



PLAN DE CALIDAD

2026-2030

Versión 01



Fundación para la Investigación Biomédica
del Hospital Universitario Ramón y Cajal



Comunidad de Madrid



1. Introducción y finalidad del plan	2
2. Definiciones	2
3. Revisión de actividades desarrolladas en el periodo anterior: antecedentes ..	2
4. Composición del equipo	4
5. Objetivos, acciones e indicadores	5
5.1. Cronograma.....	8
6. Metodología y recursos necesarios para el desarrollo del plan: humanos y materiales.....	10
7. Limitaciones y planes de contingencia.....	10
8. Seguimiento, análisis de cumplimiento y cambios requeridos	12
9. Comunicación interna y externa	12
10. Referencias	13

1. Introducción y finalidad del plan

Este Plan de Calidad diseñado para el periodo 2026-2030 tiene como finalidad establecer el marco de actuación para consolidar y fortalecer la calidad en las actividades llevadas a cabo en el Instituto. Este documento se fundamenta en los resultados obtenidos en el ciclo anterior (2021-2025) y tiene como objetivo integrar de forma transversal la cultura de calidad en todas las actividades llevadas a cabo en el IRYCIS.

El plan define los objetivos estratégicos, las acciones asociadas, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación necesarios para garantizar una mejora continua, sostenible y alineada con la planificación institucional.

2. Definiciones

- **Objetivo:** Meta o logro al que se pretende llegar de modo planificado, en un intervalo de tiempo definido.
- **Indicador:** Resultado medible referido al desempeño de una acción concreta, proceso, servicio o producto.
- **Estándar:** valor que fija el nivel esperado o aceptable de un indicador.
- **Limitación:** Condición susceptible de reducir el logro.
- **Plan de Contingencia:** Conjunto de acciones planificadas y estructuradas para reducir, minimizar o evitar un suceso potencial que pueda tener impacto en el desempeño.
- **Acción de Mejora:** Medida aplicable para obtener resultados más favorables.

3. Revisión de actividades desarrolladas en el periodo anterior: antecedentes

Durante el periodo 2021-2025 se consolidó la calidad mediante:

- El fortalecimiento del papel de la Comisión de Calidad.
- La revisión y difusión de la Política de Calidad.
- La integración progresiva de la calidad en la planificación estratégica.
- La cooperación entre la Unidad de Calidad del Hospital y el Instituto.
- La implantación del seguimiento del cumplimiento de los diferentes planes.
- El impulso de sistemas de gestión por procesos en distintas unidades.
- La potenciación de diferentes canales de participación.
- El mantenimiento de certificaciones externas en unidades certificadas.
- La identificación, implantación y verificación de la eficacia de diferentes acciones de mejora.

El desarrollo del plan de calidad anterior durante el periodo 2021-2025 ha contribuido significativamente a fortalecer la gestión institucional en cuestiones de calidad, promoviendo una cultura de mejora continua, transparencia y responsabilidad.

El Plan de Calidad 2021–2025 fue objeto de un seguimiento continuo por parte de la Comisión de Calidad, mediante revisiones periódicas de indicadores, reuniones semestrales y registro sistemático de evidencias. Este enfoque permitió evaluar el grado de cumplimiento de los 10 objetivos estratégicos definidos.

El nivel de ejecución del Plan de Calidad en el periodo 2021-2025 ha sido muy elevado, con la mayoría de los objetivos cumplidos satisfactoriamente o en estado avanzado. Solo algunos aspectos quedaron parcialmente completados y se prevé su continuidad durante el desarrollo de este nuevo plan.

Se enumeran a continuación los **principales logros alcanzados**:

- Consolidación de la Comisión de Calidad como eje vertebrador del Instituto.
- Implantación de una política de calidad que ha sido clave en la transformación cultural alineando los comportamientos, procesos y valores del Instituto con los estándares de satisfacción del cliente y mejora la continua.
- Integración de la calidad en la estrategia institucional, alineada con el Plan Estratégico Atenea.
- Implantación de sistemas de seguimiento y monitorización, tanto del propio Plan de Calidad como de los planes estratégicos asociados.
- Mantenimiento de certificaciones de calidad en unidades clave.
- Mejora significativa de la comunicación y participación, con ampliación de canales y acceso a la información.
- Alto nivel de satisfacción de los grupos de interés, con valoraciones muy positivas.
- Desarrollo e implantación de múltiples acciones de mejora, con impacto en distintas áreas.

