las diferentes partes que integran la calificación final de cada hospital.

Dictamen de acreditación

El informe técnico es estudiado por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano consultivo de los citados Ministerios que emite una propuesta de acreditación o denegación de acreditación.

Dicha propuesta es ratificada por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud reunido en Pleno y es entregado a la Administración, la cual, tras su estudio, dicta definitivamente, enviando al Gerente, al Presidente de la Comisión de Docencia y a la institución de la que depende el hospital, el informe final, las conclusiones y las recomendaciones.

El dictamen de acreditación docente puede otorgar la acreditación por 3 años, la acreditación condicionada por 1 año, supeditada a la resolución de las deficiencias,

o bien puede denegar la acreditación existente.

La auditoría de los centros y unidades docentes se lleva cabo:

- En los casos de informe condicionado del Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.
- De forma rutinaria, cada ciertos años, en todos los centros y unidades acreditados para la docencia.
- Ante la solicitud del 50% como mínimo de los residentes que reciben formación en un determinado centro hospitalario.
- En aquellas circunstancias en que la Administración del Estado y/o Autonómica lo considere necesario.
- Ante la solicitud razonada de la Comisión de Docencia y/o del Gerente o Director del centro hospitalario dirigida a la subdirección General.

EL PROTOCOLO TECNICO

El protocolo utilizado como instrumento técnico para la auditoria está integrado por diez áreas, que exploran aquellas parcelas de la organización del funcionamiento de un hospital con impacto sobre la actividad formativa. Cada área del protocolo integra diferentes criterios relativos a diversos aspectos de la estructura organizativa, los

recursos humanos, la infraestructura física, los recursos materiales y el equipamiento, el funcionamiento etc., que son verificados por el equipo evaluador durante la visita al hospital de acuerdo con las características requeridas que dan cumplimiento a cada criterio y que se reflejan en el protocolo.

El protocolo ha evolucionado acorde a la percepción de la calidad. Así actualmente se distinguen tres tipos de funciones, con sus áreas correspondientes:

- Funciones centradas en el paciente.
 - Derechos de los pacientes y aspectos éticos.

 - Funciones de asistencia a los pacientes.
 - Servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento.
 - Continuidad de la asistencia.

- Funciones centradas en la organización.
 - Equipo directivo y organización general.
 - Gestión y mejora continua de la calidad.
 - Gestión de la información.

- Funciones centradas en la formación.
 - Planificación y organización de la formación especializada.
 - Evaluación y calidad de la formación especializada.
 - Formación continuada y competencia profesional.

Como complemento a la aplicación del protocolo técnico, se efectúan dos actuaciones auditoras de gran interés: una revisión y análisis de historias clínicas y una encuesta de satisfacción a los médicos residentes en formación en el hospital visitado.

El análisis de historias clínicas se lleva a cabo sobre una muestra escogida al azar de 50 historias de pacientes ingresados, 25 historias de consultas externas y 25

informes de asistencia en urgencias, que son valoradas utilizando una hoja de puntuación que consta de catorce parámetros o “ítems”, incluyendo aspectos tales como: la ordenación general de la historia, el grado y calidad de cumplimentación de los distintos documentos que integran la historia clínica y el informe clínico de alta. La valoración de cada “ítem” se realiza otorgando una puntuación de 0 a 3 puntos, según la escala siguiente: Bien (3), Regular (2), Mal (1), No cumplimentado (0) y No Aplicable (NA).

Igualmente, se realiza una encuesta de satisfacción de carácter anónimo a los médicos residentes en período de formación en el hospital, en la que se les interroga acerca de diversos aspectos relacionados con la formación técnica y práctica recibida, la tutorización, el grado de responsabilidad asistencial asumido y el apoyo

en recursos pedagógicos y bibliográficos del hospital. Cada pregunta es valorada por el médico residente y puntuada según una escala subjetiva que va de 0 al 4.

