

MANUAL DE CALIDAD

Docencia

HGCR

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	4
1.1.	AREA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA, FORMACIÓN Y CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL	4
1.2.	LEGISLACION APLICABLE	5
1.3.	OBJETO DE ESTE DOCUMENTO	5
1.4.	ALCANCE DEL SISTEMA DE CALIDAD CUBIERTO POR ESTE MANUAL	5
1.5.	REDUCCIÓN EN EL ALCANCE	5
1.6.	CONFIDENCIALIDAD	6
2.	TABLAS DE CORRESPONDENCIA ENTRE ELEMENTOS DE LA NORMA Y EL SISTEMA DOCUMENTAL	7
3.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES	8
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	11
4.1.	REQUISITOS GENERALES	11
4.2.	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	11
5.	RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN	14
5.1.	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	14
5.2.	ENFOQUE AL CLIENTE	14
5.3.	POLÍTICA DE LA CALIDAD	15
5.4.	PLANIFICACIÓN	16
5.5.	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	17
5.6.	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	20
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	21
6.1.	PROVISIÓN DE RECURSOS	21
6.2.	RECURSOS HUMANOS	21
6.3.	INFRAESTRUCTURA	22
6.4.	AMBIENTE DE TRABAJO	22
7.	REALIZACIÓN DEL SERVICIO	23
7.1.	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO	23
7.2.	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	23
7.3.	DISEÑO Y DESARROLLO	24
7.4.	COMPRAS	25
7.5.	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	26
7.6.	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	27
8.	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	28
8.1.	GENERALIDADES	28
8.2.	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	28
8.3.	CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	30
8.4.	ANÁLISIS DE DATOS	30
8.5.	MEJORA	30
9.	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS	33
9.1.	GESTIÓN DE LA DOCENCIA	34

1. INTRODUCCIÓN

1.1. AREA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA, FORMACIÓN Y CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

La Subdirección de Investigación, Docencia, Formación y Calidad (IDFYC) fue creada en Octubre 2006, tras el traslado desde el Complejo Hospitalario de Ciudad Real al Hospital General de Ciudad Real.

Tomando como punto de partida un hospital con gran volumen asistencial, que atiende a pacientes incluso fuera de nuestra Área Sanitaria y que se ha situado a la cabeza del Sistema Sanitario en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC), buscamos que nuestro hospital consiga

: "Avanzar en un programa de mejora continua de la calidad, consolidar la actividad formativa, docente e impulsar la investigación como aspectos esenciales para el enriquecimiento de la calidad asistencial. Queremos que el nuestro sea un hospital asistencial y docente".

El anuncio de la creación de la Facultad de Medicina en nuestra ciudad nos obliga a posicionarnos en el camino de un Hospital Universitario que, en línea con las perspectivas del resto de HU del Sistema Nacional de Salud, busca la integración de la docencia, investigación, formación y calidad como instrumentos para la mejora de la asistencia y en el que puedan trasladarse los beneficios al paciente.

De este modo, la constitución de la Subdirección como un área de gestión transversal, entendiendo por tal la concurrencia de distintas disciplinas para el abordaje de un mismo fenómeno, obliga a la coordinación metodológica y al desarrollo de estructuras comunes de pensamiento y acción.

Docencia, calidad asistencial, formación e investigación, con un enfoque integrador, tienen en común elevar la calidad de la atención a la salud de la población ya sea formando profesionales que respondan a las necesidades del sistema de salud, a través del proceso docente-educativo o con el desarrollo de una práctica médica de calidad sobre las bases de un proceso de atención médica eficiente o utilizando la investigación como método científico en los procesos de formación de recursos humanos en salud y en la actividad práctica de los profesionales de la salud.

En concordancia con estos principios, el IDFYC es una estructura organizativa encargada de la planificación, rediseño organizativo, coordinación, ejecución, evaluación de los diferentes Planes de Mejora de la actividad Investigadora, Docente, Formación Continuada y Calidad en el HGU CR, que pretende un adecuado uso de recursos intelectuales, tecnológicos, humanos y organizativos para ofrecer a los pacientes los mejores resultados clínicos posibles acordes con la evidencia científica y llevados a cabo por profesionales de un nivel competencial excelente.

1.2. LEGISLACION APLICABLE

Todas las actividades que realiza el Área de Investigación, Docencia, Formación y Calidad (en adelante IDfYc) observan la normativa legal de ámbito internacional y nacional que le es de aplicación a esta organización. Todas las leyes, decretos, y regulaciones aplicables tienen la consideración de documentos externos, y son tratados según lo descrito en el apartado 4.2.3 del presente Manual.

Igualmente observa las disposiciones legales derivadas de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999 y del Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999

La identificación de las normas legales vigentes aplicables al IDfYc es responsabilidad de la Subdirectora de IDfYc y permanece registrada bajo el formato de impreso IM-SGC-01E.

1.3. OBJETO DE ESTE DOCUMENTO

Este documento tiene por objeto cubrir los siguientes aspectos:

- Definir el Sistema de Gestión de la Calidad (en adelante SGC) por el que se rigen las actividades del IDfYc, en relación con los requerimientos de la Norma ISO 9001 las guías y pautas emitidas por las autoridades competentes.
- Definir la operativa a seguir para garantizar la calidad de sus actividades con el fin de obtener la mejora continua y, en consecuencia, la máxima satisfacción de los clientes.
- Marcar las líneas que permitan la integración de los requisitos legales referidos a la protección de datos de carácter personal dentro del contexto del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Dar a conocer la Política de Calidad aprobada por la Subdirectora de IDfYc.

1.4. ALCANCE DEL SISTEMA DE CALIDAD CUBIERTO POR ESTE MANUAL

El ámbito del SGC que se describe en este Manual de Calidad y en el conjunto de los Procedimientos Operativos y Generales del Sistema de Calidad abarca a los procesos de:

- Docencia
- Formación
- Investigación
- Calidad

El detalle de estos procesos se encuentra descrito en el apartado 5.5.1 de este Manual de Calidad y en los correspondientes mapas y fichas de proceso descritas en su Capítulo 9.

1.5. REDUCCIÓN EN EL ALCANCE

Se consideran no aplicables los requisitos de la Norma que se indican seguidamente:

- 7.3 relativo al Diseño y Desarrollo. La Unidad de Investigación en su área de investigación traslacional, de reciente implantación en el HGUCR, está

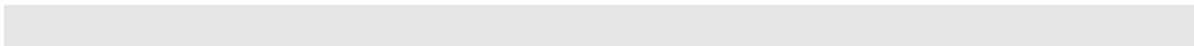
desarrollando la documentación relativa a este apartado aunque, en este momento, no se considera aplicable este requisito de la Norma. En el resto de áreas y Unidades los servicios y procesos derivan de las guías y pautas emitidas por otros organismos.

- 7.5.2 sobre Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio dado que las pautas de tipo formativo y la metodología a seguir para su implantación, que son emitidas por las autoridades competentes, han sido previamente verificadas y validadas por éstas correspondiendo únicamente a IDFYC la responsabilidad de su aplicación.
- 7.5.3 relativos a Identificación y trazabilidad dado que no es requisito de los clientes el mantenimiento de información que precise ser tratada bajo estos mecanismos.
- 7.5.4 sobre Propiedad del Cliente ya que no es preciso conservar ningún documento aportado por los profesionales, ni se genera ningún otro que pudiera considerarse propiedad de los mismos.
- 7.5.5 referidos a Preservación del Producto por no estar involucrados productos físicos en las actividades que realiza habitualmente IDFYC.
- 7.6 sobre Control de los Equipos de Seguimiento y Medición ya que IDFYC no dispone, en razón a su actividad, de equipo alguno de estas características y tampoco utiliza aplicaciones informáticas que estén bajo su exclusivo control

1.6. CONFIDENCIALIDAD

El Manual de Calidad, así como el resto de documentos que lo complementan: Procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad, Procedimientos Operativos y cuantos otros documentos estén relacionados con las prácticas profesionales del IDFYC tienen la consideración de confidenciales, por lo que su difusión o reproducción parcial o total solo podrá ser autorizada por la Subdirectora de IDFYC.

Específicamente, la reproducción en papel de cualquier documento del Sistema de Gestión de la Calidad requiere la autorización del Responsable de Calidad. La validez de estas copias en papel está condicionada a la presencia en las mismas de la leyenda "DOCUMENTO CONTROLADO" estampada en su portada.



