



PLAN DE CALIDAD

1. Introducción	2
2. Revisión de las actividades de calidad desarrolladas en el periodo 2015-2020	2
3. Plan de calidad 2021-2025	6
4. Metodología enfocada a la mejora continua	12
5. Canales de participación.....	12

I. Introducción

El Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS) es un espacio dedicado a la investigación biomédica de excelencia, dirigida a generar conocimientos útiles para la identificación y tratamiento de enfermedades actuales o potenciales y con un claro carácter multidisciplinar y traslacional, con una vocación de convertirse en referente de confianza para la sociedad, para la comunidad científica y para las instituciones públicas y privadas tanto a nivel nacional como internacional, aplicando en todas sus acciones una filosofía de calidad y mejora continua.

La calidad siempre ha estado presente en la estrategia del IRYCIS:

- El Plan Estratégico 2015-2019 (cuya vigencia se prorrogó a 2020) la consideraba en el Eje 3 “Procesos internos”, en el apartado de “Plan de calidad, sistemas de información y evaluación interna”.
- El proyecto de desarrollo estratégico Fénix 2017-2020 la incluye en su eje 8 “Implantación de un modelo de gestión por procesos para aumentar la eficacia, la eficiencia y el alineamiento de la gestión hacia el cliente interno y externo. Protocolización de procedimientos. Certificaciones de calidad”.

Ha finalizado el periodo establecido en el anterior plan de calidad y mejora 2015-2019 y su extensión a 2020. Por lo tanto, en este documento se va a desarrollar una breve revisión del cumplimiento de dicho plan de calidad y mejora, y el desarrollo de un Plan de Calidad nuevo con un enfoque más práctico y alineado con las necesidades del IRYCIS.

Para conocer la evaluación del cumplimiento de las acciones de calidad desarrolladas durante el periodo 2015-2020, se han revisado los siguientes documentos maestros:

- El Plan de Calidad y Mejora 2015-2019 y su extensión a 2020.
- El Plan Estratégico del IRYCIS 2015-2019.
- El proyecto de desarrollo estratégico Fénix (2017-2020).

Tras conocer el grado de cumplimiento alcanzado y los aspectos susceptibles de mejora, se ha diseñado el nuevo plan de calidad aplicable para el siguiente periodo 2021-2025.

2. Revisión de las actividades de calidad desarrolladas en el periodo 2015-2020

Para conocer el cumplimiento de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la calidad en el periodo 2015-2020, se han revisado los planes diseñados en los documentos maestros enumerados anteriormente.

Plan de Calidad y Mejora 2015-2019 y su extensión a 2020.

En este documento se diseñaron acciones enfocadas a la mejora de la gestión de los siguientes puntos.

- **Gestión ambiental.** La gestión ambiental del IRYCIS es la del HURYC para los profesionales que desarrollan su actividad en él (los profesionales de las universidades deben acogerse a las normas de sus respectivas entidades). El HURYC cuenta con un Sistema de Gestión Ambiental (SGA), conforme a la norma UNE-EN-ISO 14001:2015, certificado en

diciembre de 2019. Se imparten numerosas actividades formativas, además de la difusión a través de la intranet del hospital. Existe un decálogo ambiental. El SGA, accesible en la intranet del hospital, contiene:

- Política Ambiental (actualizada en septiembre de 2018).
 - Manual de Gestión Ambiental (actualizado en noviembre de 2019).
 - Plan de Gestión de Residuos (actualizado en enero de 2020).
 - Procedimientos:
 - No conformidades y acciones correctivas.
 - Competencia, formación y concienciación.
 - Preparación y respuesta ante emergencias.
 - Instrucciones operativas para la gestión de residuos (en laboratorios general, gestión de residuos punzantes, gestión de residuos químicos, quirófanos, etc.)
- **Ética de la Investigación.** Además del Comité de Ética Asistencial del HURYC el Instituto cuenta con:
 - Comité de Ética de la Investigación (CEI), acreditado como CEI con Medicamentos (CEIm) y que asume la función de Comité Externo del Biobanco. El CEI/CEIm trabaja con PNTs y elabora anualmente una memoria de actividad que se incluye en la memoria del IRYCIS.
 - Comité Ético de Experimentación Animal, encargado de velar por el cumplimiento de las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.
 - **Protección de datos.** En la intranet del HURYC se presenta la Normativa de Seguridad de la Información, de aplicación a todo el personal del IRYCIS que trabaja en las instalaciones del Hospital. Además, la Oficina de Seguridad de Sistemas de Información de la Consejería de Sanidad (OSSI), realiza anualmente actividades formativas presenciales en materia de RGPD cuyas presentaciones están disponibles en la intranet del Hospital. Desde la FIBioHRC se solicita la firma de una autorización para la cesión de datos de carácter personal a toda persona que interactúa con el IRYCIS y, por supuesto, a todos sus miembros. El sistema de captura de datos para investigación REDCap, implantado recientemente en el IRYCIS, también cumple con lo establecido en la LOPD y en el RGPD. El CEI/CEIm vela asimismo por el cumplimiento de la normativa RGPD en investigación.
 - **Convocatorias públicas para la contratación de personal.** La contratación de personal investigador del IRYCIS depende de su órgano de gestión, la FIBioHRC, que dispone de un procedimiento para la contratación de personal laboral. Asimismo, la FIBioHRC firmó y envió a la Comisión Europea en octubre de 2019 la declaración de compromiso con los principios de la "Carta Europea del Investigador" y el "Código de conducta para la contratación de personal investigador" (C&C). Recientemente se ha enviado a la CE el Plan de Acción para la obtención del sello de excelencia en gestión de RRHH de investigación (HRS4R), estando a la espera de evaluación y respuesta. Entre otros, el plan de acción HRS4R del IRYCIS contempla la actualización de las políticas de contratación en base al C&C y a los criterios OTM-R (open, transparent and merit-based recruitment).
 - **Contratación de proveedores.** Para la contratación de proveedores la FIBioHRC sigue sus normas de régimen interno, en consonancia con la Ley de Contratos del Sector Público.

Plan Estratégico del IRYCIS 2015-2019 (y extensión a 2020)

Este plan contemplaba en su Eje 3 (Procesos internos) un “Plan de calidad, sistemas de información y evaluación interna”, con los siguientes objetivos:

- I. Mejorar la implementación de sistemas de información (gestión, investigadores, actividades, etc.).
- II. Establecer un sistema de procesos que agilice y de coherencia a las actividades de gestión de la investigación.

Para el desarrollo de estos objetivos se diseñaron 3 acciones:

1º. Mejorar el sistema de información, con el fin de que permita coordinar a los diferentes grupos e investigadores, así como sus proyectos y producción científica.

- Se ha puesto en marcha el módulo de producción científica de FundaNet (principios 2016). Esto ha supuesto un cambio radical en la dinámica del IRYCIS, permitiendo dotar a la Dirección Científica, a los órganos de gobierno y a la propia FIBioHRC de la información necesaria para conocer la evolución del Instituto y de sus grupos e investigadores/as. De este modo, se facilita la preparación de memorias anuales, informes revisados por el Consejo Rector/Comisión Delegada y el CCE o la CI, y la elaboración del Cuadro de Mando de Indicadores, etc. En este módulo se registran publicaciones y sus métricas, premios y reconocimientos, redes y alianzas, grupos y miembros, tesis doctorales, estancias, guías de práctica clínica y protocolos, etc., todo conectado entre sí y vinculado a la actividad económica de la FIBioHRC.
- Se ha elaborado un Manual de FundaNet, para que todos el personal de gestión registre la información de forma homogénea, y un tesoro de proyectos, para clasificar todos los proyectos del IRYCIS y las convocatorias en caso de ser competitivos.
- Asimismo, en se implantó el módulo FundaNet Innova, que permite la gestión de la cartera de proyectos y patentes de la Unidad de Innovación, vinculado todo ello a los distintos grupos o ICAs y a los proyectos de investigación preexistentes.
- Se ha puesto en marcha la gestión de Acuerdos en FundaNet, de forma que se puede conocer a tiempo real el nº de acuerdos y contratos (NDA, MTA, contratos prestación de servicios, acuerdos de colaboración, convenios marco, etc.) y vincularlos a los investigadores/as, grupos y proyectos del IRYCIS.
- Por último, recientemente, la nueva web del IRYCIS es capaz de obtener directamente de FundaNet, a través de una API, gran parte de la información de los grupos (publicaciones, proyectos, tesis y composición).

2º. Mejorar el Plan de calidad, actualizando los mapas de procesos.