METODOLOGIA DE TRABAJO

La metodología de trabajo seguida por los equipos que realizan la visita al hospital, comprende la consideración de los siguientes aspectos:

Preparación de la auditoría:

El equipo prepara habitualmente la visita al hospital con la lectura de la documentación previa existente sobre el centro: Memoria del último año del hospital, estadísticas de actividad, datos generales de recursos del centro, etc.

Visita al hospital:

En el centro, el equipo de evaluadores realiza la aplicación del Protocolo técnico a través del uso de tres herramientas básicas de trabajo a utilizar en cada una de las áreas que lo integran: la entrevista al responsable de cada Departamento, Servicio o

Unidad y a las distintas personas implicadas en los criterios del área, la inspección u observación directa de las instalaciones y su funcionamiento, y el estudio y análisis de la diversa documentación requerida en cada caso.

Durante los días que dura habitualmente la visita, el equipo de evaluación mantiene con el equipo directivo del hospital sucesivas reuniones en las que se programan las distintas actuaciones de los evaluadores, se van analizando las incidencias surgidas y el último día se presentan los hallazgos más significativos con carácter provisional.

Elaboración del informe final:

Tras la visita al hospital y la oportuna recogida de información a través de los medios señalados, el equipo de evaluación procede al análisis de los datos recogidos, puntúa cada uno de los criterios que integran cada una de las áreas y redacta un Informe Final donde se reflejan los aspectos positivos encontrados, las principales

deficiencias halladas y se efectúan las recomendaciones oportunas acerca de cómo mejorar la situación del hospital.

Este Informe Final, junto con el Protocolo Técnico con las puntuaciones otorgadas al centro, constituyen la base del análisis que el Comité de Acreditación realiza para emitir después su dictamen de acreditación.

El informe es “el producto final de la evaluación externa, en el que se transcriben documentalmente todas las actuaciones realizadas para facilitar la toma de decisiones válidas en el proceso de acreditación, e incluye todas las informaciones objetivas recogidas, verificadas y analizadas de la visita de acreditación, las conclusiones, las recomendaciones, los puntos fuertes y las áreas de mejora”.

Suele presentarse en formato papel y/o electrónico. En el programa de acreditación docente se redactan las verificaciones realizadas después de cada criterio del manual, al que se acompañan las conclusiones y recomendaciones efectuadas para cada área, y una agrupación global de las mismas para la organización, a lo que se añade un informe sobre la encuesta de satisfacción de los residentes y las

valoraciones cuantitativas con las ponderaciones correspondientes. Se aconseja que el responsable del equipo evaluador sea quien supervise el informe final.

Una vez elaborado, se remite al Ministerio de Sanidad y Política Social, que tras su revisión lo cursa al comité de acreditación. Éste tiene la siguiente composición: un presidente que es el presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, un secretario, y 7 vocales, de los que 5 son los presidentes de las comisiones nacionales de especialidades elegidas por el consejo, otro es el representante del Ministerio de Sanidad y Política Social (Subdirector General de Ordenación Profesional) y otro del Ministerio de Educación (Subdirector General de Ciencias de la Salud).

Actualmente, este protocolo se encuentra en fase de revisión y adaptación a los requerimientos del RD 183/2008. Este nuevo Manual de Auditoría que está desarrollando la Agencia de Calidad del SNS para la realización de auditorías de centro docente hospitalario acreditado para la formación sanitaria especializada está compuesto por:

1. Procedimiento para la realización de auditorías
2. Criterios de auditoría.
3. Cuestionario de auditoría.
4. Modelo de informe de auditoría.

Estos criterios serán validados durante el año 2009 y posteriormente modificados. El Manual en edición definitiva estará disponible a lo largo del segundo semestre de 2010.

Los criterios se han estructurado en 6 Áreas genéricas compuestas, a su vez, por una serie de criterios.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece los requisitos generales de acreditación de centros y unidades docentes para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

El artículo 26.3 de dicha ley establece que corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social, a instancias de la entidad titular del centro, previo informe de la comisión de docencia de éste y de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma, y de acuerdo con los informes y propuestas coordinados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, resolver sobre las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes.

La acreditación especificará, en todo caso, el número de plazas docentes acreditadas.