Como se ha comentado anteriormente, hay aspectos del plan anterior parcialmente alcanzados, como:

- la actualización, aprobación y difusión de la nueva revisión de la política de calidad con un enfoque de sostenibilidad, pendiente de presentar y aprobar en el próximo Consejo Rector.
- la implantación de sistemas de gestión por procesos en todas las Unidades centrales de apoyo.

Gracias al desarrollo del Plan anterior, se han identificado las siguientes Fortalezas y áreas de mejora y retos detectados:

Fortalezas:

- Cultura de calidad progresivamente integrada en la organización.
- Coordinación efectiva entre Dirección y Comisión de Calidad.
- Sistema estructurado de indicadores y seguimiento.
- Capacidad de adaptación y mejora continua.

Áreas de mejora y retos:

- Refuerzo de la medición del conocimiento y percepción interna sobre calidad.
- Necesidad de evolucionar los indicadores en función de nuevos objetivos estratégicos.
- Consolidación de la difusión y comunicación de la política de calidad.

El Plan 2021–2025 ha establecido una base sólida en gestión de calidad, con un alto grado de madurez organizativa. El siguiente ciclo (2026–2030) debe orientarse a:

- Consolidar lo implantado
- Atajar y concluir las acciones no alcanzadas en el ciclo anterior
- Adaptar el sistema a nuevos retos estratégicos
- Avanzar hacia una cultura de calidad más transversal y medible

4. Composición del equipo

La responsabilidad del desarrollo y seguimiento del Plan recae en:

- La Comisión de Calidad, como órgano coordinador, formada por recursos humanos con conocimientos en implantación, mantenimiento y auditorías en sistemas de gestión de calidad e innovación.
- Formado por los responsables de calidad, o personal integrado en los sistemas de gestión de las diferentes unidades certificadas.

5. Objetivos, acciones e indicadores

Objetivo de calidad	Acción	Plazo	Responsable	Indicadores de seguimiento	Valor estándar
1. Definir el nuevo Plan de Calidad 2026-2030 y revisar la Política de Calidad	1.1. Elaboración participativa del nuevo plan	Primer semestre 2026	Comisión de Calidad y las Direcciones IRYCIS y FIBIO	Nuevo Plan de calidad 2026-2030 disponible	Realizado
	1.2. Revisión y actualización de la Política de Calidad	Primer semestre 2026	Comisión de Calidad	Política de calidad revisada	Realizado
	1.3. Aprobación formal y difusión institucional	Año 2026	Consejo Rector, Comisión de Calidad y Direcciones IRYCIS y FIBIO	Política de calidad aprobada Nº de canales de comunicación que se han utilizado para la difusión	Realizado ≥ 2
2. Incluir la calidad como una parte fundamental dentro del nuevo Plan Estratégico del IRYCIS 2026-2030 y asegurar su cumplimiento	2.1. Participación en el diseño, planificación del nuevo Plan Estratégico	2025-2026	Direcciones IRYCIS y FIBIO y Comisión de Calidad	Participación en el Plan Estratégico	Realizado
	2.2. Revisión y el seguimiento periódico del cumplimiento de este nuevo plan	Revisión anual 2026-2030	Direcciones IRYCIS y FIBIO, y Comisión de Calidad	Revisión anuales seguimiento Plan Estratégico	≥ 1
3. Realizar el seguimiento del cumplimiento de los nuevos planes que formarán parte del nuevo Plan Estratégico del IRYCIS 2026-2030	3.1. Establecimiento de un formato común para todos los planes con unos anexos que faciliten el seguimiento del cumplimiento de los mismos	2025- Primer trimestre 2026	Comisión de Calidad	Formato de Plan disponible	Realizado
	3.2. Realización del seguimiento de los diferentes planes	Revisión bianual 2026-2030	Comisión de Calidad y responsables de los planes	Revisión cada 2 años con los/as responsables de cada plan	≥ 1/ bianual para cada Plan