2. TABLAS DE CORRESPONDENCIA ENTRE ELEMENTOS DE LA NORMA Y EL SISTEMA DOCUMENTAL

Documentación IDFC Requerimientos ISO 9001:2008	Manual de Calidad	Procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad							
		PR SGC 01	PR SGC 02	PR SGC 03	PR SGC 04	PR SGC 05	PR SGC 06	PR SGC 07	PR SGC 08
4.1 Requisitos generales	4.1								
4.2 Requisitos de la documentación	4.2								
5.1 Compromiso de la dirección	5.1								
5.2 Enfoque al cliente	5.2								
5.3 Política de la Calidad	5.3								
5.4 Planificación	5.4								
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	5.5								
5.6 Revisión por la dirección	5.6								
6.1 Suministro de recursos	6.1								
6.2 Recursos humanos	6.2								
6.3 Infraestructura	6.3								
6.4 Ambiente de trabajo	6.4								
7.1 Planificación de la realización del servicio	7.1								
7.2 Procesos relacionados con el cliente	7.2								
7.3 Diseño y desarrollo	7.3								
7.4 Compras	7.4								
7.5 Operaciones de producción y de servicio	7.5								
7.6 Control de los equipos de medición y seguimiento	7.6								
8.1 Medición, análisis y mejora	8.1								
8.2 Medición y seguimiento	8.2								
8.3 Control del producto no conforme	8.3								
8.4 Análisis de datos	8.4								
8.5 Mejora	8.5								

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Acción correctora

Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto, o cualquier otra situación indeseable existente, para impedir su repetición.

Acción preventiva

Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto, o cualquier otra situación no deseable, para prevenir que se produzca.

Auditoría

Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan realmente a cabo y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Auditoría interna

Auditoría de la calidad en la que el equipo de auditores lo forma personal autorizado por el IDFC.

Calibración / Verificación

Es el proceso de prueba y ajuste de un instrumento con objeto de proporcionar una relación conocida entre los resultados de las mediciones y el valor de la sustancia que está siendo medida a través del procedimiento de prueba.

Estándar

Expresión del nivel óptimo o adecuado de la estructura, proceso o resultado de una actividad que vamos a medir, de acuerdo con la situación concreta en que se realiza la evaluación.

IDFC

Sigla que se corresponde con la identificación del Área de Investigación, Docencia, Formación y Calidad del Hospital General de Ciudad Real.

Incidencia

Situación excepcional que pone de manifiesto un hecho que interfiere en las actividades del día a día y de la que se debe informar de forma inmediata a la autoridad correspondiente y al Responsable de Calidad. Dependiendo de sus características y

severidad puede derivar en No Conformidad y requerir la adopción de Acciones Correctoras.

Indicador de Calidad

Examen del comportamiento de un parámetro de los procesos operativos sobre el que existe una metodología concreta de cálculo para su control y seguimiento.

Manual de Calidad

Documento en el que se recoge y establece el Sistema de Gestión de la Calidad del IDFYC y en donde se marcan los criterios y procedimientos que garantizan el cumplimiento de sus principios de calidad

Mapa de Procesos

Representación de los procesos y de sus interrelaciones

No conformidad

Incumplimiento de un requisito especificado.

Plan de verificación y mantenimiento

Documento en el que se reflejan las diferentes actividades programadas para asegurar la adecuada verificación y mantenimiento de las aplicaciones informáticas en uso.

Plan de auditorias

Documento en el que se refleja el conjunto de áreas que se van a auditar así como la fechas previstas para ello y el nombre del auditor que se va a encargar de las mismas.

Plan de formación

Documento en el que se reflejan las acciones formativas a dar a los miembros del IDFYC en base a sus objetivos.

Política de Calidad

Directrices y objetivos generales, relativos a la calidad, definidos por la Subdirectora de IDFYC.

Procedimiento

Documento donde se establece el conjunto de pasos cronológicos y los requisitos a seguir para la realización de una actividad determinada con el detalle de quien y cuando se realiza.

Proceso

Organización de personas, procedimientos y medios físicos que, en trabajo coordinado y secuencial, son necesarios para lograr un resultado final concreto.

Producto

Resultado de una actividad o proceso.

Producto no conforme

Son aquellos productos o servicios en los que se detecte no coincidencia con los requerimientos especificados.

Registro de Calidad

Todo documento que muestre la evidencia del cumplimiento de algún requisito de control o calidad, alcanzada de modo objetivo e identificable.

Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)

Conjunto de normas, organizaciones, procesos, procedimientos, recursos y responsabilidades establecidos para llevar a cabo la determinación y aplicación de la política de calidad.

Tendencia

Resultado de una actividad que sin llegar a ser una no conformidad podría resultar en esta si no se toman las adecuadas medidas preventivas.

Validación

Evidencia documentada que proporciona un alto grado de seguridad de que un proceso específico producirá de manera consistente un producto que cumple sus especificaciones predeterminadas y atributos de calidad.

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1. REQUISITOS GENERALES

El Área de Investigación, Docencia, Formación Continuada y Calidad (IDFyC) tiene identificados los procesos necesarios para el desarrollo de sus actividades en relación con sus clientes y con los requerimientos de la Norma ISO 9001 (ver Anexo 1 de este Manual)

En la descripción de dichos procesos se citan:

- La misión de cada uno de los procesos que componen las actividades del IDFyC
- La identificación de sus correspondientes propietarios
- Los puntos de inicio y finalización de los procesos
- Los procedimientos operativos que regulan el funcionamiento de cada uno de ellos
- Los indicadores de calidad que permiten analizar la salud de los procesos
- Los registros que se generan

Analizado el comportamiento de dichos procesos se está en condiciones de conocer las áreas fuertes existentes e, igualmente, las áreas débiles sobre las que sea precisa la adopción de acciones correctoras o preventivas, y todo ello con el objetivo general del mantenimiento de la mejora continua en las actividades comprometidas con los clientes

4.2. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

4.2.1. Generalidades

La documentación del SGC del IDFyC está compuesta por diferentes tipos de elementos:

- Declaración documentada de la Política de Calidad y de los objetivos en materia de calidad
- El Manual de Calidad
- Los procedimientos del SGC (ver apartado 4.2.3 de este Manual)
- Procedimientos específicos que recogen disposiciones referidas al cumplimiento de la LOPD
- Procedimientos Operativos que describen los pasos a seguir para la realización de una actividad determinada.
- Otros documentos: Cuestionarios de auditorías, Indicadores de Calidad, etc.
- Existen otros documentos, como los externos no generados por IDFyC, leyes, manuales, publicaciones, etc. que igualmente intervienen directamente en las tareas operativas.
- La descripción de los registros de la calidad utilizados

4.2.2. Manual de la Calidad

Este Manual de Calidad contiene dentro de su Anexo 1 la descripción de los procesos del IDFyC en donde se representan las diferentes actividades que se desarrollan durante los mismos. Igualmente se hace mención a los Procedimientos Operativos necesarios para el desarrollo de sus actividades.

La estructura que se ha dado a este Manual de Calidad es paralela con el contenido de cada uno de los requerimientos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008. Esto se ha hecho así con el fin de facilitar la comprensión del Manual en relación con el contenido de la mencionada Norma Internacional

En el Capítulo 2 se incluyen las referencias cruzadas que relacionan el contenido y estructura de este Manual y del resto de la documentación con los diferentes requerimientos de la Norma ISO 9001.

Las actividades necesarias para la adecuada gestión del Manual de Calidad, y que se enumeran a continuación, son responsabilidad del Responsable de Calidad del IDFyC:

- Mantenimiento y actualización permanente del contenido del Manual
- Disponibilidad de ediciones actualizadas accesibles a todo el personal
- Custodia del ejemplar original y archivo de las distintas ediciones históricas
- El texto del Manual de Calidad es revisado por el Responsable de Calidad, y aprobado en última instancia, por el Subdirector de Docencia. Dicho Manual está difundido entre los miembros de IDFyC a través de la aplicación informática Certool.

Los mecanismos para las revisiones regulares del Manual de Calidad y para la introducción en el mismo de cualquier cambio o modificación están explicados dentro del Procedimiento PR-SGC-01 de Control de la Documentación.

4.2.3. Control de los documentos

Al amparo de lo contenido en el apartado 4.2.3 de la Norma Internacional UNE-EN-ISO 9001:2008, el IDFyC ha decidido incorporar al Manual de Calidad algunos de los procedimientos documentados que se especifican en dicho documento. Por otro lado ha considerado conveniente la existencia, como documentos independientes, de otros procedimientos del SGC no citados en dicha Norma.

