



# Manual de gestió de la qualitat

ISO 9001:2015

Versió 07

Data: octubre 2017



**Col·legi Oficial d'Infermeres/rs de Girona**

Mitjançant aquest manual, la Direcció defineix els fonaments, estructura i directrius del sistema de gestió de qualitat (SGQ). Per tant, aquí es descriu la metodologia per al desenvolupament, implementació i millora de l'eficàcia del sistema de gestió de la qualitat i, com a conseqüència d'això, del servei de presta.

<b>Revisat</b>	<b>Motiu revisió</b>	<b>Aprovat</b>
M. Àngels Pérez	-Especificació del tracte d'acció preventiva i correctiva. Apartat 6.3	Junta de Govern 7 de setembre de 2015
M. Àngels Pérez	Adaptació a la Norma ISO 9001:2015 Especificació de les exclusions de la Norma Incorporació dels apartats: "Riscos i oportunitats", "Comunicació d'aspectes relacionats amb el SGQ", "Gestió del coneixement" i adequació de l'apartat "Seguiment i revisió per la direcció"	Junta de Govern 6 de novembre 2017

# Manual de gestió de la qualitat

## Contingut

<b>1. ELEMENTS GENERALS DEL SISTEMA DE GESTIÓ DE QUALITAT (SGQ).....</b>	<b>2</b>
1.1. Abast del SGQ.....	2
1.2. Exclusions de la norma ISO 9001:2015 .....	2
1.3. Visió de la organització .....	2
1.4. Política i objectius de la qualitat .....	3
1.5. Enfocament basat en processos.....	4
1.6. Riscos i oportunitats.....	5
1.7. Comunicació d'aspectes relacionats amb el SGQ.....	5
<b>2. COMPLIMENT DELS REQUISITS RELACIONATS AMB EL SERVEI .....</b>	<b>6</b>
2.1. Determinació dels requisits relacionats amb el servei:.....	6
2.2. Control del compliment dels requisits.....	6
2.3. Gestió d'incidències del servei .....	7
2.4. Percepció dels col·legiats sobre el compliment de los requisits.....	8
<b>3. GESTIÓ DEL PERSONAL .....</b>	<b>10</b>
3.1. Organigrama.....	10
3.2. Definició de funcions, responsabilitats i competències necessàries .....	10
3.3. Dotació de competència necessària al personal .....	10
3.4. Gestió del coneixement .....	11
<b>4. GESTIÓ DE PROVEÏDORS .....</b>	<b>12</b>
4.1. Tipologia de proveïdors amb impacte sobre la qualitat del servei.....	12
4.2. Selecció i avaluació de proveïdors .....	12
4.3. Gestió d'incidències amb els proveïdors.....	12
<b>5. GESTIÓ DE LA DOCUMENTACIÓ DEL SGQ.....</b>	<b>13</b>
5.1 Documentació del SGQ .....	13
5.2 Identificació dels documents .....	13
5.3 Emissió i revisió dels documents.....	13
5.4 Control dels registres .....	14
5.5 Protecció de la informació .....	14
<b>6. ANÁLISIS I MILLORA CONTINUA DEL SGQ.....</b>	<b>15</b>
6.1 Auditories internes del SGQ.....	15
6.2 Seguiment i revisió per la direcció del SGQ.....	15
6.3 Millora del SGQ .....	16

## 1. ELEMENTS GENERALS DEL SISTEMA DE GESTIÓ DE QUALITAT (SGQ)

### 1.1. Abast del SGQ

L'abast del sistema de gestió de qualitat són els serveis que ofereix el col·legi.

Els serveis oferts són els següents:

- representació institucional i gestió de comissions.
- gestió col·legial.
- orientació laboral.
- formació.
- assessorament al professional.
- atenció al col·legiat.

El sistema de gestió de la qualitat s'ha dissenyat en base als requisits de la norma ISO 9001:2015 (Sistemes de Gestió de la Qualitat).

### 1.2. Exclusions de la norma ISO 9001:2015

Queda exclòs el requeriment de la norma ISO 9001:2015 corresponent a l'apartat 8.3 Disseny y desenvolupament dels productes i serveis i 7.1.5 Recursos de seguiment i medicació ja que el Col·legi d'Infermers/eres de Girona no dissenya els serveis que presta ni disposa d'equips de seguiment i medicació.