- Las acciones de calidad del IRYCIS se han ido realizando a través de grupos de trabajo específicos, con el liderazgo permanente de la Coordinadora de Calidad del Biobanco, como experta en calidad del Instituto, y con la colaboración de la Unidad de Calidad del Hospital.
- Si bien muchas de las acciones del Plan Estratégico en materia de calidad se han realizado, no se ha efectuado un seguimiento formal a través de indicadores.
- Se han elaborado diversos procedimientos y se ha implantado un sistema de gestión de calidad en la Unidad de Innovación, certificado para la UNE 166002:2014 "Sistema de

Gestión de I+D+i" por AENOR desde 2017. Asimismo, en 2020 se ha conseguido la certificación por la norma ISO 9001:2015 de la Unidad de Ensayos Clínicos de fase temprana.

En la revisión del Plan Estratégico anterior, presentada al Consejo Rector en diciembre de 2019, se identificaron varias acciones a tener en cuenta para el diseño del nuevo plan de calidad:

- *Convocar a coordinadores/as de calidad del IRYCIS y del hospital para constituir una Comisión de Calidad y para revisar a fondo el Plan de Calidad y las acciones de calidad de los planes estratégicos del Instituto.*
- *Elaborar indicadores de seguimiento del Plan de Calidad, ausentes en el anterior.*
- *Revisar la Política de Calidad y alinearla al futuro nuevo Plan Estratégico.*

3°. Redefinir el sistema de indicadores contenido en el cuadro de mando.

- Los indicadores de seguimiento del IRYCIS se redefinieron y son los que periódicamente revisan los órganos de gobierno y el CCE y se muestran a lo largo de este documento.

Se identifican las siguientes acciones para el diseño del nuevo plan:

- *Redefinir nuevos indicadores que aúnen los exigidos por el ISCIII conforme a la nueva guía de acreditación de IIS y los establecidos en el futuro nuevo Plan Estratégico para el periodo 2021-2025.*

El proyecto de desarrollo estratégico Fénix (2017-2020)

Como se ha comentado anteriormente, el proyecto Fénix, en su Eje 8, contemplaba la implantación de un modelo de gestión por procesos y la protocolización de procedimientos y, en el Eje 7, el Fortalecimiento del sistema de información integral para la gestión.

En cuanto a la ejecución para dar cumplimiento al Eje 7, se ha comentado en el punto anterior. Ha faltado comentar que se evaluaron los módulos de gestión de RRHH y de control de tiempos para decidir su implantación, pero hasta el momento no han cumplido expectativas. El módulo de gestión del CEI está pendiente de valorar para decidir su implantación.

Acciones pendientes a tener en cuenta para el diseño del nuevo plan de calidad:

- *Retomar la valoración de los módulos de gestión de RRHH y de control de tiempos e iniciar la del módulo de CEI.*

Respecto al Eje 8 del proyecto Fénix, se diseñaron dos acciones:

- *Elaboración del mapa de procesos del IRYCIS. Definición y/o revisión de procesos y procedimientos estratégicos, de financiación, de producción y de soporte.*
 - *Se han elaborado diversos procedimientos, pero no se ha culminado con la implantación de un sistema de gestión de calidad en el órgano de gestión del Instituto.*
- *Actualización del Plan de Innovación y certificación de la Unidad de Innovación.*
 - *El plan de innovación se revisa anualmente y desde 2017 la Unidad está certificada para la UNE 166002:2014 "Sistema de Gestión de I+D+i".*

3. Plan de calidad 2021-2025

Una vez revisadas las acciones emprendidas en los planes anteriormente comentados y en línea con el Plan Estratégico Atenea 2021-2025 del IRYCIS, el nuevo Plan de calidad tiene como finalidad desarrollar la política de calidad del IRYCIS y ser de aplicabilidad en todas las actividades englobadas en la estrategia organizativa y científica detalladas en el plan estratégico.

Dicho plan estratégico se ha diseñado con criterios de calidad a partir de la misión y visión del Instituto, y teniendo en cuenta el análisis del contexto interno y externo a la organización, identificando unos ejes principales y unas líneas estratégicas que los desarrollan. Para cada línea estratégica se han descrito los planes de acción diseñados para alcanzar su cumplimiento.

Este Plan de Calidad se ha diseñado con la finalidad de plasmar las acciones a desarrollar para conseguir que la calidad forme parte de todas las actividades que se realizan en el Instituto, se monitorice la dinámica del Instituto bajo criterios de calidad y se dé difusión y cumplimiento a la política de calidad.

