

Instituto Murciano de
Investigación Biosanitaria
Virgen de la **Arrixaca**



08.00 Plan de Calidad y Mejora

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. METODOLOGÍA	4
3. ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES INTEGRANTES DEL IMIB-Arrixaca	6
3.1. Gestión de la calidad en los centros sanitarios.....	6
3.2. Gestión de la calidad en los centros universitarios	16
4. PRINCIPIOS INSTRUMENTALES DESARROLLO DEL PLAN DE CALIDAD Y MEJORA.....	19
5. OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN	211
5.1. Plan de calidad científica	21
5.2. Plan de calidad de la gestión.....	22
5.3. Plan de seguridad	23
6. DOCUMENTACIÓN VINCULADA	26

1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca (IMIB-Arrixaca) considera que uno de los aspectos críticos y fundamentales en el desarrollo de un Instituto de Investigación Sanitaria es el diseño e implantación de un sistema de gestión de calidad que asegure la excelencia científica del mismo.

Este hecho queda reflejado en el Real Decreto 339/2004, de 27 de febrero, sobre acreditación de Institutos de Investigación Sanitaria, en el que se detalla que *“los Institutos de Investigación Sanitaria acreditados favorecerán al Sistema Nacional de Salud al garantizar un nivel de excelencia de calidad de los servicios I+D+i e incentivar la mejora continua de la calidad de los resultados de I+D+i en el Sistema Nacional de Salud, impulsando el uso eficiente de los recursos”*.

En línea con las políticas de calidad y con los objetivos perseguidos por las diferentes instituciones que lo constituyen, y con el objeto de alcanzar el nivel de excelencia esperado en el desarrollo de su actividad así como en los resultados de la misma, el IMIB-Arrixaca toma la decisión de diseñar e implantar un Sistema de Gestión de Calidad que asegure el cumplimiento de los diferentes requisitos establecidos por la *“Guía de Evaluación de Institutos de Investigación Sanitaria”* así como de mantener los mismos a lo largo del tiempo.

En este sentido, el IMIB-Arrixaca decide, para el diseño de su Sistema de Gestión de Calidad, tener como referencia el Modelo EFQM y la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, ambos orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes o grupos de interés a través de a la gestión por procesos y de la mejora continua.

Partiendo de trayectoria en el desarrollo e implantación de políticas de calidad de las instituciones que componen el Instituto, y directamente derivado de la Política de Calidad y el Plan Estratégico del IMIB-Arrixaca (Eje 1: Organización y calidad. Línea 1.1. Adecuación de los sistemas de gestión interna) se ha elaborado el Plan de Calidad y Mejora, en línea con la Política de Calidad del IMIB-Arrixaca y su Manual de Gestión de la Calidad.

Para garantizar en lo posible una investigación de calidad, es necesario asegurar dos condiciones básicas: la calidad y la integridad individual de los investigadores, así como la calidad y la integridad del sistema institucional que da soporte a dicha investigación.

Es por ello que se ha elaborado también una Guía de Ética y Buena Práctica en Investigación con el fin proporcionar al IMIB-Arrixaca-Arrixaca una documentación que sea adoptada y compartida por todos sus integrantes en la que se recogen las normas de actuación y principios éticos relativos a la actividad investigadora desarrollada en el Instituto.

El presente documento ha sido elaborado basándose en los diferentes planes, políticas e iniciativas en el ámbito de la calidad y la mejora de las entidades que conforman el IMIB-Arrixaca.

2. METODOLOGÍA

Las directrices que se han seguido para su elaboración se fundamentan en las iniciativas presentadas por cada una de las entidades que conforman el Instituto referentes a la Calidad. En este marco se persigue que la Política de Calidad del Instituto sea coherente con las políticas y sistemas existentes y permitan su integración eficaz.

La elaboración del plan ha sido participativa, para ello se ha contado con el personal de Consejo de Dirección., conocedores del funcionamiento del Instituto.

Para el diseño del Plan de Calidad y Mejora se ha seguido la siguiente metodología:

- Estudio de los antecedentes en el ámbito de la calidad en las instituciones que integran el IMIB-Arrixaca.
- Definición de los principios instrumentales.
- Diseño del despliegue: objetivos a alcanzar y planes de actuación

Con todo ello, se pretende impulsar un cambio en la forma de gestión, al objeto de proporcionar los recursos necesarios y con el objetivo fundamental de la mejora continua.

3. ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES INTEGRANTES DEL IMIB-Arrixaca

Las iniciativas previas y vigentes en materia de calidad por las distintas instituciones que integran el IMIB-Arrixaca sirven de base para sustentar y guiar las actuaciones y programas en el ámbito de la calidad y la mejora en el Instituto.

A continuación se describen los antecedentes en el ámbito de la calidad de las instituciones que integran el IMIB-Arrixaca.