El conjunto de procedimientos del SGC se encuentran en vigor es el siguiente:

- PR-SGC-01 Control de la documentación
- PR-SGC-02 Planificación de objetivos
- PR-SGC-03 Revisión del SGC
- PR-SGC-04 Auditorías internas
- PR-SGC-05 No conformidades, Acciones correctoras y preventivas
- PR-SGC-06 Validación de procesos y equipos
- PR-SGC-07 Formación

Los documentos relacionados con la protección de datos de carácter personal están integrados en el Sistema de Gestión de la Calidad y son los que se citan seguidamente:

- Procedimiento PR-GPD-01. Notificación, gestión y respuesta ante las incidencias de seguridad
- Procedimiento PR-GPD-02. Información sobre seguridad de los datos de carácter personal

El procedimiento PR-SGC-01 contempla los mecanismos para:

- Aprobación de los documentos antes de su emisión
- Revisión y actualización de los documentos
- Identificación y control de los cambios
- Disponibilidad de ediciones válidas en los lugares adecuados del IDFyC
- Identificación y control de la documentación externa
- Tratamiento de los documentos obsoletos

La documentación informatizada referida a las actividades del IDFyC es mantenida mediante copias de seguridad que son conservadas por la Unidad de Informática del HGU CR.

4.2.4. Control de los registros

Están identificados los registros de la calidad resultantes de las actividades manteniéndose su accesibilidad e integridad.

Todos los registros están archivados bajo formato en papel o informatizado en lugares seguros y accesibles para los empleados que necesitan su consulta.

Todos los registros mantienen la codificación e identificación que presentan desde su origen, no existiendo, por innecesaria, ninguna otra codificación complementaria para los mismos.

El listado de los registros de la calidad y operativos se documentan en el impreso IM-SGC-01F.

Tiempo de conservación de los registros

Los registros se conservan, excepto los sujetos a mandato legal o reglamentario, por un período equivalente al año vigente más los dos años anteriores. Transcurrido dicho plazo, los registros son destruidos definitivamente mediante los medios más adecuados en cada caso.

Los relativos a las actividades específicas del IDFyC se conservan de acuerdo a las pautas establecidas por los organismos competentes.

5. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN

5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La Subdirectora de IDFyC debe demostrar ante los miembros de su organización la importancia que tiene la satisfacción de los clientes como factor primordial para asegurar el éxito de las actividades y procesos desarrollados.

Para demostrar este liderazgo asume los siguientes compromisos:

- Transmite regularmente la importancia que tiene satisfacer no solo los requisitos de los clientes sino también las expectativas de éstos.
- Se asegura que los requisitos manifestados por los clientes están entendidos en todos los niveles de la organización, y que existe seguridad de que pueden cumplirse antes de establecerse compromiso alguno con los mismos.
- Mantiene la permanente sensibilización hacia el cumplimiento de los requisitos contenidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Tiene establecida una política de la calidad que sirve de marco de referencia sobre el cual está construido el SGC.
- A partir de esta política establece, dentro de un Plan de Calidad, objetivos concretos que asigna a personas representativas de su organización, marcando plazos específicos para su consecución.
- Efectúa de forma regular y sistemática revisiones sobre el funcionamiento del SGC establecido con objeto de analizar su grado de avance y cumplimiento para permitir, en consecuencia, aportar las medidas correctoras o preventivas que se estimen más convenientes.
- Analiza regularmente las necesidades de recursos, tanto de tipo humano como material y de control, a fin de asegurar que sus planes y objetivos no puedan verse comprometidos.

5.2. ENFOQUE AL CLIENTE

El enfoque al cliente, manifestado en el punto anterior tiene como consecuencia la conversión de todos los requisitos – explícitos e implícitos de los clientes – en requisitos y especificaciones internas que, una vez cumplidas, deben lograr su satisfacción.

5.3. POLÍTICA DE LA CALIDAD

La Política de Calidad definida por la Subdirectora del IDFyC se concreta en los siguientes aspectos:

Política de Calidad

- Integrar las actividades asistencial, docente e investigadora en una línea permanente de mejora continua, de forma que actúen sinérgicamente para ofrecer los mejores resultados que tenga por fin la satisfacción de las necesidades y expectativas nuestros clientes.
- Adaptar los objetivos impulsados por el Plan de Calidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha y las Estrategias de Mejora del Hospital General de Ciudad Real, avanzando en la gestión de los procesos que favorezcan la continuidad asistencial, en la protocolización de las actuaciones, en el uso adecuado de medios diagnósticos y terapéuticos y en la calidad científico-técnica, manteniendo al cliente como eje del sistema y mejorando la información, el trato y la seguridad.
- Promover entre los profesionales del hospital una Práctica asistencial basada en la mejor Evidencia Científica, obtenida sistemáticamente a partir de la recopilación de los estándares de las principales Guías de Práctica Clínica de ámbito nacional e internacional.
- Desplegar la cultura de seguridad entre los profesionales del hospital, promoviendo el registro y análisis sistemático de los errores, la aplicación de herramientas para prevenirlos y la incorporación a la práctica asistencial de las recomendaciones impulsadas por el Plan de Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
- Implantar una sistemática de seguimiento y evaluación periódica de los estándares e indicadores de calidad y seguridad de los procesos implantados con el fin de, mediante la revisión y rediseño de los mismos, alcanzar un sistema de mejora continua con la visión enfocada en el logro de la Excelencia.
- Implicar de manera transversal a los integrantes de la organización en mejorar el conocimiento de los diferentes niveles de actuación en los diferentes procesos interdisciplinarios relacionados con la atención a la salud.
- Orientar las actividades y decisiones hacia las necesidades del cliente para obtener una formación que favorezca una visión multiprofesional y multidisciplinar de conjunto, acorde con las necesidades de la sociedad actual.
- Cumplir con la normativa legal vigente en relación a la formación de los profesionales, así como con las disposiciones que se dicten destinadas a la adaptación de las enseñanzas universitarias a las exigencias derivadas del Espacio Europeo de Enseñanza Superior
- Garantizar un desarrollo de excelencia del sistema de formación sanitaria especializada y continuada del centro sanitario, mediante la evaluación interna de las actividades formativas realizadas y el sometimiento de la estructura docente a las medidas de control y evaluación que, coordinados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, se llevan a cabo con la colaboración

de las distintas administraciones autonómicas.

- Realizar un correcto análisis de las necesidades formativas que responda a las demandas reales de las Unidades Docentes del Hospital General de Ciudad Real teniendo en cuenta las propuestas de los profesionales y las líneas de formación estratégica del Hospital.
- Incorporar valor añadido a los profesionales configurando Docencia y Formación como vehículo que colabore en el desarrollo de la carrera profesional en la medida que ayude a afrontar los cambios y las expectativas de los usuarios.
- Potenciar una formación post-residencia de primer nivel dirigida a profesionales excelentes y de alto potencial con vocación de permanencia en el Hospital, que facilite la realización de proyectos estratégicos dentro de sus Unidades Docentes, garantizando su incorporación al mismo una vez finalizada esta formación.
- Promocionar y velar por la instauración de las buenas prácticas en investigación y el cumplimiento de la Ley de Investigación Biomédica en el desarrollo de los trabajos científicos del Centro.
- Implementar el trabajo colaborativo como vía para hacer crecer a la organización en la gestión del conocimiento científico.

Dra. Teresa Rodríguez Cano
Subdirectora de Investigación, Docencia, Formación y
Calidad del Hospital General de Ciudad Real

Esta Política de Calidad es conocida por todo los miembros del IDFyC y constituye el marco de referencia para la realización de todas las actividades, a partir de la cual se establecen los planes y metas específicos para cada ejercicio. Estos planes y metas son posteriormente revisados de modo regular para asegurar su adecuación y cumplimiento.

Esta Política de Calidad es revisada de manera anual por la Subdirectora para asegurar que su contenido es coherente con las estrategias del IDFyC y con las necesidades y expectativas de los clientes. La constancia de esta revisión se plasma dentro del registro de la revisión del SGC que realiza regularmente dicha Subdirectora.

5.4. PLANIFICACIÓN

5.4.1. Objetivos de la calidad

El IDFyC define, dentro de la Planificación del SGC que realiza para cada ejercicio, objetivos concretos a alcanzar a la finalización de los mismos.