4. Mantener la implantación y el seguimiento de sistemas de gestión por procesos en las UCAs y SCTs del IRYCIS.	4.1. Identificación de las unidades potenciales a implantar un sistema por procesos	2026-2030	Comisión de Calidad	UCAs/SCTs pendientes de implantar el sistema de gestión por procesos	Realizado
	4.2. Implantación del sistema de gestión por proceso en las Unidades pendientes	2026-2030	Comisión de Calidad y responsables de las UCAs y SCTs	Nº de unidades nuevas con un sistema de gestión por procesos implantado	≥ 2
	4.3. Realización de seguimiento de los sistemas implantados	2026-2030 revisión anual	Comisión de Calidad y responsables de las UCAs y SCTs	Revisión anual del seguimiento del sistema	≥ 1/año por cada UCA/SCT
5. Continuar con la implantación de sistemas de gestión por procesos en las diferentes oficinas de la FIBIO-HRC.	5.1. Identificación de las oficinas de la FIBIO-HRC potenciales en las que implantar un sistema de gestión por procesos.	2026-2030	Comisión de Calidad	Oficinas pendientes de implantar el sistema de gestión por procesos	Realizado
	5.2. Implantación del sistema de gestión por proceso en las oficinas pendientes	2026-2030	Comisión de Calidad y responsables de las oficinas de la FIBIO-HRC	Nº de oficinas nuevas con un sistema de gestión por procesos implantado	≥ 2
	5.3. Realización de seguimiento de los sistemas implantados	2026-2030 revisión anual	Comisión de Calidad y responsables de las oficinas de la FIBIO-HRC	Revisión anual del seguimiento del sistema	≥ 1/año por cada oficina
6. Mantener y mejorar los sistemas certificados de las unidades hasta ahora vigentes .	6.1. Apoyo a las unidades certificadas en caso de que sea necesario y así lo requieran para mantener sus certificaciones.	2026-2030	Comisión de Calidad y personal de cada una de las Unidades/Servicios certificados	Unidades certificadas que mantienen su certificación	≥ 4

	6.2. Adaptación de los sistemas a las nuevas versiones de la norma, cuando aplique	2026-2030	Comisión de Calidad y personal de cada una de las Unidades/Servicios certificados	% de Unidades/servicios que mantienen su certificado tras la adaptación	100%
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.	7.1. Revisión de los canales existentes y en caso necesario, generación de nuevos para poder dar asesoramiento y recibir feedback en cuestiones de calidad a los distintos miembros del IRYCIS.	2026-2030	Comisión de Calidad	Nº de canales de participación activos para dar asesoramiento y mantener feedback en cuestiones de calidad	≥ 2/año
	7.2. Verificación de la utilidad de los canales de participación.	2026-2030	Comisión de Calidad	% de usuarios de los canales de participación satisfechos	≥75%
8. Valorar la satisfacción de la participación de la Comisión de Calidad en los distintos grupos de interés.	8.1. Identificar los distintos grupos de interés relacionados con la Comisión de Calidad.	2026-2030	Comisión de Calidad	Listado de grupos de interés de la Comisión de Calidad actualizado.	Realizado
	8.2. Encuestar y analizar resultados obtenidos para conocer la satisfacción.	2026-2030	Comisión de Calidad	% de grupos de interés satisfechos con la participación de la Comisión de Calidad.	≥ 75%
9. Fomentar el desarrollo de acciones de mejora que permitan dar respuesta a las necesidades de nuestros grupos de interés y anticiparse a los cambios.	9.1. Identificar, desarrollar e implantar acciones de mejora en las actividades desarrolladas por el IRYCIS.	2026-2030	Comisión de Calidad	Nº de acciones de mejora implantadas	≥ 1

Anexo I (Indicadores)