3.1. Gestión de la calidad en los centros sanitarios

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA)

Planes / programas de calidad

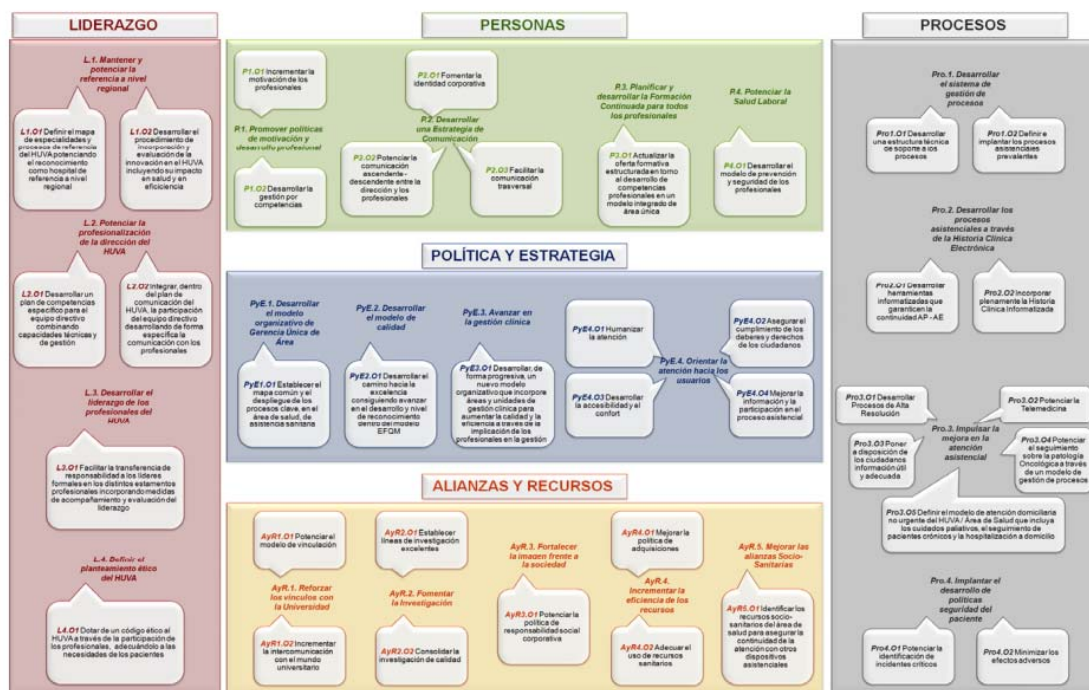
Desde el inicio de su actividad en los años 70, la gestión del Hospital respondía a un concepto tradicional. El concepto de liderazgo se identificaba con una estructura jerarquizada, basada en el mando y dando respuesta a una estructura vertical.

En el camino hacia la excelencia, el HCUVA ha pasado por diferentes etapas. En 2005 se realizó la Estrategia para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia (2005-2010). Fruto de esa reflexión estratégica se adoptó el modelo EFQM como modelo de gestión. Así, el sistema de gestión toma como referencia dicho modelo, a fin de garantizar la transversalidad de las actuaciones y la implicación de las personas en el proyecto.

El Hospital dispone para el periodo 2010-2013 de su último Plan Estratégico, que responde a su política de calidad, planteando una serie de acciones y objetivos alineados con el modelo EFQM. Con él se pretende coordinar la toma de decisiones, de forma que la organización avance y afronte los nuevos escenarios derivados del entorno social, tecnológico y demográfico y poder así afrontar los retos con mayores garantías de éxito.

El Plan estratégico se articula en torno a los agentes facilitadores del modelo EFQM: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos y procesos. Todo ello orientado hacia los criterios resultados y dirigido desde un modelo de gestión por procesos, donde las tecnologías y los sistemas de información actúan como procesos de soporte. De esta forma, el Plan Estratégico se enmarca en 5 ejes estratégicos, 21 líneas de acción y 26 acciones estratégicas.

Ejes estratégicos del HCUVA



Una de las líneas del eje de Política y Estrategia es "Desarrollar el modelo de calidad del HCUVA", con el objetivo de desarrollar el camino hacia la excelencia consiguiendo avanzar en el desarrollo y nivel de reconocimiento dentro del modelo EFQM.

En el eje *Procesos* se concretan las siguientes líneas:

- Desarrollar un sistema de gestión por procesos.
- Desarrollar los procesos asistenciales a través de la historia clínica electrónica.

- Impulsar la mejora en la atención asistencial.
- Implantar el desarrollo de políticas de seguridad del paciente.