Documentación a adjuntar:

De acuerdo con esta normativa, éstos son los pasos a seguir para solicitar la acreditación docente para la formación sanitaria especializada:

1. Solicitud para la acreditación docente de la Unidad Docente, con la capacidad que se decida (número de plazas que se solicita acreditar), dirigida a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo (Vía Universitat 36, planta 3ª, 50017 Zaragoza), firmada por la Dirección del Centro y por la Gerencia del Sector.
2. Solicitud de acreditación para la docencia médica posgraduada a la Comisión de Docencia y Gerencia del Centro, firmada por el Jefe de Servicio.
3. Acta de la Comisión de Docencia en la que se refleje el informe favorable a dicha solicitud de acreditación docente.

4. Memoria del Jefe de Servicio o Responsable de la Unidad, donde se detalle el cumplimiento de los requisitos de acreditación para la especialidad correspondiente conforme al programa vigente y que marca la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE). Estos requisitos sirven como guía para elaborar la memoria.

La Dirección General de Planificación y Aseguramiento es el órgano competente de la Comunidad Autónoma, encargado de la tramitación del expediente de acreditación ante la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social. Como es preceptivo, deberá emitir informe favorable sobre dicha solicitud al mismo órgano de acreditación.

La Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social es el órgano que resuelve dicha solicitud de acreditación, tras el análisis del expediente por la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad.

En la siguiente dirección del Ministerio de Sanidad y Política Social se encuentra toda la información relativa a la Acreditación Docente de Centros y Unidades para la Formación Sanitaria Especializada:

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

En esta página están disponibles los Formularios de solicitud específicos de cada Unidad Docente y los de Centros Docentes Hospitalarios así como los Requisitos de acreditación de cada uno de ellos.

EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LAS ESTRUCTURAS DOCENTES

Viene recogido en el Artículo 29 del R.D. 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.

LA AGENCIA DE CALIDAD

Dentro de la Administración General del Estado, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Política Social, es la responsable de la elaboración de los elementos de la infraestructura de la calidad, en colaboración con las comunidades autónomas

Estos elementos estarán a disposición de las propias comunidades y de los centros sanitarios públicos y privados, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios que prestan a los pacientes.

La Agencia de Calidad tiene como competencias el fomento de la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios.

¿Cual es el papel de supervisión de la Agencia de Calidad?

- La Agencia de Calidad “audita” de forma independiente.
- Su “cliente externo” es el especialista en formación.
- Su “cliente interno” es la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Comisión de Certificación:
Comisión Nacional de la especialidad, en el caso de Unidades Docentes
Comisión de Acreditación, en el caso de Hospitales
- Certificador: es la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social “a propuesta” de las comisiones.

Además, la Agencia de Calidad:

- Forma y propone auditores
- Gestiona la realización de auditorías

AUDITORÍAS

Una Auditoría es el proceso sistemático, independiente y documentado para obtener **evidencias** (registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente, para los **criterios de auditoría** y que sea verificable) y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los **criterios de auditoría** (conjunto de políticas, procedimientos o requisitos).

El concepto de auditoría lleva implícito el de evaluación, que lejos de identificarse con un proceso de inspección, debe ser entendido como un instrumento de análisis y mejora con el objetivo de “convertir los datos en información a través del análisis de los mismos” (JCAHO). Además, la auditoría debe ser la antesala de la Mejora Continua, al proporcionar un sistema de control permanente que permite identificar las áreas problemáticas e incorporar soluciones de mejora.

La Norma ISO 19011:2002 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental, proporciona orientación sobre los principios de auditoría, la realización de auditorías de sistemas de gestión de la calidad y auditorías de sistemas de gestión ambiental, así como sobre la competencia de los auditores de sistemas de gestión de la calidad y ambiental.