Los objetivos son revisados regularmente para asegurar su cumplimiento, y establecidos de nuevo para cada ejercicio siempre dentro del principio de mejora continua. Estos

objetivos intentan ser año a año cada vez más ambiciosos para así cumplir con el compromiso marcado dentro de la Política de Calidad.

5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

Se ha considerado procedente fundir en una única Planificación tanto la del SGC como la de realización del producto especificada en el apartado 7.1 de la Norma Internacional ISO 9001.

Esta Planificación hace referencia a los siguientes aspectos:

- Objetivos generales de calidad.
- La estructura de los procesos.
- El análisis de los recursos humanos y materiales.
- Relaciones con los proveedores
- La formación necesaria para adecuar los conocimientos del personal a las necesidades del IDFYC.
- El sistema documental a mantener, incluidos los registros de calidad.
- Verificación de las aplicaciones informáticas.
- Los indicadores de calidad necesarios para el control de los procesos.
- El plan de auditorías internas que vigile el funcionamiento del SGC y de los procesos.
- Los planes a realizar para conocer el grado de satisfacción de los clientes.
- Protección de los datos de carácter personal

La metodología a seguir para la confección de esta Planificación está contenida en el Procedimiento PR-SGC-02 de Planificación del SGC.

La Planificación se realiza al principio de cada año tras haberse efectuado la revisión del comportamiento del SGC del año que acaba de terminar y haberse detectado las áreas que requieren algún tipo de reorientación.

Cada nueva planificación, dentro de un ciclo continuo de análisis de resultados, permite definir unos nuevos objetivos generales y unas metas concretas, y todo ello con el fin de lograr la mejora continua, es por estos motivos que a la Planificación se la ha considerado como un proceso estratégico dentro del Mapa de Procesos (Anexo 1 de este Manual de Calidad).

5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1. Responsabilidad y autoridad

Se describen seguidamente las responsabilidades y las interrelaciones del área de

DOCENCIA

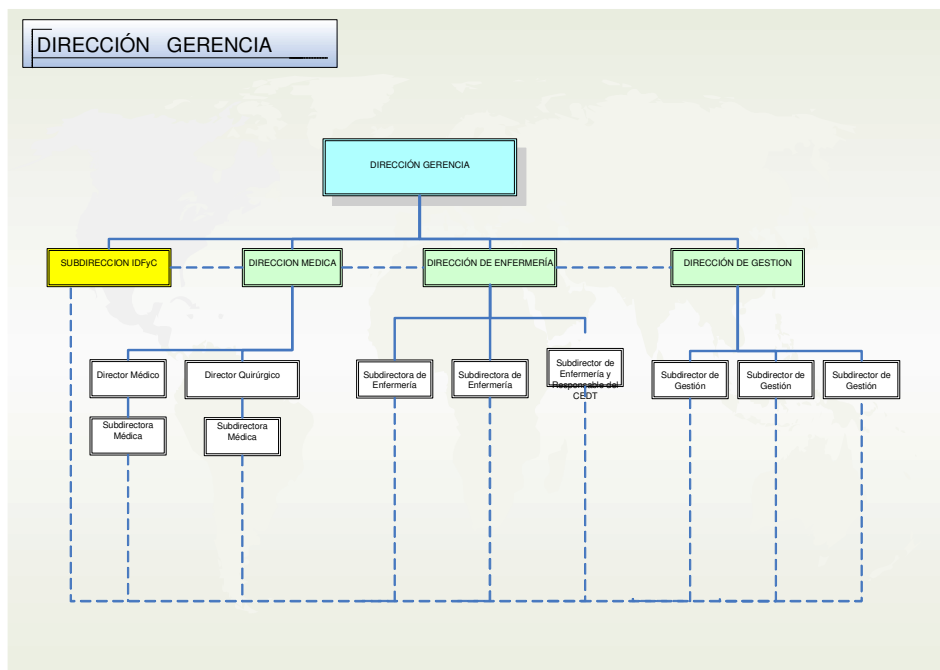
Órgano al que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en ciencias de la salud.

COMITÉ DE CALIDAD

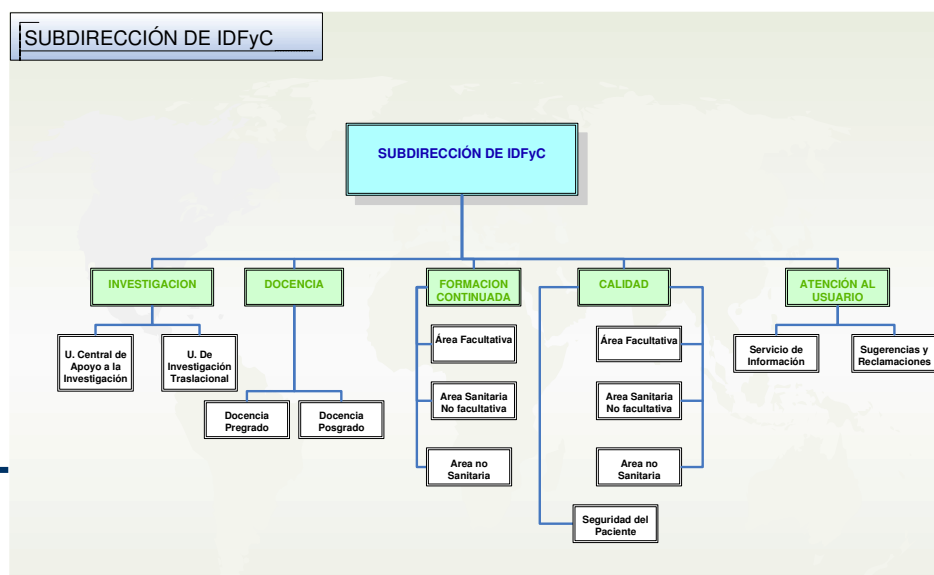
- Seguimiento del cumplimiento de la planificación de la calidad establecida para el ejercicio en curso
- Análisis y seguimiento de los indicadores de calidad de los procesos operativos y su influencia en los compromisos establecidos con los clientes
- Análisis de las acciones correctoras y preventivas abordadas

El Comité de Calidad está formado por todos los miembros del IDfYc

El organigrama siguiente muestra la posición que ocupa la Subdirección de IDfYc dentro del organigrama general del HGUCR.



Los siguientes organigramas muestran las interrelaciones entre cada uno de las Unidades del IDfYc.



Representante de la Dirección

La Subdirectora de IDFyC ha nombrado un Responsable de Calidad que asume las funciones del Representante de la Dirección según el requerimiento de la Norma ISO 9001, quedando a cargo de desarrollar las siguientes actividades:

- Asegurar que se establecen en todo el ámbito de la organización, implantan y mantienen los procesos necesarios para el correcto funcionamiento del SGC.
- Promover la toma de conciencia de los requisitos de los clientes entre todos los niveles.

Esta figura cuenta con el soporte de sendos Delegados de Calidad en cada una de las cuatro unidades que configuran IDFyC, estos delegados son los encargados de asegurar el funcionamiento del Sistema en sus respectivas áreas de trabajo.

5.5.2. Comunicación interna

La Subdirectora de IDFyC mantiene comunicación interna regular con su personal con objeto de mantenerle informado de la evolución del SGC establecido, y llamar al mismo tiempo su atención sobre la repercusión que su trabajo diario tiene en la satisfacción de los profesionales sanitarios y en los pacientes.

Esta comunicación tiene lugar por diferentes medios:

- Reuniones de coordinación entre las Unidades en el seno del Comité de Calidad.
- Mediante el uso de carpetas compartidas en la Intranet del Hospital.
- Correo electrónico y teléfono.

5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1. Generalidades

La Subdirectora realiza una revisión sistemática del funcionamiento del SGC establecido. Esta revisión tiene lugar en el curso de las reuniones mensuales que mantiene con el Comité de Calidad, quedando ello registrado bajo la forma de actas.

Además, al inicio de cada año se documentan de manera formal las conclusiones globales de la revisión anual según la metodología del Procedimiento PR-SGC-03. Esta revisión sirve para reorientar el SGC a través de la detección de oportunidades de mejora de dicho Sistema.