Bajo el modelo EFQM se han realizado dos memorias de calidad, en los años 2007 y 2010, que han sido sometidas a reconocimiento externo. Los informes de evaluación emitidos por los auditores proponen estrategias de mejora que son asimiladas por la organización y complementan las actuaciones derivadas del propio Plan Estratégico.

Adicionalmente, durante 2010 se elabora la Memoria de Autoevaluación EFQM 2010 en la que se refleja que la gestión se apoya entre otros, en los conceptos fundamentales de la excelencia, y como tal, los analiza:

LIDERAZGO

- Los líderes desarrollan la misión, visión y valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia.
- Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.
- Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.
- Los líderes reflejan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.
- Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

POLÍTICA Y ESTRATEGIA

- La política y la estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.
- La política y la estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- La política y la estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
- La política y la estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

PERSONAS

- Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.

- Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
- Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

ALIANZAS Y RECURSOS

- Gestión de las alianzas externas.
- Gestión de los recursos económicos y financieros.
- Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- Gestión de la tecnología.
- Gestión de la información y del conocimiento.

PROCESOS

- Diseño y gestión sistemática de los procesos.
- Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
- Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
- Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios
- Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

RESULTADOS EN CLIENTES

- Medidas de percepción.
- Indicadores de rendimiento.

RESULTADOS EN PERSONAS

- Medidas de percepción.
- Indicadores de rendimiento.

RESULTADOS EN SOCIEDAD

- Medidas de percepción.
- Indicadores de rendimiento.

RESULTADOS CLAVE

- Resultados clave del rendimiento de la organización.

- Indicadores clave del rendimiento de la organización.

Desde el HCUVA, la tendencia hacia la revisión y mejora de los procesos para dar respuesta a las necesidades y expectativas cambiantes de los grupos de interés se articula en base a tres pilares:

- Los ciclos de mejora (intervenciones para mejorar).
- El diseño de calidad (hacer que en los servicios la calidad sea inevitable).
- Monitorización de indicadores (comprobar permanentemente que el hospital se mantiene en los niveles de calidad adecuados).

Para ello, el HCUVA ha determinado las fuentes que utiliza para identificar y priorizar oportunidades de mejora:

- Indicadores: Plan Estratégico, contrato de gestión.
- Encuestas: clientes, personas, otros grupos de interés.
- Iniciativas externas: reclamaciones, asociaciones de pacientes, asociaciones de profesionales, Servicio Murciano de Salud.
- Iniciativas internas: comisiones y comités, grupos de mejora, desayunos saludables.
- Benchmark: oligopsonio, Top 20.
- Tecnología y científica: agencias de evaluación, investigación, asistencia a congresos, etc.

Certificaciones

Como pasos a seguir por el IMIB-Arrixaca, y ejemplo de las actuaciones ya realizadas por el HCUVA, este dispone de las siguientes certificaciones de calidad:

Ámbito	Objeto	Norma
Servicio Murciano de Salud: HCUVA	En gestión medioambiental para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de los servicios médico-hospitalarios	ISO 14001:2004
Servicio de ingeniería, obras y mantenimiento	En control de sanidad ambiental, en agua y aire interior	ISO 9001:2008
Laboratorio de análisis clínicos	En bioquímica, hematología, coagulación analítica y fases de pre-análisis y post-análisis	ISO 9001:2000
Servicio de análisis clínicos	En análisis clínicos, para la realización de ensayos	ISO 15189
Servicio de cocina y alimentación a pacientes del HCUVA	En cocina y alimentación de pacientes	ISO 9001:2008
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica	Gestión de la actividad asistencial médico-quirúrgica, docencia e investigación del Servicio	ISO 9001:2008
Servicio de transfusiones	Servicio de transfusiones: almacenamiento de componentes sanguíneos, estudios pretransfusionales, hemoderivados, hemovigilancia, plaquetoaféresis y auto-transfusión	ISO 9001:2008
Servicio de inmunología	Intercambio de muestras de pacientes y donantes para trasplantes de corazón y médula ósea	Estándares de calidad

Además, el Área I-Murcia Oeste, en el que se encuentra el HCUVA, ha obtenido el sello de excelencia europea y el reconocimiento con el sello de excelencia EFQM "Recognised for excellence 3 star".

Desarrollo de otros elementos de calidad

Herramientas para evaluar la calidad

Con el fin de conocer el grado de satisfacción, tanto de los profesionales como de los clientes, el HCUVA se dota de herramientas que permiten evaluar la calidad: encuestas de satisfacción a sus grupos de interés, la instalación y puesta en marcha a

disposición de los clientes internos y externos buzones de sugerencias para que aporten las que consideren oportunas.

- En relación a los profesionales.

El HCUVA conoce su opinión a través de encuestas que permiten la medición directa de su percepción acerca de los distintos factores que la condicionan y determinar e identificar oportunidades de mejoras. Este tipo de encuestas se realizan a profesionales fijos, interinos, sustitutos o eventuales que trabajan en la Gerencia del Área I del Servicio Murciano de Salud.