La auditoría se caracteriza por depender de varios principios, que hacen de ella una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. La adhesión a estos principios es un requisito previo para proporcionar conclusiones de la auditoría que sean pertinentes y suficientes, y para permitir a los auditores trabajar independientemente entre sí, para alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares:

- *Referidos a los auditores*
Conducta ética (el fundamento de la profesionalidad)

Presentación ecuaníme (obligación de informar con veracidad y exactitud)

Debido cuidado profesional (aplicación de diligencia y juicio al auditar)

- *Referidos a la auditoría*

Independencia (base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la misma)

Enfoque basado en la evidencia (método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático)

AUDITORÍAS DOCENTES

El Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista, establece en su artículo 6.1. que los Ministerios de Educación, Política Territorial y Deporte, y de Sanidad y Consumo, oído el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (en adelante, CNEM), establecerán los requisitos que han de cumplir los Centros, a efectos de formación de médicos especialistas.

Desde el año 1987, el Ministerio de Sanidad y Consumo (ahora Ministerio de Sanidad y Política Social) inicia un procedimiento de control y mejora de la calidad de los centros con acreditación docente y, por tanto, de la formación de los especialistas, a través de la puesta en marcha del **Plan Nacional de Auditorías Docentes**.

Ello implica la realización efectiva de determinadas auditorías, mediante las visitas a los respectivos centros y la comprobación del nivel de cumplimiento de los requisitos fijados en los **Protocolos Técnicos de Auditoría**.

Desde la citada fecha, todo Hospital o Unidad Docente acreditada para la formación de especialistas sanitarios es susceptible de ser evaluada a través del Plan Nacional de Auditorías Docentes.

La Auditoría Docente, es el procedimiento para evaluar la calidad docente de los centros y unidades que quieren estar acreditados para este fin, garantizando que la institución tiene la capacidad de formar profesionales competentes y servicios de alta calidad.

La Auditoría Docente es una herramienta del proceso de la formación de especialistas, que contribuye a optimizar la calidad de la misma mediante la evaluación de la capacidad y calidad formativa de los centros y unidades docentes.

Es una Auditoría de **proceso**, porque se trata de ver, conocer y evaluar, cómo se está llevando a cabo la actividad formativa.

Es una Auditoría de **calidad**, pues es una evaluación independiente y sistemática, se realiza para determinar si las actividades cumplen los planes formativos y los requisitos establecidos y si las mismas están implantadas de forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos.

La programación de una auditoría se realiza de forma periódica a todo hospital acreditado o a las unidades docentes cuando exista una solicitud razonada de:

- Cualquiera de las Administraciones Sanitarias Públicas.
- Órganos consultivos previstos en la legislación vigente: Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
- La Gerencia o la Comisión de Docencia del Centro
- Residentes.

La dirección técnica, organización y gestión de dicho Plan, se lleva a cabo, en la Dirección General de Ordenación Profesional, a través de la Unidad de Auditorías de la Subdirección General de Ordenación Profesional.

Las auditorías se realizan por equipos multidisciplinarios de auditores de distintas Comunidades Autónomas, acreditados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, de manera que estos profesionales siempre son de distinta Comunidad Autónoma a la de aquella donde se ubica la Unidad Docente, u Hospital a auditar, lo que constituye otra garantía de la objetividad del proceso.

Las Auditorías se llevan a cabo con los recursos del propio Ministerio de Sanidad y Política Social y sus Órganos consultivos en materia de formación especializada, los equipos de Auditores y los protocolos técnicos.

En el Ministerio de Sanidad y Consumo se realiza un Plan de Auditorías Docentes que apoya los procesos de acreditación de Centros y Unidades Docentes para la

formación de postgrado así como de Centros y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (a partir de ahora CSUR-SNS).

La acreditación de los CSUR-SNS es una nueva actividad realizada por la Agencia de Calidad en apoyo al proceso de designación de los mismos, liderado por la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud en colaboración con las comunidades autónomas.

El Plan de Auditorias se establece cada año y se gestiona en dos periodos, el primero incluye el trabajo de campo que se lleva a cabo antes de finalizar junio y el segundo, se inicia el 1 de julio y finaliza el 31 de diciembre.