5.1. Cronograma

Objetivo de calidad	Acción	2025	2026				2027				2028				2029				2030			
		anual	1 T	2 T	3 T	4 T	1 T	2 T	3 T	4 T	1 T	2 T	3 T	4 T	1 T	2 T	3 T	4 T	1 T	2 T	3 T	4 T
1. Definir el nuevo Plan de Calidad 2026-2030 y revisar la Política de Calidad	1.1. Elaboración participativa del nuevo plan																					
	1.2. Revisión y actualización de la Política de Calidad																					
	1.3. Aprobación formal y difusión institucional																					
2. Incluir la calidad como una parte fundamental dentro del nuevo Plan Estratégico del IRYCIS 2026-2030 y asegurar su cumplimiento	2.1. Participación en el diseño, planificación del nuevo Plan Estratégico																					
	2.2. Revisión y el seguimiento periódico del cumplimiento de este nuevo plan																					
3. Realizar el seguimiento del cumplimiento de los nuevos planes que formarán parte del nuevo Plan Estratégico del IRYCIS 2026-2030	3.1. Establecimiento de un formato común para todos los planes con unos anexos que faciliten el seguimiento del cumplimiento de los mismos																					
	3.2. Realización del seguimiento de los diferentes planes																					
4. Mantener la implantación y el seguimiento de sistemas de gestión por procesos en las UCAs y SCTs del IRYCIS.	4.1. Identificación de las unidades potenciales a implantar un sistema por procesos																					
	4.2. Implantación del sistema de gestión por proceso en las Unidades pendientes																					
	4.3. Realización de seguimiento de los sistemas implantados																					
5. Continuar con la implantación de sistemas de gestión por procesos en las diferentes oficinas de la FIBIO-HRC.	5.1. Identificación de las oficinas de la FIBIO-HRC potenciales en las que implantar un sistema de gestión por procesos.																					

[illegible]

6. Metodología y recursos necesarios para el desarrollo del plan: humanos y materiales

Para llevar a cabo el desarrollo de este plan se va a aplicar la siguiente metodología:

- Seguimiento a periodos establecidos de los indicadores, y por lo tanto consecución de cada una de las acciones planificadas.
- Reuniones periódicas de la Comisión de Calidad para, entre otras actividades, repasar el cumplimiento del plan.

Para asegurar el éxito de este plan se consideran necesarios los siguientes recursos:

Recursos humanos

- Miembros de la Comisión de Calidad.
- Apoyo de ambas direcciones, Instituto y Fundación.
- Colaboración del personal de las diferentes Unidades centrales de apoyo/Servicios para la implantación y mantenimiento de los sistemas de gestión por procesos.
- Colaboración de los responsables de cada uno de los planes que acompañan al Plan Atenea.

Recursos materiales

- Herramientas informáticas de seguimiento.
- Acceso a recursos web, página IRYCIS, correo STRATO.

7. Limitaciones y planes de contingencia

Se han identificado las siguientes **limitaciones**, que potencialmente pueden minimizar el logro o cumplimiento de los objetivos y sus acciones diseñadas en este plan:

- Disponibilidad limitada de recursos humanos. El equipo que forma la Comisión es personal altamente ocupado, con grandes niveles de responsabilidad en sus propios servicios, y varios perfiles colaborativos en distintos grupos de trabajo y comisiones, limitando así el tiempo disponible a destinar exclusivamente al desarrollo y cumplimiento de este plan.
- Resistencia al cambio en determinados entornos, que ha impedido o retrasado la implantación de ciertas acciones y desarrollo de las mismas.
- La progresiva implantación del modelo de calidad ha puesto de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando capacidades internas en esta materia, a fin de asegurar una aplicación más eficiente y homogénea de los procedimientos establecidos.

Planes de contingencia: - Priorización de objetivos críticos. - Reasignación temporal de recursos. - Refuerzo de la comunicación y formación interna.

Como planes de contingencia para reducir estas limitaciones se presentan los siguientes:

1. Limitación: Disponibilidad limitada de recursos humanos:

- Riesgo asociado: Retraso en la ejecución de acciones planificadas, sobrecarga de los miembros de la Comisión de Calidad y posible disminución del seguimiento sistemático y alcance de planificación establecida.
- Plan de contingencia:
 - Priorización de objetivos críticos:
Identificación de acciones críticas obligatorias frente a acciones complementarias.
Ajuste del cronograma en función de la disponibilidad real de recursos.
 - Planificación anticipada:
Distribución equilibrada de tareas entre los miembros de la Comisión.
 - Digitalización y simplificación de procesos:
Uso de herramientas colaborativas para reducir tiempos de reunión.
Estandarización de plantillas y documentos para optimizar el trabajo.