- En relación a los clientes.

Además de disponer de las encuestas anuales realizadas por la EMCA, el HCUVA también realiza encuestas de calidad percibida por los clientes en las consultas externas del HCUVA.

Entre la documentación vinculada se muestran ejemplos de las encuestas realizadas e informes de análisis de las mismas.

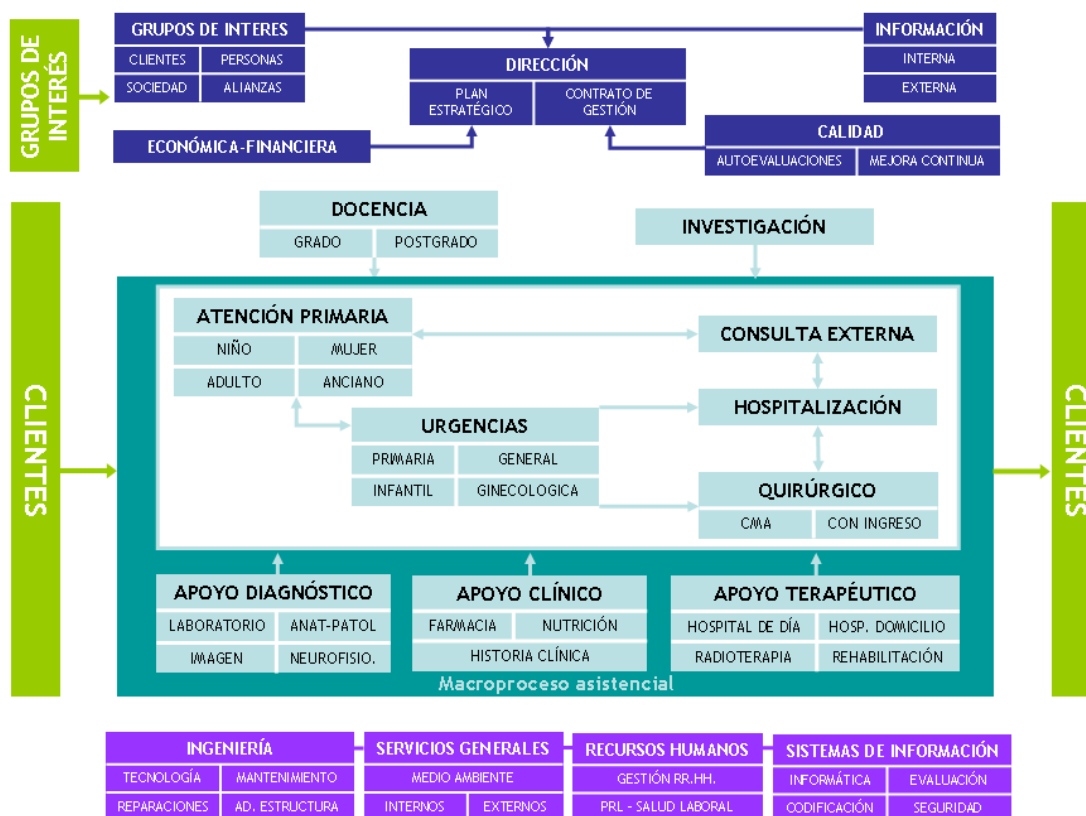
En ese sentido, y como iniciativa de la Consejería de Sanidad, se realizan evaluaciones de la calidad formal de los modelos de consentimiento informado. Para ello, se identificaron una serie de criterios de referencia. El objetivo es conocer y difundir entre los servicios implicados la situación actual de los modelo de consentimiento informado con el fin de implantar un modelo unificado que garantice su calidad formal y crear un sistema de acreditación y mantenimiento de los mismos. Esta evaluación se ha realizado también en otros centros hospitalarios del Servicio Murciano de Salud. En la documentación vinculada, se presenta los resultados obtenidos en la evaluación realizada en 2010 y 2011 del Área I.

El propósito es disponer de una información relevante y completa de los grupos de interés, por esto, el HCUVA dispone de otras herramientas tales como: grupos focales, sugerencias, quejas y reclamaciones, reuniones individuales y de grupo. Una información más detallada se recoge en la documentación vinculada.