Objetivos de calidad

La Comisión de Calidad, como parte del grupo permanente de trabajo establecido en el IRYCIS con el fin de garantizar la representatividad de todos los agentes y el dinamismo del Instituto, ha participado en el desarrollo del plan estratégico 2021-2025, y en el diseño del cuadro de mandos que permitirá el seguimiento del cumplimiento de los planes de acción diseñados en cada línea estratégica. En relación con todo esto, los objetivos de calidad diseñados en este plan, están enfocados a desarrollar la política de calidad y a potenciar la mejora continua en criterios de calidad en el Instituto.

Objetivo de calidad	Acción	Plazo	Responsable	Indicadores de seguimiento
1. Fortalecer y potenciar el papel de la Comisión de Calidad en el Instituto como eje vertebrador de todas las actividades.	<ul style="list-style-type: none"> - Difundir el nuevo plan de calidad. - Realizar seguimiento del cumplimiento del plan de calidad mediante las reuniones semestrales de la Comisión de Calidad. - Actualizar el Plan de Calidad en caso necesario. 	SI 2021 Continuo (seguimiento semestral) Cuando se requiera	Comisión de Calidad Grupo de Trabajo en Comunicación (GTC) Comisión de Calidad Comisión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad en la web del nuevo Plan de Calidad. - Presentación del Plan en las difusiones del nuevo Plan Estratégico del IRYCIS. - N° de reuniones de la comisión de calidad (Estándar \geq 2/año).
2. Revisar, actualizar y difundir la política de calidad, en línea con el propósito y contexto del Instituto, su misión y visión.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la Política de calidad vigente y actualizarla. - Aprobación de la política de calidad por el Consejo Rector. - En caso de que se produzcan cambios durante la vigencia de este plan de calidad que requieran una modificación de la política, revisar de nuevo y actualizar. 	SI 2021 SI 2021 Cuando se requiera	Comisión de Calidad Consejo Rector Comisión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de la política de calidad aprobada y actualizada. - Difusión inicial realizada y N° de vías de comunicación utilizadas para la difusión inicial (Estándar \geq 3). - Difusión anual recordatorio (Estándar \geq 1/año).

	<ul style="list-style-type: none"> - Guardar evidencias documentales de las actuaciones realizadas para la difusión de la política de calidad. - Establecer un método de evaluación de la efectividad de la difusión de la política para asegurar el conocimiento de la misma por el mayor número de miembros del IRYCIS. - Realizar difusión de la política de calidad en caso de que se produzca alguna actualización durante la vigencia de este plan. 	<p>Con cada difusión</p> <p>2021</p> <p>Cuando se requiera</p>		<ul style="list-style-type: none"> - N° de vías de comunicación utilizadas para la difusión anual (Estándar \geq 1/año). - % de miembros del IRYCIS conocedores de la política de calidad (Estándar 75% medido al menos 2 veces en el periodo 2021-2025)
<p>3. Conseguir que la calidad esté implícita en el desarrollo y cumplimiento del Plan Estratégico Atenea 2021-2025 (no sólo en el eje específico, sino, en todos los ejes y líneas identificados y en las acciones planificadas para desarrollarlos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar en el desarrollo del plan estratégico 2021-2025 y en el diseño del cuadro de mandos previsto durante el primer trimestre de 2021. - Revisar el desarrollo y consecución del plan estratégico 21-25. - Establecer reuniones de forma periódica con la dirección y/o los órganos asesores y/o con los agentes implicados, con la finalidad de evidenciar el desarrollo y consecución del plan estratégico. 	<p>Continuo (seguimiento semestral)</p> <p>Continuo</p> <p>Continuo</p>	<p>Comisión de Calidad Dirección IRYCIS Órganos asesores Agentes implicados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones semestrales realizadas con dirección u órganos asesores o agentes implicados para revisar la ejecución del Plan Estratégico en cuanto a criterios de calidad (Estándar \geq 2/año).
<p>4. Fomentar la implantación de un sistema de gestión por procesos en las unidades de apoyo científico-técnico transversales del Instituto (UCA/UCS) que lo requieran, así como en la Oficina Técnica de la FIBioHRC en base a la normativa específica en cada caso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar aquellas unidades de apoyo científico-técnico transversales del Instituto que requieran la implantación de sistemas de gestión por procesos. - Asesorar en cuanto a la documentación necesaria y elaboración de la misma (mapas de procesos, fichas para cada uno de los procesos operativos y, procedimientos específicos que desarrollen alguna de las fases de los procesos, 	<p>Continuo</p> <p>Continuo</p>	<p>Comisión de Calidad Oficina de IDi</p> <p>Comisión de Calidad UCAs/UCS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N° de unidades de UCA/UCS con un sistema de gestión por procesos implantado (Estándar \geq 2 en el periodo 2021-2025) - Implantación de un sistema de gestión en la Oficina Técnica de la