La coordinación con las comunidades autónomas se realizará a través del representante por ellas designado por éstas para los centros docentes y a través del representante designado para los CSUR-SNS.

CÓMO SE LLEVA A CABO EL DESARROLLO PRÁCTICO DE UNA AUDITORÍA

Objeto

Establecer las pautas y definir las condiciones para la realización de las Auditorías, desde la designación del Jefe Auditoría hasta la entrega del Informe de Auditoría, en el ámbito del Plan de Auditorías de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Campo de aplicación

Todas las Auditorías incluidas en el Plan Anual de Auditorías.

DESARROLLO DEL PROCESO

1. Designación del Jefe de Auditoría.

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad designa para cada auditoría incluida en el Plan de Auditorías un Jefe de Equipo de Auditoría.

2. Programación de la Auditoría.

El Jefe de Equipo de Auditoría debe programar las auditorías asignadas, indicando a la Unidad de Auditorías, en el plazo máximo de un mes, la fecha previsible de realización de la misma, que deberá estar dentro de los plazos que se indiquen y, en cualquier caso, antes del 30 de junio para el primer semestre y antes del 31 de diciembre para el segundo, en la Unidad de Auditorías.

Si el Jefe de Equipo de Auditoría designado para realizar una auditoría no realiza su programación en el plazo señalado de forma injustificada, la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad puede proceder a su sustitución.

Con un mínimo de dos meses de anterioridad a la fecha prevista para la realización de la auditoría, el Jefe de Equipo de Auditoría debe facilitar a través del eRoom la Agenda de Auditoría y las Fichas de Viaje de los auditores. El Jefe de Auditoría debe comprobar la disponibilidad en las fechas propuestas, contactando con la gerencia del centro, antes de enviar la agenda a la Unidad de Auditorías.

En el caso de que el Jefe de Equipo de Auditoría tenga asignada la realización de varias auditorías en el mismo centro, debe programarlas conjuntamente.

El Jefe de Auditoría adaptará el número de miembros del Equipo de Auditoría y/o el número de días al trabajo de campo realizado, enviando las Fichas de Viaje. También debe elaborar y enviar la Agenda.

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, a la vista de la Agenda y las Fichas de Viaje, autoriza la auditoría emitiendo la correspondiente Autorización de Auditoría:

- Para realizar la auditoría de una Unidad Hospitalaria se autoriza el desplazamiento, desde su lugar de origen, de dos auditores (un Jefe de Equipo de Auditoría y un Auditor como máximo) así como una estancia correspondiente a dos días de trabajo de campo, que también se adaptará a la agenda.
- Para realizar la auditoría de Hospitales/Centros Docentes se autoriza el desplazamiento, desde su lugar de origen, de tres auditores (un Jefe de Equipo de Auditoría y dos Auditores) así como una estancia máxima correspondiente a tres días de trabajo de campo (en revisión).
- Para realizar conjuntamente dos o más auditorías en un único centro, se autorizará el desplazamiento desde su lugar de origen, de un número de auditores adaptado a la agenda propuesta.

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad facilitará al Jefe de Equipo de Auditoría la acreditación de los auditores, miembros del equipo auditor, incluidas en la Autorización de Auditoría.

La documentación relacionada con la auditoría será compartida por la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad y el Jefe de Equipo de Auditoría a través del eRoom Plan de Auditorías (Método de trabajo on-line).

Todos los Jefes de Equipo deben garantizar el acceso a esta información y la disponibilidad de ordenador con acceso a Internet de banda ancha así como la autorización del administrador de su equipo informático.

Aquellas dudas, aclaraciones o propuestas de mejora, que afecten a la planificación y gestión de la auditoría pueden ser planteadas a la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad a través de la Unidad de Auditorías.

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA.

Reunión Inicial: la auditoría comienza con una reunión del Equipo de Auditoría con los responsables (Gerencia o Dirección) del centro a auditar. Los auditores deben presentar su acreditación como tales ante el responsable del centro. En la reunión se pedirá conformidad del centro con la Agenda de Auditoría.