Gestión por procesos

Como garantía de calidad en la gestión, el HCUVA tiene planteado en su estrategia la mejora continua de todos sus procesos y de los servicios que ofrece. Para ello, tiene previsto desarrollar, desplegar e implantar de forma efectiva la gestión por procesos en toda el área de salud como paso crucial. Por este motivo, se creó en 2011 un grupo promotor de procesos que coordina las principales actuaciones a implementar en este sentido y ha planificado las actuaciones a realizar (ver documentación vinculada). El Hospital cuenta con un Mapa de procesos (nivel 0) y actualmente se ha iniciado el modelado de alguno de los principales procesos:

Mapa 0 de procesos del HCUVA



Realización de Protocolos, Vías Clínicas y Guías de Práctica Clínica

Para proceder a la gestión de procesos asistenciales se han diseñado e implantado protocolos y vías clínicas. Numerosos profesionales del hospital han participado en la

elaboración de los mismos. En la documentación vinculada se incluye un listado de protocolos y vías clínicas que han sido aprobadas en los últimos años.

Premios y reconocimientos en el ámbito de la calidad

La actividad desarrollada por el HCUVA ha sido objeto a lo largo del tiempo de numerosos reconocimientos y distinciones por parte de las instituciones y agentes sociales, prueba de ello son los siguientes ejemplos:

- Selección de la ponencia titulada “Mejora de la calidad de la asistencia perioperatoria en cirugía cardíaca”, entre las mejores experiencias en calidad asistencial. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2011.
- Concesión del sello y certificado de excelencia europea EFQM en el nivel 300 +, otorgado por Club de Excelencia en Gestión y la organización EFQM Europa. 2011.
- Premio Hipócrates, al Centro de Bioquímica y Genética Clínica, por ser Institución Sanitaria Relevante de la Región, concedido por el Colegio Oficial de Médicos. 2011.
- Concesión de la Medalla de Oro de la Región de Murcia, en el que se hace expreso el “reconocimiento nacional e internacional como centro de referencia por su gran calidad asistencial, por la excelencia en la atención al paciente, por el fomento de la docencia y demás actividades que lo sitúan como centro neurálgico de la investigación y el desarrollo, lo que determina que haya sido y sea uno de los más prestigiosos centros sanitarios del país”. 2008.
- Premio Best Practice Award, Pan-European Children’s Environment and Health, concedido por la Oficina Europea de la OMS, por nuestro proyecto de Salud Medioambiental Pediátrica. 2007.

Estructuras de calidad en el HCUVA

El HCUVA cuenta con una trayectoria consolidada a través de estructuras y mecanismos dirigidos a garantizar la aplicación de sistemas de gestión de la calidad en las mejores condiciones posibles.

El HCUVA tiene establecida la figura de Coordinador de Calidad, que depende funcionalmente del Director Gerente del Hospital. Cuenta con una Unidad de Calidad Asistencial (UCA), que depende de la Dirección y es la unidad especializada encargada de impulsar, facilitar y monitorizar las actividades de mejora de calidad en el Hospital. Entre sus actividades está:

- Promover la participación de los profesionales en las actividades de mejora de la calidad.
- Facilitar apoyo logístico y metodológico donde y cuando sea necesario.
- Organizar programas docentes en mejora de la calidad (incluyendo como parte de ella la seguridad clínica).
- Favorecer el desarrollo de la gestión por procesos. La composición actual de la UCA se recoge en la documentación vinculada.

Actualmente está formada por tres personas para consultas, asesoramiento y apoyo en temas relacionados con la calidad asistencial:

- Coordinador de calidad.
- Técnico facultativo.
- Técnico no sanitario.

Adicionalmente, en el ámbito de la gestión de procesos, el HCUVA ha creado una Dirección de Calidad de Procesos.

Comisiones clínicas y otros mecanismos de participación

Se han constituido 13 Comisiones y 5 Comités en el HCUVA lo que supone la participación en las mismas de varias decenas de personas, formando equipos multidisciplinares que mantienen reuniones periódicas. El listado completo, así como sus características y funciones principales, se recoge entre la documentación vinculada del presente documento.

3.2. Gestión de la calidad en los centros universitarios

Universidad de Murcia

Planes / programas de calidad

El Plan de Calidad de los Servicios Universitarios de la UMU (PCS 2011-2014) plantea que la oferta de garantía de calidad por parte de los Servicios de la UMU se mantenga y mejore con el tiempo y satisfaga las necesidades de todos los miembros. Esta oferta ya estaba plasmada en el Plan de Calidad de Servicios (2006-2010), además, se mantienen las tres actividades clave del plan anterior (autoevaluación y mejora, cartas de servicio y documentación de los procesos clave).

Las actividades previstas en el PCS que se propone se enmarcan en tres grandes líneas: actualización de las cartas de servicio, elaboración de planes anuales de mejora de los diferentes Servicios universitarios y documentación de los procesos clave que cada Servicio lleva a cabo.

En el Plan Anual de Actuaciones de la Unidad para la Calidad se indican las actuaciones más destacadas que va a llevar a cabo la Unidad para la Calidad y, en cualquier caso todas aquellas contempladas en el alcance del Sistema de Garantía de Calidad.