	<p>indicadores de procesos operativos e identificación de acciones de mejora y seguimiento de las mismas).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir la estrategia y el alcance de la implantación de un sistema de gestión por procesos en la Oficina Técnica de la FIBioHRC, si el Consejo Rector apuesta por ello. 	SI 2023	Comisión de Calidad Dirección FIBioHRC	FIBioHRC dentro de los 5 años de vigencia del plan de calidad si el Consejo Rector y la Dirección de la FIBioHRC apuestan por ello.
5. Mantener y mejorar los sistemas certificados de las unidades hasta ahora vigentes (Innovación según la norma UNE 166002:2014, Unidad de ensayos clínicos en fase temprana y Unidad de Biobanco según la norma ISO 9001:2015).	<ul style="list-style-type: none"> - Dar apoyo a las unidades certificadas en caso de que sea necesario y así lo requieran para mantener sus certificaciones (destacar que la asesoría para el mantenimiento de las certificaciones ISO 9001:2015 de Biobanco y Unidad de Ensayos clínicos de Fase temprana es realizada por parte de la Unidad de Calidad del Hospital, al estar incluidas dentro del alcance global del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital). 	Continuo	Comisión de Calidad Responsables de calidad, jefes de servicio, personal de las distintas unidades certificadas Unidad de Calidad del Hospital (en el caso de Biobanco y Unidad de Ensayos Clínicos en Fase temprana)	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades certificadas que mantienen su certificación (Estándar ≥ 3 en el periodo 2021-2025).
6. Establecer un sistema de monitorización para el seguimiento del estado de las acciones desarrolladas en el Plan Estratégico Atenea (y sus planes vinculados) y evaluar la eficacia de su implantación.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar de forma periódica las actas derivadas de las reuniones realizadas con la Dirección, los órganos asesores y/o los agentes implicados, para realizar un seguimiento de la trazabilidad entre las acciones propuestas en estas actas y los planes de acción diseñados, el seguimiento de los mismos y la verificación de la eficacia de la implantación. 	Continuo	Comisión de Calidad Órganos asesores Dirección IRYCIS Agentes implicados	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de acciones en las que se ha realizado seguimiento para comprobar la trazabilidad entre las acciones propuestas y las implantadas (Estándar ≥ 2/año). - % de acciones en las que se ha realizado

				seguimiento que han desarrollado de forma correcta el plan de acción diseñado, el seguimiento de forma correcta y se ha comprobado su eficacia (Estándar $\geq 75\%$ /año)
7. Dar soporte en cuestiones de calidad a los distintos miembros del IRYCIS, Dirección, unidad de gestión, órganos de gobierno y órganos asesores, velando por una cultura de calidad a nivel global en el Instituto y generando nuevos canales de participación.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar canales existentes y generar nuevos canales de participación para poder dar asesoramiento y recibir feedback en cuestiones de calidad de los distintos miembros del IRYCIS, órganos de gobierno, órganos asesores, en general, grupos de interés del Instituto. 	S2 2021	Comisión de Calidad Distintos usuarios de los canales de participación	<ul style="list-style-type: none"> - N° de canales de participación activos para dar asesoramiento y mantener feedback en cuestiones de calidad (Estándar ≥ 2/año).
	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar un método de verificación de la utilidad de los canales de participación de la Comisión de Calidad. 	S2 2021		<ul style="list-style-type: none"> - % de usuarios de los canales de participación satisfechos (Estándar $\geq 75\%$)
	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la utilidad de los canales de participación de la Comisión de Calidad. 	Continuo		
8. Reforzar la alianza con la Unidad de Calidad del Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> - Intercambiar actividades de formación entre la Unidad de Calidad del Hospital y el IRYCIS. 	Continuo	Comisión de Calidad Unidad de Calidad del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> - N° de actividades formativas compartidas (Estándar ≥ 2/año).
	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar en los DAFOS de los servicios y unidades del Hospital, debilidades y fortalezas que tengan que ver con I+D+i, gracias a la colaboración de la Unidad de Calidad. 	Continuo		<ul style="list-style-type: none"> - N° de contactos/acciones establecidas tras el estudio de los distintos DAFOS y seguimiento de los sistemas de gestión de calidad (Estándar ≥ 1/año).
	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la participación de la Unidad de Calidad como asesores en la Comisión de Calidad del IRYCIS. 	Continuo		