5.6.2. Información para la revisión

Para la realización de la revisión la Subdirectora toma en consideración los siguientes parámetros:

- El funcionamiento de los procesos
- La adecuación del sistema documental implantado

- El comportamiento de los recursos humanos y materiales disponibles
- El comportamiento de los proveedores
- La formación impartida al personal
- Los resultados de los indicadores de calidad
- Los resultados de las auditorías internas
- Las conclusiones obtenidas tras la realización de estudios de opinión de los clientes
- Las conclusiones obtenidas tras analizar el comportamiento de los requisitos establecidos sobre la protección de datos de carácter personal
- El comportamiento de las acciones correctoras y preventivas abiertas y cerradas
- Recomendaciones de mejora obtenidas por cualquier vía
- Cambios de todo tipo que pudieran afectar al funcionamiento del IDFyC

5.6.3. Resultados de la revisión

Como resultado de esta revisión se obtienen conclusiones documentadas que permiten adoptar decisiones sobre

- La toma de acciones correctoras o preventivas en los puntos adecuados de los procesos.
- La adecuación de los recursos humanos y materiales.
- Posibles mejoras a introducir sobre las prestaciones a los clientes.
- La mejora continua de los procesos y del funcionamiento del SGC.

Dada la íntima relación existente entre esta actividad y la Planificación anual de la Calidad, considerada ésta como un proceso estratégico, se considera, por idénticos motivos, que la Revisión del SGC es igualmente un proceso estratégico dentro del Mapa de Procesos del IDFyC.

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1. PROVISIÓN DE RECURSOS

Anualmente se evalúan las necesidades materiales y de personal en función de las previsiones de nuevas actividades y de los objetivos y estrategias establecidos. Esta evaluación permite la planificación de los recursos adecuados para cada ejercicio para lo que tiene en cuenta los siguientes aspectos:

Las definiciones que, para las diferentes funciones, figuran incluidas en los Perfiles de Puestos de Trabajo.

La asignación de responsabilidades a los miembros de la organización. En el caso de tareas de auditoría se mantiene su independencia respecto de los responsables de las tareas específicas.

El plan de formación de los empleados, haciéndolo acorde a las necesidades de mejora de los conocimientos operativos y los específicos en materia de Calidad.

La participación activa de los empleados en los planes de mejora de la Calidad.

6.2. RECURSOS HUMANOS

6.2.1. Generalidades

Los miembros del equipo del IDFyC cuentan con la formación adecuada para las funciones que realizan. En este sentido están definidas cuales son las funciones de cada puesto y los conocimientos necesarios para el correcto desempeño de las citadas funciones.

Por otro lado, y como primer paso formativo cuando se produce la incorporación de un nuevo miembro, se hace entrega al mismo de un ejemplar de un Manual de Bienvenida en el que se recogen los aspectos básicos que deben conocer para conseguir una integración rápida y eficaz dentro del equipo de profesionales.

6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia

Se han determinado las competencias de los empleados en lo referente a su trabajo en cada una de sus áreas específicas. A partir de estas definiciones y de la formación real con que cuenta cada empleado se elabora un plan anual de formación para cubrir las posibles carencias detectadas, o para reciclarles en actividades especialmente sensibles. Estas acciones formativas son evaluadas a fin de conocer su eficacia y aprovechamiento.

La metodología aquí esbozada está contenida en el Procedimiento PR-SGC-07 de Formación.

Las reuniones de comunicación interna citadas en el punto 5.5.3 de este Manual de Calidad sirven, como complemento a las acciones formativas, para transmitir la sensibilización hacia la filosofía de la calidad por la que se rige el IDFyC. En ellas se insiste en el contenido de la Política de Calidad, en el impacto que el trabajo de cada miembro de la organización tiene sobre la calidad y la forma en que pueden y deben contribuir al logro

de los objetivos de calidad.

El Procedimiento PR-GPD-02 de Información sobre la Seguridad de la Información de Carácter Personal describe los aspectos a tener en cuenta para satisfacer este requerimiento.

6.3. INFRAESTRUCTURA

El IDfYc dispone de la infraestructura adecuada para facilitar la realización de sus actividades. Esta infraestructura se traduce en espacios, medios informáticos y de ofimática en general. Las aplicaciones informáticas están sujetas a labores de verificación para asegurar su permanente disponibilidad.

En lo referido a la protección de datos de carácter personal es el Hospital General Universitario de Ciudad Real quien dispone de infraestructura para el cumplimiento integral de los requisitos legales en esta materia. El IDfYc ha dispuesto las medidas de control a su alcance para poder facilitar al Responsable de Seguridad del HGUCR (Oficina Jurídica) la información que le permita conocer de la existencia de eventuales incidencias de seguridad.

6.4. AMBIENTE DE TRABAJO

El entorno de trabajo en que se desarrollan las actividades se entiende es el adecuado para las mismas en lo que a condiciones de seguridad e higiene se refiere. Respecto a las condiciones ambientales, estas son suficientemente confortables para asegurar una temperatura adecuada durante todo el año y la ausencia de ruidos externos.

7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO

El IDfYc ha analizado sus procesos en detalle con objeto de conseguir un funcionamiento consistente de los mismos. Este mismo estudio ha servido para ubicar los puntos de control que permiten evaluar de modo continuo la salud de dichos procesos. Igualmente ha permitido conocer los adecuados circuitos de información y movimiento de datos que permiten asegurar el seguimiento de las actividades y el buen funcionamiento de los procesos. Finalmente, este estudio ha dado a conocer cuales son los registros a mantener como prueba de los niveles de calidad alcanzados y de la información relevante que es necesario mantener a nivel histórico.

Estos diagramas de flujo identifican con claridad qué actividades son necesarias realizar, y de qué forma, para cumplimentar con éxito los requerimientos de los clientes.

Conocido el funcionamiento de los procesos es necesario planificar los mismos para asegurar su correcto funcionamiento. Esta planificación, tal como se indicó en el apartado 5.4.2 de este Manual de Calidad, se ha realizado al tiempo que la planificación del SGC y de acuerdo con el Procedimiento de Planificación PR-SGC-02

7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

Se considera cliente del IDfYc la organización que recibe los servicios suministrados por el mismo:

- Profesionales asistenciales del HGU CR: facultativos y de enfermería.
- Profesionales no asistenciales del HGU CR.
- Residentes, tutores y otros colaboradores.
- Servicios Centrales del SESCOG.

La identificación de las necesidades de estos colectivos constituye el primer paso para el inicio de las actividades del IDfYc. Esta se lleva a cabo mediante contactos con los mismos con el fin de conocer el alcance de sus necesidades y la forma en que estas pueden ser cubiertas.

“Los derechos de confidencialidad de los datos personales están cubiertos mediante las leyes emitidas al efecto (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Real Decreto 1720/2007 que aprueba el Reglamento para el desarrollo de la primera) y sobre las que el IDfYc dispone de herramientas para su cumplimiento.

7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con los servicios

Entre las misiones de IDFYC figura la de analizar si existe coherencia entre las peticiones formativas, de docencia, investigación y calidad que recibe, con respecto a los objetivos pactados con los Servicios y Unidades asistenciales y no asistenciales del HGUCR. Este sistema de pacto de objetivos de IDFYC integra las líneas estratégicas impulsadas desde el Servicio de Salud de Castilla La Mancha y el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se concederá prioridad a aquellas peticiones que sean coherentes con los objetivos pactados.

7.2.3. Comunicación con los clientes

El mantenimiento de una comunicación fluida con los distintos clientes es un medio eficaz para identificar sus necesidades actuales y futuras y permitir, en consecuencia, el diseño de una estructura interna acorde con las mismas. Estos contactos son llevados a cabo fundamentalmente por los siguientes medios:

- Portal del empleado para el despliegue de contenidos y la comunicación de eventos, noticias, etc.
- Presencia y participación en las Comisiones Hospitalarias de:
 - Investigación
 - Formación Continuada
 - Docencia
 - Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos
 - Historias Clínicas
 - Mambrino
 - Biblioteca
 - Medio Ambiente
 - Cuidados de Enfermería
- Correo electrónico
- Plataforma “envialo” de la JCCM para el envío de documentación en formato electrónico de gran tamaño.

Las reclamaciones que pudieran plantear los clientes son recibidas a través del Buzón del Empleado, por vía telefónica y mediante cartas. Dichas reclamaciones son recibidas por los profesionales y delegados de calidad de las áreas implicadas y transmitidas al Responsable de Calidad y a la Subdirectora del IDFYC quien abre por cada una de ellas un expediente secuencial bajo el formato de impreso IM-SGC-05B. Tanto si la reclamación es o no procedente siempre se comunica al reclamante la resolución y resultados de la misma.