Además, la UMU dispone de un Manual de Calidad en el que se recogen la política y objetivos de la UMU en materia de calidad, así como el Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008

Sistema de Gestión de la Calidad

La UMU ha elaborado, documentado, implantado y está siendo mantenido el Sistema de Gestión de la Calidad, para mejorar continuamente su eficacia, de acuerdo con los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001: 2008.

Como herramienta básica para la mejora continua y para su proceder habitual, la Unidad de Calidad aplica la metodología que proporciona el ciclo de Shewhart o de Deming (PDCA-PHVA), al que las normas ISO 9000 hacen continua alusión.

Sistema de Garantía de Calidad de los Programas de Doctorado

Se fundamenta en la recogida de información sobre los aspectos clave del desarrollo de dichos programas para proceder a un análisis reflexivo del que se extraerán las conclusiones oportunas dirigidas, en todo caso, a la solución de posibles desviaciones y al aporte de propuestas de mejora.

El coordinador del programa de doctorado actúa como coordinador de calidad, siendo responsable de todas las actuaciones que se indican en el Sistema de Garantía de Calidad. La comisión académica del programa con la participación de otros agentes, actúan como Comisión de garantía de calidad del programa de doctorado.

Además, para conocer la satisfacción, necesidades y expectativas, se elabora un Plan Plurianual de recogida de opiniones, atendiendo a qué grupos de interés consultar, qué información interesa obtener, en qué momento y cómo hacerlo (encuestas, grupos focales, etc.).

Desarrollo de otros elementos de calidad

Encuestas

Una de las actividades de la Unidad consiste en facilitar a los Servicios Universitarios y a los Centros encuestas de satisfacción con actividades concretas de los mismos, petición que incluye el análisis de los resultados de estos estudios.

Gestión por procesos

La UMU dispone de su Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, base para la consecución de la política y objetivos generales de la Unidad para la Calidad. Para el desarrollo del mismo, existe un manual de Procedimientos que contiene la documentación de los procesos identificados en el mapa.

Estructuras de calidad en la UMU

En la Universidad de Murcia existe la figura del Delegado del Rector para la Calidad, cuyas responsabilidades implícitas incluyen las de proponer un plan de calidad así como supervisar su seguimiento, revisión y mejora.

Es función de la Comisión de Calidad del Claustro la de "Proponer al Consejo de Gobierno para su aprobación el Plan de Calidad de la Universidad de Murcia, que establecerá las actividades de evaluación, certificación y acreditación, de acuerdo con las directrices establecidas por el Claustro"

La Unidad para la Calidad (UC) es un Servicio de la UMU, creada en el curso 2000/2001 a partir de la "Unidad de Evaluación", que ha estado prestando servicio desde el curso 1995/1996. Unidad administrativa especializada cuyas funciones son:

- Colaborar, cómo órgano técnico, con la Comisión de Calidad en la elaboración de la propuesta del Plan de Calidad y su ejecución.
- Proporcionar información, asesoramiento, formación y apoyo en todos los temas relacionados con la calidad.

- Coordinar las actividades de evaluación que se desarrollen tanto por iniciativa de la propia Universidad como por la de órganos externos a esta.

La Dirección de la UC recae en la Jefa del Área de Calidad e Innovación, que se coordina con el Delegado del Rector para la Calidad. Además, asume todas las responsabilidades que la norma UNE-EN-ISO 9001:2008 asigna a la Dirección de la organización. Dependiendo de la Jefa de Área se organizan dos secciones:

- Sección de Acreditación y Certificación.
- Sección de Evaluación Docente y Garantía de Calidad.

4. PRINCIPIOS INSTRUMENTALES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE CALIDAD Y MEJORA

Los principios instrumentales que regirán la implantación del Plan de Calidad y Mejora del IMIB-Arrixaca son los siguientes:

- Documentar todo lo que se hace, para ello es necesario disponer de las herramientas necesarias que permitan evaluar y revisar el funcionamiento de los procedimientos llevados a cabo, lo que permite la detección y corrección de desviaciones y el establecimiento de mejoras.
- Definir y establecer los procedimientos de actuación que se deben seguir ante situaciones similares, mediante la repetición de procesos de forma protocolizada y sistemática.
- Involucrar a las personas necesarias en la planificación y elaboración de documentos guía. Para ello, se han de conformar diferentes grupos de trabajo, promoviendo en todo momento la participación activa del personal implicado en las tareas a documentar.