2. Limitación: Resistencia al cambio en determinados entornos

Riesgo asociado: Retraso en la implantación de sistemas, baja implicación de unidades y dificultad en la consolidación de criterios de calidad y consecución de objetivos. Además, se debe contemplar la posibilidad de obtener una negativa a la implantación de un sistema de gestión por procesos,

- Plan de contingencia:
 - Refuerzo de la comunicación interna.
 - Explicación clara de los beneficios y valor añadido de cada acción.
 - Presentación de resultados tangibles obtenidos en otras unidades.
 - Acompañamiento personalizado.
 - Seguimiento más frecuente en unidades con mayores dificultades.

3. Limitación: Necesidad de reforzar capacidades internas en gestión de calidad

- Riesgo asociado: Aplicación heterogénea de procedimientos, dependencia excesiva de la Comisión de Calidad y menor eficiencia en la implantación.
- Plan de contingencia
 - Elaboración de documentación común simplificada.
 - Mayor esfuerzo de acompañamiento y apoyo por parte de la Comisión de Calidad.

La Comisión de Calidad evaluará la necesidad de aplicar total o parcialmente estas medidas diseñadas.

8. Seguimiento, análisis de cumplimiento y cambios requeridos

Para la medida del desempeño, se han establecido diferentes indicadores que abarcan, de forma general, el resultado esperado de los objetivos planificados y sus acciones:

La metodología se ha fundamentado en los siguientes requisitos:

- Se ha establecido un criterio general de medición con un estándar para emitir una conclusión acerca del cumplimiento.
- Se ha determinado un plazo, a intervalos planificados, para el seguimiento y para la evaluación.
- Se ha establecido una evaluación global, con la participación de Dirección/Comisión de calidad como seguimiento del cumplimiento, y así poder identificar y poner en común las acciones que permitan la mejora, de modo integrador y en conformidad con la alineación estratégica que define el Instituto.

En los casos en los que los resultados previstos incumplan el estándar planteado inicialmente, se analizarán las causas para diseñar y consensuar acciones, que puedan consistir en acciones de mejora y/o acciones reorientativas (cuando no hayamos sido realistas con la planificación). Estas acciones se implementarán considerando todas las herramientas precisas (información, reuniones dentro del grupo o en colaboración con otros grupos de interés, según el caso).

En consideración y coherencia con el punto anterior, los cambios sustanciales que se hayan producido, resultado del análisis, podrán generar una nueva versión del plan, al menos, en función de los siguientes parámetros:

- Desviación de los objetivos, y/o indicadores establecidos.
- Falta de coherencia con el propósito del Instituto o los objetivos generales de éste.
- Un cambio en los requisitos que impacte en el desarrollo o enfoque de los objetivos.

Anexo II (Acciones de mejora)

9. Comunicación interna y externa

Con el objetivo de sistematizar la comunicación y la transferencia de la información, se ha definido un Plan de Comunicación Interna y Externa, que permita identificar, habilitar, difundir y gestionar de modo eficiente la necesidad de conocer la información que resulte pertinente en el desarrollo de este plan.

En este ejercicio se habilitan los siguientes canales de participación:

La comunicación interna entre los miembros de la comisión se establece principalmente vía mail, telefónica, y en reuniones presenciales, mínimo 2 veces al año, y de forma extraordinaria las veces que se consideren necesarias.

De todas las reuniones presenciales que realice la Comisión se elaborará un acta recogiendo los participantes, temas tratados, acuerdos establecidos, y documentación revisada.

En cuanto a la comunicación externa, se han establecido diferentes canales de comunicación:

- página web donde está disponible la Política de calidad y el Plan de calidad.
- correo electrónico con dominio STRATO específico para la Comisión de Calidad.
- teléfono de cada uno de los Servicios/Unidades de los miembros de la Comisión.
- seminarios/formación/etc.
- reuniones establecidas para verificar el cumplimiento de diferentes aspectos del instituto.

I 0. Referencias

- Plan Estratégico 2026-2030.
- Política de Calidad vigente.
- Normas ISO aplicables.
- Memoria Final del Plan de Calidad 2021-2025.
- Guía de acreditación Institutos.