### 1.3. Visió de la organització

La nostra visió es ser una entitat referent en la defensa dels interessos professionals dels col·legiats infermers/eres de la província de Girona i un agent actiu que vetlla per l'evolució de futur de la professió infermera.

Sabrem que som referents en la defensa dels interessos professionals dels col·legiats infermers/eres si:

- Tenim sol·licituds d'utilització dels serveis col·legials per part del col·legiat (borsa de treball, assessorament etc.).
- Es demanda, per part d'entitats/institucions, la participació del col·legi en activitats relacionades amb el sector sanitari.
- Hi ha participació activa dels col·legiats en les activitats col·legiats (ex. Assemblea general).

Sabrem que som agents actius que vetllem per l'evolució de futur de la professió infermera si:

- Si disposem de coneixement sobre el marc normatiu que afecta a la professió infermera i apliquem/difonem aquest marc normatiu al col·legiat.
- Participem activament en el disseny de les polítiques sanitàries.
- Participem activament en el disseny dels plans d'estudi de la professió infermera.
- Participem activament en el disseny de les polítiques laborals i de creixement professional.
- Tenir infermers/eres altament capacitades a la província de Girona.

Els nostres factors clau d'èxit són:

- Visibilitat al col·legiat, institucions del sector i societat.
- Disposar d'una estratègia comunicativa activa.

- Accessibilitat al col·legiat.
- Oferta formativa innovadora per a la practica infermera.
- Potenciar el sentiment de pertinença al col·lectiu infermer per part dels col·legiats.

#### 1.4. Política i objectius de la qualitat

La política de qualitat fixa les directrius fonamentals per definir i garantir la qualitat dels nostres serveis, així com el compliment dels requeriments legals i està orientada a la satisfacció de les necessitats dels col·legiats amb vocació de millora continua.

Aquestes directrius són les següents:

- Garantir la representació del posicionament i la defensa del col·lectiu infermer a l'entorn mitjançant el treball de les comissions i junta de govern del col·legi i garantir que la informació sobre l'estat d'aquesta representació arriba als col·legiats.
- Mantenir informat al col·legiat sobre temes del seu interès i d'afectació al col·lectiu infermer.
- Garantir la confidencialitat i protecció de les dades dels nostres col·legiats, així com vetllar pel compliment de l'Estatut del Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona.
- Garantir una atenció caracteritzada pel tracte cordial, el rigor, l'agilitat i la professionalitat i donar una resposta ràpida al col·legiat davant la petició de servei.
- Disposar dels expedients col·legials i dels registres de formació complets, arxivats i amb la informació actualitzada.
- Garantir la fiabilitat de la informació proporcionada davant la demanada d'un col·legiat.
- Contribuir a la inserció laboral dels col·legiats assessorant-los mitjançant el servei d'orientació laboral, posant a disposició la informació, de manera clara i actualitzada, d'aquelles ofertes i demandes de feina destinades al col·lectiu d'infermers/eres i facilitant el contacte entre el col·legiat i l'empresa.
- Proporcionar una oferta formativa adaptada a l'interès del col·legiat, aplicable al seu lloc de treball i accessible en terme d'horaris.
- Desenvolupar una activitat formativa que garanteixi la competència dels docents, l'adequació dels espais pedagògics i la proporció d'una adequada documentació de suport per l'alumne.

La política de qualitat estableix un marc de referència per l'establiment dels objectius de qualitat.

Els objectius de cadascun dels serveis queden desplegats mitjançant indicadors (veure "Taula d'Indicadors").

Quan es requereixi s'establiran accions de millora per promoure l'assoliment dels objectius establerts.

La Direcció revisa anualment la política i els objectius de la qualitat per tal de garantir la seva adequació, així com periòdicament procedeix al seguiment i compliment dels objectius de qualitat per conèixer el seu nivell de consecució (veure apartat "6.2 Seguiment i revisió per la direcció del SGQ").