- Para lograr un correcto funcionamiento de aquellos procesos que involucran más de un área de gestión con responsables diferentes, es necesario que exista una adecuada coordinación entre sus responsables, por ello, es de gran utilidad la gestión basada en procesos.
- La documentación guía del IMIB-Arrixaca ha de estar accesible para ser consultada por todos los trabajadores de la institución, en cualquier momento de su jornada laboral. Para el adecuado almacenamiento, se diseñará un sistema único de codificación que permita el registro, archivo y organización de toda la documentación que se genere.
- En el proceso de mejora continua, se hace necesario revisar y actualizar la documentación de forma periódica, en base al análisis se detectan errores, desviaciones e incidencias.
- La gestión de la calidad no se puede basar en un modelo virtual de la documentación que no refleje la realidad. Por este motivo, es de vital importancia que los documentos transcriban fielmente los procesos que se llevan a cabo en las distintas áreas del IMIB-Arrixaca.
- La medición y el registro de los resultados de todas las actividades que se realicen, es un aspecto esencial.
- Es fundamental la detección de posibles errores, incidencias y no conformidades que se puedan producir en cualquier ámbito o área de la institución. Para ello, es de suma importancia establecer sistemas de detección y registro de no conformidades e incidencias, que permitan su posterior análisis.
- Periódicamente, y dependiendo de las características y de la evolución de cada objetivo, se planificarán y revisarán los objetivos de la calidad.
- Los distintos departamentos, grupos, plataformas, unidades y servicios del IMIB-Arrixaca llevarán a cabo autoevaluaciones periódicas en las que se medirán los procesos realizados, se evaluarán las incidencias, se establecerán acciones correctivas, preventivas y de mejora dedicadas a incrementar la calidad de los servicios ofrecidos por el Instituto, se detectarán necesidades de recursos y de formación.

5. OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN

La Política de Calidad definida en el IMIB-Arrixaca se desarrolla a través de los Planes de Actuación que responden a los siguientes objetivos:

- Perseguir la consecución de los estándares en excelencia en relación a la actividad científica desarrollada en el Instituto y garantizar su calidad.
- Garantizar el máximo nivel de calidad de la gestión de las actividades de investigación del Instituto.
- Garantizar la seguridad a los profesionales del IMIB-Arrixaca.
- Garantizar el máximo nivel de calidad de los procesos que implican relación con los grupos de interés, así como su alto grado de satisfacción.

En relación con los objetivos citados, se establecen los siguientes planes de actuación:

- Plan de calidad científica
- Plan de calidad de la gestión
- Plan de seguridad
- Plan de calidad dirigido a los grupos de interés

5.1. Plan de calidad científica

El IMIB-Arrixaca considera un aspecto crítico para su desarrollo la evaluación de su actividad investigadora. Para ello, pone en marcha un sistema de seguimiento de la evolución de la investigación, lo que le permite incrementar la excelencia científica.

Para la implementación de este plan se han de llevar a cabo las siguientes actuaciones:

- Diseño e implementación de un cuadro de mandos en el que se recojan los principales indicadores científicos.
- Medición periódica de los indicadores seleccionados de forma que se permita tener un control de los mismos.
- Análisis de los resultados obtenidos, de forma que se puedan extraer conclusiones e implantar medidas dirigidas a mejorar los resultados obtenidos.

En este sentido, en la planificación estratégica del Instituto se ha definido un modelo de evaluación que permite la identificación de áreas de mejora y la introducción de acciones correctoras, a través de la elaboración de un cuadro de mandos con el que analizar la actividad investigadora desde tres vertientes distintas: recursos, procesos y resultados. Así, el cuadro de mandos se configura como la herramienta de evaluación continua y de búsqueda de la calidad de la actividad investigadora del Instituto.

5.2. Plan de calidad de la gestión

El plan se orienta a la gestión de procesos, y se basa en el mapa de procesos del Instituto, en el que se recogen los procesos estratégicos, operativos y de soporte a la organización, estableciéndose las interrelaciones entre ellos.

La implantación del Plan requiere las siguientes actividades:

- Identificar los procesos que se realizan, en base al Sistema de Gestión de Calidad definido en el IMIB-Arrixaca, orientado a la gestión por procesos.
- Elaborar el mapa de procesos (nivel 0) e identificar los procedimientos normalizados, instrucciones técnicas, etc.
- Desarrollar e implantar los procesos.

- Definir y en caso necesario, diseñar las actuaciones dirigidas a divulgar el mapa de procesos entre los profesionales implicados, con el objetivo de fomentar una cultura de calidad entre los mismos.
- Evaluar, al menos anualmente, los procesos establecidos.

Actualmente, el sistema de gestión de calidad del IMIB-Arrixaca se conforma sobre la trayectoria y experiencia de los profesionales del órgano de gestión del IMIB-Arrixaca en el ámbito de la calidad. Dicho órgano está reestructurando sus procesos y actividades en el ámbito de la calidad para adaptarse al nuevo entorno del Instituto, como un paso más en el proceso de transformación y funcionamiento como Instituto de Investigación Sanitaria.