7.3. DISEÑO Y DESARROLLO

Tal como se expuso el apartado 1.5 de este Manual de Calidad, los requisitos del apartado

7.3 de la Norma relativo al Diseño y Desarrollo no son de aplicación en los procesos del IDFyC ya que los mismos están regulados mediante guías y pautas emanados de otros organismos. La Unidad de Investigación en su área de investigación traslacional, de reciente implantación en el HGUCR, está desarrollando la documentación relativa a este apartado aunque, en este momento, no se considera aplicable este requisito de la Norma.

7.4. COMPRAS

7.4.1. Proceso de compras

Las compras que realiza IDFyC se limitan a los siguientes aspectos:

- Monitores y profesores. Este colectivo se contrata indistintamente a nivel de empresa que suministra este tipo de profesionales o como profesionales independientes
- Suministradores de productos y servicios auxiliares. Dentro de este grupo se encuentran los proveedores de material didáctico y otros elementos complementarios
- Asistencia a los cursos del Programa Centralizado de XXXXXXXXXXXX
- Asistencia a sesiones formativas propuestas por el Hospital a la citada Agencia y que son acreditadas por ésta
- XX

Todos los proveedores están incluidos en una base de datos que es consultada cada vez que se precisa contratar alguno de los elementos de cualquiera de estas familias.

Para todos ellos están establecidos criterios de evaluación y selección con objeto de asegurar que siempre se compra o contrata a los mejores proveedores o profesionales en una determinada materia o disciplina.

El profesorado es inicialmente considerado apto a la vista de su propuesta didáctica según el temario requerido. Posteriormente será sometido a seguimiento tomando como referencia las evaluaciones obtenidas en las correspondientes encuestas.

Las compras de elementos consumibles o programas informáticos comerciales sobre los que sus fabricantes ofrecen plenas garantías de funcionamiento (Ejemplos: procesadores de texto, hojas de cálculo, etc.) quedan, dada su simplicidad, fuera de las necesidades de evaluación y selección de proveedores, ni de operaciones de compra que deban estar sometidas a reglas especiales. Las compras de estos productos están centralizadas en el Servicio de Suministros quien se encarga de asegurar su adecuación.

El proceso se inicia cuando IDFyC analiza sus necesidades sobre la adquisición de los servicios necesarios para dar respuesta a las necesidades de sus clientes. Las características de estos servicios están contenidas en las correspondientes Especificaciones Técnicas.

7.4.2. Información de las compras

Las solicitudes de compra o contratación que se emiten cuentan siempre con el detalle suficiente que permite identificar de manera inequívoca los elementos o servicios a

comprar o subcontratar. La dinámica de estas solicitudes está contenida en el Procedimiento PR-XXX-NN.

7.4.3. Verificación de los productos y servicios comprados

Se mantiene seguimiento regular del comportamiento de cada uno de los proveedores con objeto de detectar potenciales incidencias y no conformidades que, al límite, pudiesen derivar en la suspensión las relaciones profesionales. Este análisis permite evaluar el comportamiento de cada uno de ellos, manteniéndose registro de este seguimiento.

Si las citadas incidencias tuviesen lugar con otros Servicios del Hospital ello sería escalado a los niveles adecuados al objeto de encontrar solución a las mismas

Se ha establecido la necesidad de re-evaluar a los proveedores cuando a juicio de IDFyC se han producido deficiencias de calidad, administrativas o técnicas tras analizar los datos disponibles sobre el seguimiento de dichos proveedores.

En el caso de los proveedores de productos y servicios auxiliares el seguimiento se realiza a través de las incidencias y grado de colaboración que hayan tenido lugar en los correspondientes contratos o pedidos puntuales.

El detalle de este seguimiento se explica en el Procedimiento PR-XXX-NN.

7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio

Los servicios que presta el IDFyC tienen lugar de modo controlado con el fin de asegurar que no se presentan situaciones imprevistas no deseadas. En este sentido se dispone de los siguientes elementos que aseguran este control:

- Procedimientos para la realización de actividades específicas
- Indicadores de calidad de la salud de los procesos. Estos indicadores se documentan en documentos específicos bajo el formato de impreso **IM-SGC-07** que describen la metodología de cálculo de cada uno de ellos
- Herramientas informáticas de gestión sujetas a verificación sistemática
 - Realización de copias de seguridad de dichas aplicaciones que son conservadas por el Departamento de Informática del HGUCR
- Personal competente para la realización de las actividades

Todos los miembros del HGUCR disponen de toda la información necesaria para el adecuado desempeño de sus funciones.

7.5.2. Validación de los procesos de producción y de prestación del servicio

Dado que las actividades habituales están reguladas mediante reglamentos emanados de las autoridades competentes no es precisa, tal como se expone en el apartado 1.5 de este Manual de Calidad, la realización de acciones dirigidas a validar los procesos

correspondientes.

7.5.3. Identificación y trazabilidad

Aún no siendo la trazabilidad un requisito especificado para las actividades desarrolladas por el IDFYC, éste dispone de medios para realizar estos análisis tanto en sentido ascendente como descendente. Las claves de identificación que permite esta trazabilidad son varias y dependen de las particularidades de las acciones desarrolladas.

7.5.4. Propiedad del cliente

De acuerdo con lo expuesto en el apartado 1.5 de este Manual de Calidad, este requisito de la Norma ISO 9001 no es de aplicación a las actividades del IDFYC ya que en ningún caso es preciso conservar documento alguno aportado por los profesionales, ni se genera ningún otro que pudiera considerarse propiedad de los mismos

7.5.5. Preservación del producto

Al ser totalmente de servicio las actividades desarrolladas por el IDFYC no procede hablar de preservación del producto ni de actividades de manipulación, embalaje y entrega.

El único aspecto de las actividades ordinarias que puede tener relación con este punto de la Norma Internacional es el relativo a la conservación de los registros que ya ha sido explicado en el apartado 4.2.4 de este Manual de Calidad.

7.6. CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN

Los requisitos de este punto de la Norma en lo que a elementos de medición y control se refiere no son de aplicación a las actividades del IDFYC por lo que no existe metodología al respecto.

Tampoco cuenta IDFYC con aplicaciones informáticas que deban estar sujetas a la verificación regular de su funcionamiento.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1. GENERALIDADES

El IDFyC tiene establecidos indicadores de calidad que le permiten el análisis y seguimiento del comportamiento de sus procesos. Como consecuencia de este análisis se pueden identificar las áreas que requieren de acciones de mejora tendentes a mantener la validez del SGC establecido.

La frecuencia de estas mediciones es variable en función de las especiales características de cada indicador. Para su cálculo e interpretación se utilizan técnicas estadísticas simples consistentes en gráficos medidos en porcentaje, o en el grado de cumplimiento de un determinado objetivo, también medido de manera porcentual.

Está, también, establecido un plan de auditorías internas en los procesos que complementa la visión que sobre el estado de los mismos pudiera dar la visión de los indicadores de calidad.

En la medición de la satisfacción o calidad percibida por los clientes se utiliza una metodología de cálculo que se expone en el apartado 8.2.1.

Toda la información derivada de los mecanismos citados sirve como punto de partida para permitir a la Subdirectora de IDFyC una eficaz revisión del funcionamiento del SGC y la identificación de las acciones correctoras o preventivas más adecuadas para lograr la mejora continua y dinámica del Sistema.

8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

8.2.1. Satisfacción y calidad percibida por el cliente

El IDFyC determina de una manera sistemática el grado de satisfacción y calidad percibida por sus clientes respecto de los servicios prestados. A partir de estos datos se establecen planes para su mantenimiento o mejora en los casos en que es necesario.

La metodología pasa por hacerles llegar unos formularios diseñados de forma específica para cada colectivo. Una vez contestados se realiza su tratamiento estadístico con objeto de obtener información que permita evaluar la necesidad de adoptar algún tipo de acción de mejora.

Para las encuestas a residentes se utiliza un formato específico de documento al que se ha dado una estructura paralela al utilizado en los Planes de Auditoría Docentes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Evaluación de los resultados

Para la evaluación de los resultados se procede a la valoración de las respuestas dadas a los cuestionarios, siguiendo los siguientes criterios:

- **A** = Número de respuestas con resultado **MALO**

- **B** = Número de respuestas con resultado **REGULAR**
- **C** = Número de respuestas con resultado **BUENO**
- **D** = Número de respuestas con resultado **EXCELENTE**

Seguidamente se calcula el número de respuestas significativas de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$N \text{ (Número de respuestas significativas)} = A + B + C + D$$

Por último se obtiene el **ÍNDICE NETO DE SATISFACCIÓN (NSI)** que sirve para medir el grado de satisfacción del cliente

$$• \text{ NSI} = [(A \times 0) + (B \times 33) + (C \times 67) + (D \times 100)] / N$$

Los siguientes intervalos del valor de NSI se consideran como referencia a la hora de extraer conclusiones de una encuesta:

- Muy bueno NSI > 80
- Bueno: NSI comprendido entre 60 y 80
- A mejorar NSI < 60

El Responsable de Calidad mantiene registro de los resultados de estos estudios de opinión. Del mismo modo mantiene registro de las acciones de tipo corrector o preventivo a que hubiese lugar.