## 1.5. Enfocament basat en processos

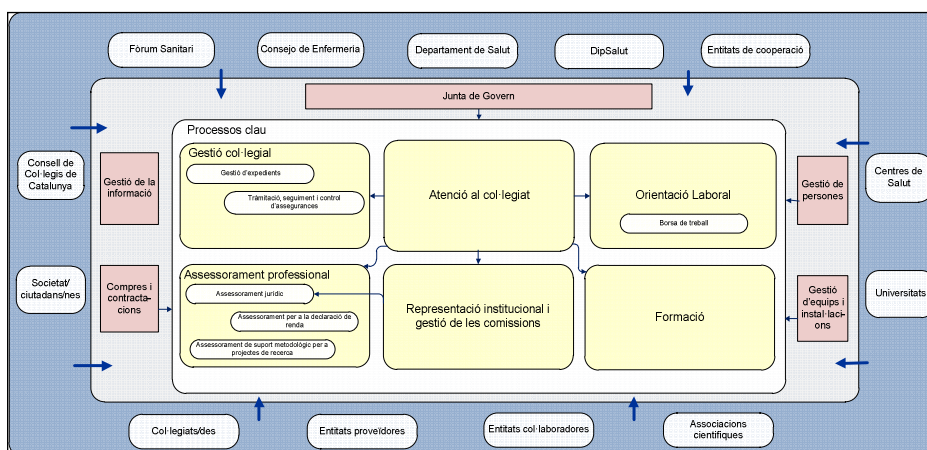
Els sistema de gestió de qualitat s'ha establert en base a un enfocament basat en processos.

Això implica determinar els processos necessaris pel sistema de gestió de qualitat, així com la seva seqüència i interacció, i els criteris i mètodes per garantir l'eficàcia de la seva operació i control.

També requereix assegurar la disponibilitat dels recursos i informació necessaris per la seva operació i seguiment, així com el seu anàlisi i la implementació de les accions per tal d'aconseguir resultats planificats i la seva millora continua.

### 1.5.1 Mapa de processos

El següent esquema mostra gràficament els processos clau dels sistema de gestió de qualitat, que són aquells que tenen incidència directe en la qualitat del nostre servei i en la percepció del col·legiat sobre la nostra capacitat de complir amb els requisits:



### 1.5.2 Planificació i documentació dels processos

Els processos de prestació del servei es planifiquen i documenten mitjançant la "Fitxa de diagramació de procés", on s'identifiquen, estructuren i detallen les activitats que componen els processos, assignant les responsabilitats vinculades.

La Fitxa de diagramació de procés també incorpora un diagrama del procés, en el que es detallen les entrades, les sortides del procés i els responsables de les activitats. Aquest diagrama determina detalladament la seqüència i interacció entre les activitats del procés, així com la interacció amb altres processos i elements externs.

### 1.5.3 Seguiment i anàlisi dels processos

Amb la finalitat d'aconseguir els resultats planificats i la millora continua, periòdicament es realitzen accions de seguiment i anàlisi dels processos (veure apartat "6.2 Seguiment i revisió per la direcció del SGQ").

El seguiment i anàlisi dels processos es completa amb aspectes tals com:

- Seguiment d'indicadors i objectius
- Revisió de la documentació del procés

- Anàlisi d' incidències internes i externes.
- Seguiment de l'efectivitat de les accions de millora implantades.
- Noves propostes de millora.

Com a resultat del seguiment i anàlisi pot determinar-se la necessitat d'implementar accions de millora (veure apartat "6.3. Millora del SGQ").

## 1.6. Riscos i oportunitats

La planificació del SGQ determina els riscos i oportunitats necessaris a abordar per tal d'assegurar que el SGQ pugui assolir els resultats previstos, augmentar els efectes desitjables, preveure o reduir efectes no desitjats i assolir la millora.

Per tal d'identificar aquests riscos i oportunitats, es realitza una anàlisi de:

- Comprensió de l'organització i del seu context: anàlisi que es realitza anualment mitjançant l'elaboració d'un DAFO
- Comprensió de les necessitats i expectatives de les parts interessades: s'identifiquen els grups d'interès com aquelles persones, grups, col·lectius o organitzacions que es veuen afectades de forma directa o indirecta per les activitats o decisions de l'organització i que són pertinents al seu SGQ. S'indica per a cada grup d'interès els requisits, necessitats i expectatives. S'inclouen, sota el concepte de requisits, tots els aspectes legals i/o contractuals que l'organització estigui obligada a complir. Anualment, es revisa el grau d'acompliment de les requisits, necessitats i expectatives dels diferents grups d'interès i es determinen riscos i oportunitats a abordar arrel d'aquest anàlisi (veure document "*Grau d'acompliment dels requisits, necessitats i expectatives dels grups d'interès*").
- Riscos de procés: s'identifiquen els riscos de procés, s'avaluen anualment (veure document "*Identificació, avaluació i abordament de riscos per procés*").