Encuestas: la realización de encuestas de Auditorías en centros docentes, se deben ajustar al modelo autorizado.

Realización: es el contacto con los responsables, actividades y documentos que proporcionan información sobre el elemento que se va a auditar. Es la visita sobre el terreno.

Existen algunas premisas que deben tenerse en cuenta:

- No tomar en consideración rumores o suposiciones.
- Deben constatarse sólo los hechos. Lo que no es evidente, simplemente, no es evidente.
- Evitar discutir en exceso. Oír más que hablar.
- Decir exactamente lo que se quiere decir. Usar evidencias.
- Escribir únicamente sobre aquello que se conoce con seguridad.
- Anotar las desviaciones encontradas (lugar, documento incorrecto, hecho...)

Reunión final: la auditoría concluye con una Reunión Final del Equipo de Auditoría con los responsables del centro auditado.

El Jefe de Equipo de Auditoría debe presentar las conclusiones más significativas y remitir un informe de esta reunión a la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad a través del eRoom en el plazo máximo de una semana tras la reunión. La fecha en que se remite este Informe queda incluida en el eRoom con el epígrafe de Informe Provisional. Esta reunión no debe justificar la prolongación de la auditoría.

Síntesis e Informe: A partir de los hechos observados, el equipo auditor emitirá un Informe de la Auditoría: debe ser entregado en un máximo de 30 días una vez finalizado el trabajo de campo y éste debe ajustarse a los modelos autorizados e incluidos en el eRoom.

Establecimiento y seguimiento de las acciones de mejora: el auditado debe establecer las acciones de Mejora que se consideren efectivas y proponer plazos para su implantación; siempre es deseable hacer un seguimiento de estas acciones para comprobar su efectividad.

ACTIVIDAD REALIZADA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN 2008

UNIDADES DOCENTES ACREDITADAS EN ARAGÓN		
HOSPITALES		12
UD Hospitalarias		77
UD	MFyC	7
Extrahospitalarias		
	<i>Psiquiatría y Psicología Clínica</i>	6
	<i>M. Preventiva y Salud Pública</i>	1
	<i>Medicina del Trabajo</i>	1
	<i>Enfermería (Matronas)</i>	1
	<i>Enfermería Salud Mental</i>	1
Total acreditadas		94

Auditorías Docentes realizadas en nuestra comunidad en el año 2008

PLAN DE AUDITORÍAS DOCENTES 2008 ARAGÓN

Centro Docente/Hospital	Hospital Universitario Miguel Servet	1
Unidades Docentes		11
Hematología y Hemoterapia	<i>H. Clínico Universitario Lozano Blesa</i>	
Reumatología	<i>H. Clínico Universitario Lozano Blesa</i>	
Alergología	<i>H. Clínico Universitario Lozano Blesa</i>	
Anestesiología y Reanimación	<i>H. Clínico Universitario Lozano Blesa</i>	
Cirugía Gral. y del A. Digestivo	<i>H. General San Jorge (Huesca)</i>	
Medicina Interna	<i>H. General San Jorge (Huesca)</i>	
Cirugía Cardiovascular	<i>H. Universitario Miguel Servet</i>	
Obstetricia y Ginecología	<i>H. Universitario Miguel Servet</i>	
Nefrología	<i>H. Universitario Miguel Servet</i>	
Pediatría y sus Áreas Específicas	<i>H. Universitario Miguel Servet</i>	
Radiodiagnóstico	<i>H. Universitario Miguel Servet</i>	
Total Auditorías		12

ACTIVIDAD REALIZADA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN 2009

UNIDADES DOCENTES ACREDITADAS EN ARAGÓN		
HOSPITALES		13
UD Hospitalarias		79
UD	MFyC	8
Extrahospitalarias		
	<i>Psiquiatría y Psicología Clínica</i>	<i>6</i>
	<i>M. Preventiva y Salud Pública</i>	<i>1</i>
	<i>Medicina del Trabajo</i>	<i>1</i>
	<i>Enfermería (Matronas)</i>	<i>1</i>
	<i>Enfermería Salud Mental</i>	<i>1</i>
Total acreditadas		97