8.2.2. Auditoría interna

Planificación de las auditorías

El IDFyC lleva a cabo, de acuerdo con un plan preestablecido, auditorías internas de la calidad por las cuales verifica la eficacia del SGC y de sus procesos, así como el cumplimiento de los requisitos y condiciones del nivel de servicio comprometido con los clientes.

Las áreas a auditar son seleccionadas sobre la base de su criticidad y la problemática que puedan presentar de cara al servicio comprometido con dichos clientes.

La frecuencia de las auditorías es propuesta por el Responsable de Calidad, basándose en la criticidad de cada proceso, no siendo nunca superior a un año.

Los auditores de la calidad

Las auditorías se llevan a cabo por personas independientes, ajenas a las áreas auditadas, a fin de mantener la adecuada separación de responsabilidades.

Los auditores son nombrados por la Subdirectora de IDFyC y cuentan con los conocimientos suficientes para desempeñar su tarea, que figuran recogidos en el

Procedimiento PR-SGC-04.

Resultados de las auditorías

Las no conformidades detectadas durante las auditorías son comunicadas al Responsable del Área auditada al objeto de que pueda elaborar y poner en marcha las correspondientes acciones correctoras o preventivas. También son informados la Subdirectora de IDFYC y el Responsable de Calidad.

Registro de los resultados

Se mantiene registro escrito de los resultados de cada auditoría así como de las correspondientes acciones correctoras o preventivas a que pudiera haber lugar, quedando todos ellos en poder del Responsable de Calidad.

El detalle para la realización de las auditorías de la calidad está contenido en el Procedimiento PR-SGC-04.

8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos

Están establecidos indicadores de calidad que sirven para mantener el control sobre la salud de los procesos en relación con su eficacia y eficiencia.

Cada uno de los indicadores cuenta con una metodología de cálculo recogida en documentos al efecto según el impreso IM-SGC-07 de Definición de Indicador de Calidad. En cada uno de estos documentos se cita su metodología de cálculo y las fuentes de obtención de cada uno de los datos necesarios para dicho cálculo.

Los resultados de cada uno de los indicadores, y la comparación respecto de los objetivos marcados para cada ejercicio quedan recogidos en formato electrónico (carpeta IDFYC-> carpetas 3.5, 4.5, 5.5 y 6.5 de calidad, docencia, formación e investigación (en espera de contar con la posibilidad de utilizar la aplicación Certool®).

El Responsable de Calidad mantiene registro de cada uno de estos resultados y de las acciones de mejora a que hubiese lugar.

8.2.4. Seguimiento y medición de los servicios

También existen indicadores de calidad para medir el cumplimiento de los compromisos establecidos. Cada uno de estos indicadores cuenta igualmente con su correspondiente metodología de cálculo que está recogida en documentos al efecto siguiendo la misma metodología citada anteriormente

El Responsable de Calidad mantiene igualmente registro de cada uno de estos resultados y de las acciones de tipo corrector o preventivo que fuese oportuno aplicar.

8.3. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

El IDFYC ha identificado las diferentes vías por las que pueden ser detectadas las desviaciones y las no conformidades relativas a sus actividades. Conocidas estas vías

están definidos los mecanismos para el tratamiento de cada una de ellas, la forma de documentarlas, los responsables de su denuncia, aportación de soluciones y seguimiento hasta su erradicación final. Toda esta metodología está contenida en el Procedimiento PR-SGC-05 de No Conformidades, Acciones Correctoras y Preventivas.

Las no conformidades correspondientes a las actividades del día a día están recogidas en Registros de Incidencias que son analizadas por el Responsable de Calidad con frecuencia mínima quincenal. Tras este análisis define, si fuera necesario, las acciones correctoras y/o preventivas más adecuadas en cada caso, estableciendo responsables para la adopción de las mismas y su fecha de implantación para, finalmente comprobar la eficacia de ellas.

A los efectos de la protección de datos de carácter personal, el Procedimiento PR-GPD-01 de Incidencias de Seguridad contiene la metodología a seguir para tratar este tipo de situaciones.

8.4. ANÁLISIS DE DATOS

El momento que se ha identificado idóneo para determinar la eficiencia del SGC y la posible necesidad de aplicar mejoras en el mismo es el que coincide con las reuniones periódicas del Comité de Calidad.

Se han elegido estos momentos por ser cuando se dispone de todo el conjunto de información necesaria para permitir evaluar de forma global el funcionamiento del Sistema. Al encontrarse reunidos en esta ocasión todos los miembros del Comité es cuando se pueden tomar decisiones consensuadas para replanificar determinados objetivos, iniciar acciones correctoras ante desviaciones claras de resultados, o acciones preventivas cuando lo que se detecta son tendencias negativas en alguno de los parámetros clave del SGC.

8.5. MEJORA

8.5.1. Mejora continua

El IDFyC entiende que la mejora continua de sus procesos y del servicio a sus usuarios pasa por analizar la permanente adecuación de su SGC en sus diferentes facetas:

- Coherencia de la Política de Calidad con su actividad real, que debe responder con las necesidades de los clientes.
- Existencia de objetivos de calidad medibles, progresivamente más ambiciosos, pero alcanzables
- Auditorías internas que proporcionen una visión real tanto del funcionamiento del Sistema como de la respuesta a los compromisos establecidos
- Revisión del funcionamiento del SGC que facilite el análisis de los datos disponibles sobre la calidad y la adopción de las acciones correctoras o preventivas, tras el análisis de sus causas
- Implantación de dichas acciones tras un análisis eficaz de las causas que las provocaron, y con un adecuado seguimiento que verifique su mejora

Este conjunto de datos e informaciones es el que el Comité de Calidad analiza según lo

indicado en el apartado anterior.

8.5.2. Acciones correctoras y preventivas

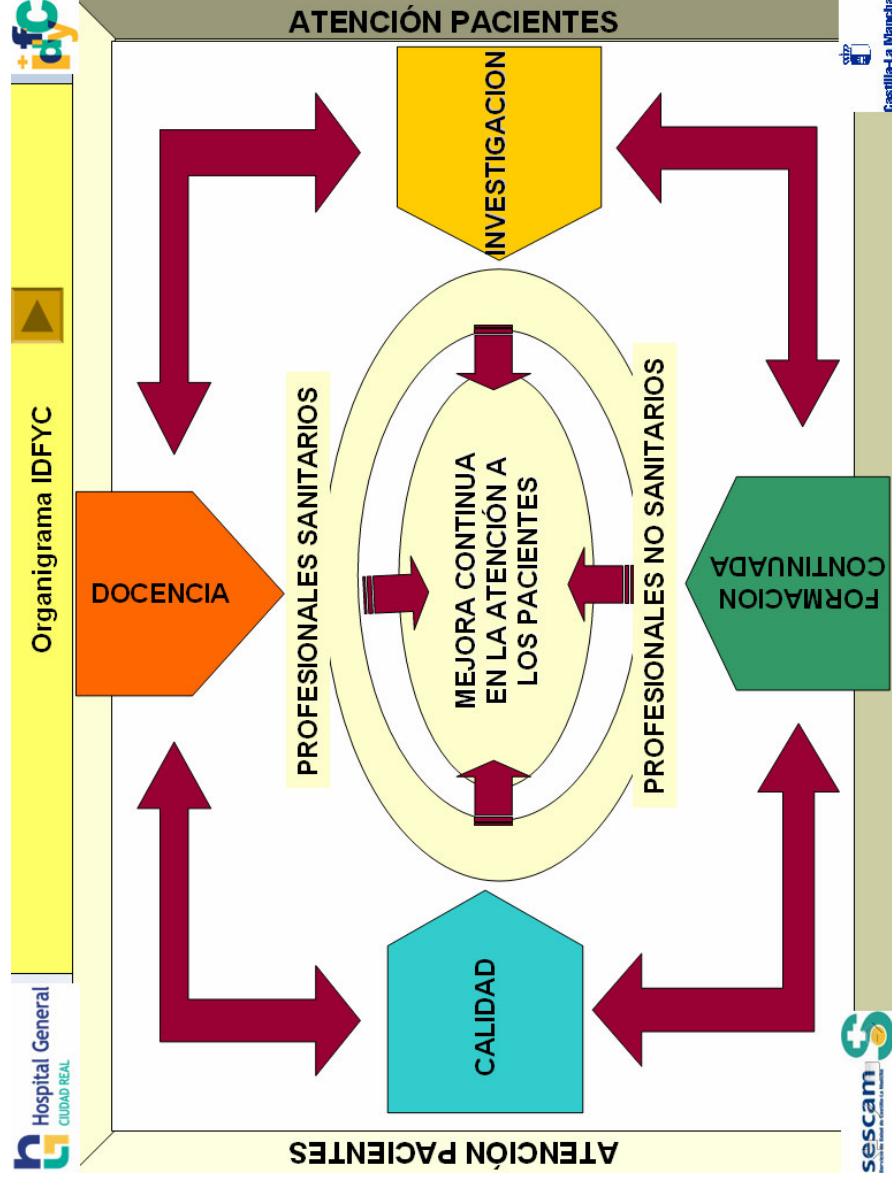
La diferencia entre acciones correctoras o preventivas radica en que las primeras se aplican cuando la no conformidad ya ha aparecido, y por lo tanto deben tomarse acciones de modo inmediato, mientras que las preventivas se inician cuando lo detectado es una tendencia o de un riesgo que, de continuar así, se podría convertir con el tiempo en una no conformidad.