Per a les oportunitats i per aquells riscos que es considerin no acceptables, es defineixen les accions necessàries per poder abordar-les. Aquestes accions queden especificades a la Taula d'Accions de millora des de on es realitza seguiment periòdic.

## 1.7. Comunicació d'aspectes relacionats amb el SGQ

S'ha definit quins aspectes referents al SGQ s'han de comunicar i a qui. En concret per cada aspecte a comunicar s'han definit el següent:

- Que comunicar.
- Quan comunicar.
- Responsables de comunicar.
- Receptors de la comunicació.
- Suport de comunicació.

En el document "*Pla de comunicació del SGQ*" queda detallada la informació concreta.

## 2. COMPLIMENT DELS REQUISITS RELACIONATS AMB EL SERVEI

### 2.1. Determinació dels requisits relacionats amb el servei:

A continuació es detallen els requisits bàsics relacionats amb l'exercici del col·legi:

- Els requisits dels col·legiats així com els establerts per la pròpia organització queden recollits a la política de qualitat (veure apartat "1.3 Política i objectius de la qualitat").
- Els requisits normatius: queden establerts en els Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona.

### 2.2. Control del compliment dels requisits

Per tal de garantir els compliment dels requisits de qualitat es realitzen els següents controls:

#### Sistemàtiques de control específiques:

- **Control i revisió de tràmits col·legials:** Es disposa d'un registre on consten les altes, baixes, trasllats i jubilacions col·legials i periòdicament el secretari de la junta fa revisió. Mensualment, es presenten en una reunió de junta els moviments per a la seva aprovació.
- **Control d'impagaments:** Periòdicament la tesorera de la junta fa revisió i realitza control d'impagaments col·legials i en el moment en que es considerà oportú s'envien a tràmit judicial.
- **Audit d'expedients col·legials:** Anualment, es realitza una auditoria d'expedients col·legials per tal de garantir que consten complerts amb tota la informació requerida.
- **Control d'assegurances contractades:** Es disposa d'un registre de les assegurances contractades per part dels col·legiats i dels impagaments d'aquestes que periòdicament es revisa i actualitza.
- **Formacions acreditades per CCFPCS (Consell Català de Formació Continuada de Professions Sanitàries):** Totes les formacions realitzades per part del Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona són acreditats per CCFPCS.
- **Control dels recursos pedagògics:** Es disposa d'un registre on consten els cursos planificats i la sala pedagògica que tenen assignada. Aquest registre es revisa i actualitza periòdicament.
- **Audit d'expedients de formació:** Anualment, es realitza una auditoria dels expedients de formació per tal de verificar que consta la informació complerta i actualitzada.
- **Revisió de les comissions:** Com a mínim cada 4 anys es realitza una revisió de les comissions i es determina quines es mantindran, eliminaran i/o s'afegiran.
- **Revisió d'objectius de les comissions:** Anualment, es realitza una revisió dels objectius de les comissions.
- **Recull en la memòria de les representacions institucionals realitzades:** Anualment, es realitza una revisió de les actuacions de representació institucional realitzades. Aquestes actuacions queden recollides en la memòria.
- **Arxiu d'informació col·legial:** Es disposa d'un arxiu amb informació sobre el col·lectiu infermer com a recurs per atendre les demandes d'informació que realitzen els col·legiats.

- **Revisió i actualització de les ofertes de treball de la web:** Periòdicament, es realitza una revisió de l'apartat borsa de treball de la web per tal de garantir que les ofertes consten actualitzades.
- **Revisió de l'estat dels projectes d'assessorament:** Periòdicament, es realitza control i seguiment de l'estat dels projectes d'assessorament professional (jurídic, assessorament laboral, per a la declaració de renda i econòmic). Anualment, també es presenta una memòria amb les actuacions realitzades.
- **Revisió i avaluació programa DePas:** anualment es realitzarà control i seguiment del programa avaluant la seva eficàcia. Es presenta una memòria anual amb el nombre de casos atesos i altres actuacions realitzades.