<p>9. Valorar la satisfacción de la participación de la Comisión de Calidad en los distintos grupos de interés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los distintos grupos de interés relacionados con la Comisión de Calidad. - Encuestar y analizar resultados obtenidos para conocer la satisfacción. 	<p>Continuo Continuo</p>	<p>Comisión de Calidad Comisión de Calidad Oficina de IDi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer de un listado de grupos de interés de la Comisión de Calidad actualizado. - % de grupos de interés satisfechos con la participación de la Comisión de Calidad. (Estándar \geq 75%).
<p>10. Fomentar el desarrollo de acciones de mejora que permitan dar respuesta a las necesidades de nuestros grupos de interés y anticiparse a los cambios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, desarrollar e implantar acciones de mejora en las actividades desarrolladas por el IRYCIS. 	<p>Continuo</p>	<p>Comisión de Calidad IRYCIS en general</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N° de acciones de mejora implantadas (Estándar \geq 2 acciones de mejora/año)

4. Metodología enfocada a la mejora continua

Como se ha detallado anteriormente, en cada uno de los objetivos diseñados se han planificado una serie de acciones para alcanzar la implantación de los mismos. Además, se han diseñado indicadores relevantes, representativos, claros y con una frecuencia de medición establecida para realizar el seguimiento de la implantación.

Una vez medidos los indicadores, en caso de no alcanzar los estándares establecidos en cada uno de ellos, se procederá de la siguiente manera:

- 1º. Se realizará un análisis de las causas por las que no se ha alcanzado el estándar establecido para el indicador en concreto.
- 2º. Se elaborará un plan de mejora para solucionar las causas detectadas.
- 3º. Se llevará a cabo la implantación del plan de mejora.
- 4º. Se realizará un seguimiento continuo del mismo.
- 5º. Se evaluará la implantación y la eficacia de las acciones diseñadas para alcanzar el cumplimiento del indicador y, por lo tanto, del objetivo asociado.

Utilizando esta metodología podemos conocer cuáles son las principales causas del incumplimiento de los indicadores diseñados, mejorar de forma progresiva hasta conseguir alcanzar el estándar establecido y finalmente, la implantación del objetivo.

5. Canales de participación

Como se ha comentado anteriormente, uno de los objetivos diseñados en este plan de calidad está relacionado con apoyar o dar asesoramiento, en cuestiones de calidad, a los distintos miembros del IRYCIS. Para ello la primera acción diseñada es identificar los canales de participación existentes y generar nuevos para poder dar asesoramiento y recibir feedback en cuestiones de calidad de los distintos miembros del IRYCIS, órganos de gobierno, órganos asesores, en general, grupos de interés del Instituto.

Actualmente consideramos como canales de participación las reuniones planificadas a realizar con los responsables de otros planes relevantes del IRYCIS: con la Comisión de Formación para la revisión del Plan de Formación y su cumplimiento, con el subgrupo de la Comisión de Investigación encargado del Plan de Tutela a Emergentes, con la Dirección Científica para el Proyecto Científico Cooperativo y el Plan de Integración, con la Oficina de IDi para el Plan de Comunicación, con la Dirección para la revisión del Plan Estratégico en general, con la Observadora de Igualdad y responsable del seguimiento del plan de acción HRS4R para la revisión del Plan de Igualdad y del HRS4R, con la Dirección de las UCAs y/o con sus coordinadores/as para la revisión de los sistemas de gestión de calidad en proceso de implantación y una vez implantados, etc.

Además de estos canales de participación, se ha propuesto identificar nuevos que nos permitan, además de dar apoyo y asesoramiento en cuestiones de calidad, recibir un feedback de las necesidades y expectativas de cada uno de los miembros del IRYCIS de forma individual, y de los órganos de gobierno y asesores de forma más conjunta, conocer el grado de satisfacción con la actividad desarrollada por la Comisión de Calidad y el alcance de la difusión de la política de calidad. Para esto está pendiente diseñar un método que nos ayude a evaluar esta satisfacción y

a verificar los canales de participación establecidos. Este método se diseñará, evaluará y analizará en colaboración con la Oficina de IDi del IRYCIS.