El Procedimiento PR-SGC-05 contiene el detalle de la metodología a seguir para el análisis de las no conformidades, o tendencias negativas, de los pasos a dar para realizar el análisis de sus causas, de la forma de documentar las acciones de mejora, y de las fórmulas para analizar el éxito de las mismas.

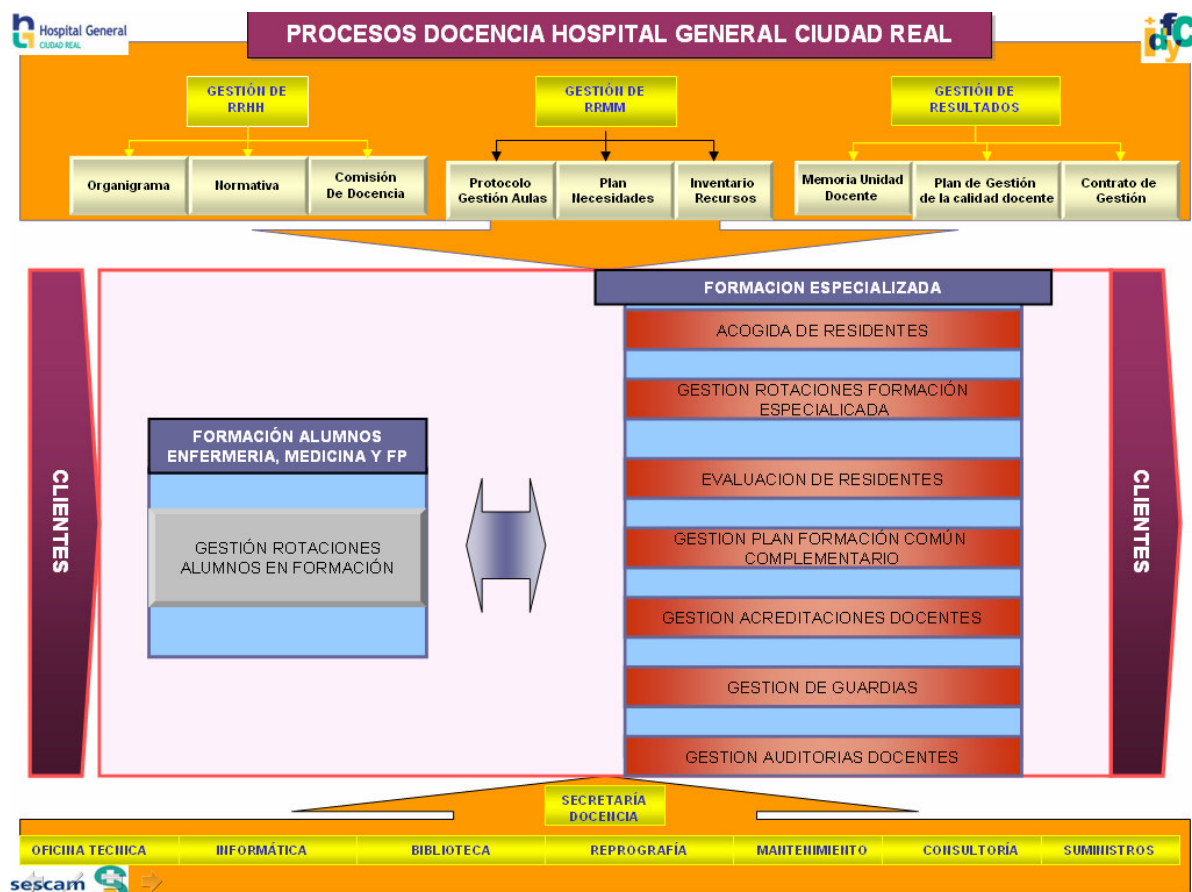
Cuando así proceda se introducen las modificaciones en la documentación del SGC a que hubiera dado lugar la implantación de las acciones.

Cada uno de los Delegados de Calidad de las cuatro áreas de IDFYC (Calidad, Docencia, formación e Investigación), que es quien asigna la numeración correlativa a las diferentes acciones, es responsable de mantener registro de todas las acciones generadas, tanto de las ya cerradas como de las que aún permanecen abiertas pendientes de cierre.

9. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS



9.1. GESTIÓN DE LA DOCENCIA



Nombre del proceso		Gestión de la Docencia.
Misión		Gestionar de manera adecuada el desarrollo e implantación de los programas docentes en formación sanitaria especializada y las rotaciones de alumnos de grado y formación profesional en los diferentes servicios hospitalarios.
Limites del proceso	Comienza	Demanda del cliente.
	Finaliza	Cliente satisfecho.

Procedimientos operativos que regulan el proceso	
PR-DOC-01	Acogida de Residentes.
PR-DOC-02	Gestión Rotaciones Formación Especializada.
PR-DOC-03	Evaluación de Residentes.
PR-DOC-04	Gestión Plan Formación Común Complementario.
PR-DOC-05	Gestión Acreditaciones Docentes.
PR-DOC-06	Gestión de Guardias.
PR-DOC-07	Gestión de Auditorias Docentes.
PR-DOC-08	Gestión Rotaciones Alumnos en Formación.

Indicadores de Calidad del proceso	
IC-DOC-01	Indice de satisfacción global de los residentes.
IC-DOC-02	Especialidades con guía docente.
IC-DOC-03	% de residentes con Planes Individuales de Formación.
IC-DOC-04	Nº de Cursos del Plan de Formación Común Complementario.

IC-DOC-05	% participación en cursos obligatorios de los residentes.
IC-DOC-06	% de residentes con participación activa en Congresos.
IC-DOC-07	% tutores formados en metodología docente.
IC-DOC-08	% residentes con evaluación formativa trimestral.
IC-DOC-09	% de solicitudes de rotación que el tutor remite en plazo adecuado.
IC-DOC-10	% residentes con publicaciones.
IC-DOC-11	% residentes con participación en algún proyecto de investigación.
IC-DOC-12	% de solicitudes de autorización de rotaciones que se envían a Servicios Centrales en plazo adecuado.

Registros generados en el proceso

- Memoria Actividad docente.
- Expedientes Residentes en Formación.
- Expedientes Tutores Especialidades Acreditadas.
- Documentación Acreditación Unidades Docentes.
- Documentación Gestión Rotaciones.
- Documentación Auditoria.
- Archivo Actividades Docentes.
- Actas / Documentación Comisión de Docencia.
- Actas / Documentación Comité de Evaluación.
- Contra-evaluaciones.
- Base de Datos Especialistas en Formación.
- Base de Datos Tutores Especialidades Acreditadas.
- Base de Datos Guardias.
- Base de Datos Rotaciones Externas.
- Base de Datos Rotaciones Formación de Grado y F.P

Propietario

Jefe de Estudios HGCR.