#### Sistemàtiques de control generals:

- **Grau d'assoliment d'objectius interns:** per tal de garantir l'assoliment dels objectius interns, periòdicament es revisa el grau de consecució de cadascun dels indicadors i es defineixen accions si es considera oportú.

Els indicadors constitueixen una bona eina per a mesurar la qualitat i han estat dissenyats tenint en compte els paràmetres de qualitat de cadascun del servei.

- **Satisfacció del col·legiat;** l'organització recull les queixes i reclamacions de les persones ateses i periòdicament realitza enquestes de satisfacció per tal d'adequar el servei als seus requeriments i veure en quin grau es compleixen. Si esdevé es defineixen noves accions per tal de garantir el compliment dels requisits.
- **Satisfacció dels grups d'interès (associacions, centres sanitaris) ;** l'organització recull realitza enquestes de satisfacció per tal d'adequar el servei als seus requeriments i veure en quin grau es compleixen. Si esdevé es defineixen noves accions per tal de garantir el compliment dels requisits.
- **Auditories internes i de certificació:** periòdicament es realitzen revisions del sistema de gestió de qualitat.
- **Sistemàtica de recollida de no conformitats de servei:** l'organització ha definit les tipologies de no conformitats de serveis que es poden produir i ha implantat mètode de registre i anàlisi de les no conformitats detectades. Arrel de l'anàlisi, si esdevé es defineixen noves accions per tal de garantir el compliment dels requisits.
- **Auditories LOPD:** Bianualment, es realitzen auditories de LOPD.
- **Garantir la coneixença de la legislació aplicable:** Per tal de garantir que el Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona té coneixença de la legislació que aplica, es disposa d'assessors i periòdicament es rep informació del Consell Català i del propi Departament de Salut

### 2.3. Gestió d'incidències del servei

Les incidències internes són aquelles que són detectades per la pròpia organització, mentre que les incidències externes (queixes i reclamacions) són aquelles detectades pel col·legiat.



### 2.3.1 Incidències internes

Les incidències internes i el seu seguiment queda registrat a la "Taula d'Incidències", menys en el cas de que es tractin d'incidències relacionades amb el servei d'assessorament jurídic que queden registrades a la "Taula de Seguiment de Projectes d'Assessorament Jurídic".

Periòdicament s'analitzen les dades obtingudes amb la finalitat de detectar oportunitats de millora ("veure apartat "6.3, Millora del SGQ").

### 2.3.2 Queixes i reclamacions

Els/les administratius/ves és el personal encarregat de gestionar les queixes, reclamacions i suggeriments dels col·legiats.

Els col·legiats poden realitzar una queixa, reclamació i/o suggeriment contactant via telèfon, via e-mail i/o via web.

El Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona disposa de formats específics disponibles a la web i a les oficines del col·legi per a que el col·legiat complimenti en cas de que tingui una queixa i/o reclamació formal a realitzar.

Per a totes les queixes, reclamacions i/o suggeriments s'assigna un responsable, que és qui s'encarregarà de realitzar les accions necessàries (comunicació amb parts implicades, resposta al col·legiat,...) per tal de procedir a tancar la queixa.

Les queixes, reclamacions, suggeriments i/o agraïments orals queden registrats a la "Taula de Queixes, Reclamacions, Suggeriments i Agraïments", menys les que fan referència al servei d'assessorament jurídic que queden registrades a la Taula de Seguiment de Projectes d'Assessorament Jurídic".

Periòdicament s'analitzen les dades obtingudes amb la finalitat de detectar oportunitats de millora (veure apartat "6.3 Millora del SGQ").

## 2.4. Percepció dels col·legiats i grups d'interès sobre el compliment de los requisits

A continuació es descriuen les metodologies establertes per tal de recollir la percepció de les persones ateses a cadascun dels serveis:

El principal instrument utilitzat per obtenir feed-back són les enquestes de satisfacció.

Amb aquestes enquestes es pretén revisar i conèixer la qualitat dels serveis des del punt de vista de les persones que el reben, amb la finalitat de poder corregir i millorar la prestació del servei.