5.3. Plan de seguridad

Se contemplan dos ámbitos de actuación en función del destinatario:

A. Plan de seguridad dirigido a los pacientes

En él se recogen las actuaciones en materia de seguridad relativas al tratamiento de los pacientes implicados en actividades de investigación y en la práctica asistencial en general.

El IMIB-Arrixaca dispone de una Guía de Ética y Buena Práctica en Investigación cuyo objetivo es dotar al Instituto de una documentación para ser adoptada, compartida y respetada por todos los integrantes del mismo en la que se recogen las normas de actuación y principios éticos relativos a la actividad investigadora desarrollada en el Instituto.

En este contexto, en el ámbito hospitalario del IMIB-Arrixaca existen comisiones que garantizan la seguridad del paciente, así como otras herramientas que permiten recoger información sobre el mismo:

- Comisión de Cuidados de Enfermería.

- Comisión de Seguridad del Paciente que se encarga de detectar, identificar y estudiar los incidentes y efectos adversos producidos, así como proponer medidas de corrección, difundir los conocimientos sobre la seguridad del paciente, y en general, coordinar y supervisar las actuaciones en materia de seguridad del paciente.
- Núcleo de Seguridad, forma parte del circuito par la identificación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, su notificación, análisis e implementación. Está compuesto por cuatro gestores, un farmacéutico y un facultativo del equipo directivo.
- Sistema para la Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente (SiNAP), se trata de un sistema desarrollado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y adoptado por el Servicio Murciano de Salud que tiene por objetivo mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas o incidentes que produjeron, o podían haber producido, daño a los pacientes.
- Protocolo de gestión de incidentes de seguridad, que establece el circuito claro para la identificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, su notificación al SiNAP, su análisis y la implementación de planes de reducción de riesgos en toda la organización.

B. Plan de seguridad dirigido a los profesionales del Instituto

En el sentido más estricto de la palabra, uno de los objetivos del IMIB-Arrixaca, es garantizar la seguridad de sus profesionales en caso de accidente o emergencia. El Plan se nutre, por tanto, en los diferentes planes, estrategias o programas relativos a la Prevención de Riesgos Laborales, seguridad, catástrofes externas, emergencias, autoprotección, protección medioambiental, gestión de residuos así como a procesos de clasificación de residuos y normas de manipulación, almacenamiento y eliminación de los mismos, con los que cuentan las diferentes instalaciones en las que se realiza actividad investigadora:

- Plan de emergencia y evacuación del HCUVA.

- Plan de emergencias medioambientales 2011 del HCUVA.
- Información para los profesionales que han tenido un accidente con riesgo biológico.
- Planes de prevención de riesgos laborales de las entidades que conforman el IMIB-Arrixaca.
- Manual de prevención de residuos peligrosos de la UMU.

6. DOCUMENTACIÓN VINCULADA

Cód. 08.01- Política de Calidad del IMIB-Arrixaca

Cód. 08.02- Manual de Gestión de la Calidad del IMIB-Arrixaca

Cód. 08.03- Plan Estratégico del HCUVA (2010-2013)

Cód. 08.04- Memoria autoevaluación EFQM HCUVA 2010

Cód.08.05- Certificaciones HCUVA

Cód. 08.06- Encuestas calidad HCUVA

Cód. 08.07- Evaluaciones calidad formal consentimientos informados

Cód. 08.08- Fuentes de información de los grupos de interés

Cód. 08.09- Reclamaciones HCUVA

Cód. 08.10- Gestión por procesos HCUVA

Cód. 08.11- Protocolos, vías y guías clínicas HCUVA

Cód. 08.12- Estructuras en el ámbito de la calidad del HCUVA

Cód. 08.13- Planes de calidad de servicios de la UMU

Cód. 08.14- Plan de calidad de la UMU 2010-11

Cód. 08.15- Plan anual de actuaciones de la UMU

Cód. 08.16- Sistema de garantía de calidad de los programas de doctorado de la UMU

Cód. 09.00- Guía de Ética y Buena Práctica en Investigación

Cód. 08.17- Memoria 2011. Comisión de Cuidados de Enfermería Área I

Cód. 08.18- Reglamento funcionamiento. Comisión Seguridad Paciente

Cód. 08.19- Estatutos del núcleo de seguridad

Cód. 08.20- Plan de despliegue del SiNAP

Cód. 08.21- Protocolo de gestión de incidentes de seguridad

Cód. 08.22- Plan de emergencia y evacuación del HCUVA

Cód. 08.23- Plan de emergencia medioambiental HCUVA

Cód. 08.24- Información accidentes biológicos

Cód. 08.25- Manual de gestión de residuos peligrosos de la UMU

Cód. 08.26- Procedimiento de acciones preventivas y correctivas

Cód. 08.27- Manual de gestión de residuos HCUVA

Cód. 08.28- Informes del CCI evaluando proyectos investigación para concursos públicos