Auditorías Docentes realizadas en nuestra comunidad en el año 2009

PLAN DE AUDITORÍAS DOCENTES 2009 ARAGÓN		
Centro Docente/Hospital	<i>H. Clínico Universitario Lozano Blesa</i>	1
Unidades Docentes		2
Medicina Interna	<i>Hospital Obispo Polanco (Teruel)</i>	
Cirugía General y del Aparato Digestivo	<i>Hospital Obispo Polanco (Teruel)</i>	
Total Auditorías		3

COMPETENCIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

El **Decreto 6/2008, de 30 de enero**, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo y del Servicio Aragonés de Salud recoge que *la coordinación de la formación de postgrado y continuada de las profesiones sanitarias* son competencia la **Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo** a través del **Servicio de Oferta Sanitaria, Formación y Control y Uso del Medicamento**.

Formación especializada en ciencias de la salud

- ✓ *Acreditación de Centros y Unidades Docentes*
- ✓ Reacreditación
- ✓ Procedimiento de elaboración de la oferta en las convocatorias MIR
- ✓ Comisión de Formación Especializada en Ciencias de la Salud
- ✓ Real Decreto 183/2008 y su desarrollo normativo (Orden de 22 de febrero de 2008)
 - Formación, composición y funcionamiento de las Comisiones de Docencia
 - Subcomisiones de Docencia
 - Nombramiento, reconocimiento y evaluación de Jefes de Estudio
 - Nombramiento y evaluación de tutores
 - Reconocimiento de tutores
 - Rotaciones externas
- ✓ *Auditorías Docentes*
 - Plan Nacional de Auditorías de la Agencia de Calidad
 - Equipos de auditorías
- ✓ Planificación de la acreditación de nuevas especialidades, centros y unidades docentes
 - Estudio de necesidades de especialistas
 - Evolución de la oferta y adjudicación de plazas en los últimos años
- ✓ Necesidad de planificar la oferta docente

Dentro de las actividades desarrolladas en materia de **Formación especializada** en ciencias de la salud, como podemos observar en el esquema anterior, el **Servicio de Oferta Sanitaria, Formación y Control y Uso del Medicamento, de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento** desarrolla entre sus objetivos la representación autonómica en el Plan Nacional de Auditorías Docentes y coordina con el Ministerio de Sanidad y Política Social la realización de dichas auditorías.

¿Qué funciones se desarrollan en esta área?

Como Responsable de las **Acreditaciones Docentes**:

- Fomentar el interés de los profesionales sanitarios e impulsar la nueva acreditación de Centros y Unidades Docentes
- Informar y trasladar las solicitudes de acreditación al Ministerio de Sanidad y Política Social junto con un informe favorable, de conformidad con el artículo 6 del R.D. 183/2008
- Asesoría y apoyo a los centros en la preparación del expediente de acreditación.

Como Responsable de las **Auditorías Docentes**:

- Coordinación con el Ministerio de Sanidad y Política Social; (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud), de la programación y el planning de auditorías anuales.
- Comunicación a las Gerencias de las auditorías que se realizan en sus Centros.
- Apoyo a los centros en la preparación y superación de las auditorías.
- Coordinación y apoyo a los equipos de auditores de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Asistencia a los equipos de auditores de otras Comunidades Autónomas.
- Asesoría y seguimiento sobre diferentes aspectos de los planes de mejora solicitados a los centros auditados.

- Fomento y promoción de formación para los nuevos equipos de auditores del Gobierno de Aragón, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social.

BIBLIOGRAFÍA

Plan de Auditorías 2008 y 2009 e Instrucciones Técnicas

Agencia de Calidad del MSPS

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc02.htm

Normas, Manuales y Procedimientos elaborados en el Servicio de Oferta Sanitaria, Formación y Control y Unos del Medicamento de la Dirección General de Planificación y aseguramiento

Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Agencia Laín Entralgo

<http://www.madrid.org/>

Portal de Salud Castilla y León

<http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales>

Legislación:

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

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