Es passen diferents enquestes per tal de valorar els diferents serveis:

- Els serveis d'assessorament jurídic i de realització de la declaració de la renda anualment passen una enquesta, via internet, a aquells col·legiats que han utilitzat els serveis.
- El servei d'assessorament metodològic per a projectes de recerca passa una enquesta, via internet, en el moment de finalització del servei a aquells col·legiats que han utilitzat el servei.
- El servei de formació passa una enquesta als col·legiats que han utilitzat el servei l'últim dia de formació.

- El servei d'orientació laboral passa una enquesta als col·legiats que han fet ús d'aquest servei. Aquesta enquesta s'administra de forma personalitzada a la seu col·legial un cop ha finalitzat l'atenció del servei.
- Per tal de valorar l'atenció als col·legiats en general, la representació institucional i la gestió de comissions així com els serveis de gestió col·legial (gestió d'expedients i tramitació seguiment i control d'assegurances) i borsa de treball es realitza una enquesta anual que s'envia via internet a tots els col·legiats.
- Per valorar l'atenció a les associacions científiques i centres sanitaris respecte les sol·licituds rebudes

Un cop a l'any es realitza un estudi de les dades obtingudes, amb la finalitat de detectar oportunitats de millora (veure apartat "6. Anàlisi i Millora del SGQ").

### 3. GESTIÓ DEL PERSONAL

#### 3.1. Organigrama

El personal s'estructura segons el següent organigrama:

- **Presidenta:** Carme Puigvert Vilalta
- **Vicepresidenta (substitueix presidenta):** Cristina Montero Parés
- **Secretària:** Lluïsa Colon Moreno
- **Tresorera:** Alícia Rey Miguel
- **Vocal 1ª:** Montserrat Jover Mallol
- **Vocal 2ª:** Margarita Puigvert Vilalta
- **Vocal 3ª:** M<sup>a</sup> Àngels Pérez García
- **Vocal 4ª:** Margarida Franch Ferrer
- **Vocal 5ª:** Pere Roura Martí
- **Vocal 6ª:** Francesca Abulí Picart
- **Vocal 7ª:** Sílvia Bardalet Viñals
- **Oficial administrativa 1ª:** Ester Ayala Estrella
- **Oficial administrativa 2ª:** Esther de Benialbo Cardona
- **Oficial administrativa 2ª:** Joana Pérez Garcia
- **Responsable de neteja:** Asisgrup

#### 3.2. Definició de funcions, responsabilitats i competències necessàries

Les competències i les funcions i responsabilitats del personal, vinculades al desenvolupament de la seva activitat, es defineixen a la "Fitxa de competències dels llocs de treball" i "Fitxa de Tasques del lloc de treball" (veure "Fitxa de competències dels llocs de treball" i "Fitxa de tasques dels llocs de treball" de cadascun dels llocs de treball).

La Presidenta és la representant de la Direcció responsable de vetllar pel bon desenvolupament del sistema de gestió de qualitat, així com de sensibilitzar al personal sobre la importància de complir amb els requisits.

#### 3.3. Dotació de competència necessària al personal

L'organització realitza formació per tal de garantir la competència dels professionals.

La recollida de les necessitats de formació, així com l'avaluació de l'eficàcia de les activitats formatives realitzades es realitza mitjançant una reunió anual.

Per a la valoració de la formació i recollida de les necessitats formatives dels professionals (administratius/ves i informàtic/a), la presidenta i un/a responsable de formació realitzen una reunió amb cada professional.

Per a la valoració de la formació i recollida de les necessitats formatives de les Comissions, es realitza una reunió on hi assisteixen tots els membres de la Comissió.

La metòdica emprada per tal de realitzar aquestes reunions és la següent:

- Recull, abans de la realització de la reunió, del llistat de formacions que s'ha realitzat al llarg de l'any.
- Avaluació de la eficàcia de la formació realitzada al llarg de l'any.
- Detecció de necessitats formatives.

Tant l'avaluació de l'eficàcia de les accions formatives com la detecció de necessitats formatives queda especificat en el "Registre d'avaluació i detecció de necessitats formatives".

Els registres d'avaluació i detecció de necessitats formatives complimentats és passen a la Junta.

La Junta és l'òrgan responsable d'aprovar la formació. Aquesta valorarà també si cal emprendre alguna acció formativa complementària per tal de contribuir al compliment dels objectius del col·legi.

La formació a portar a terme i la informació corresponent quedarà registrada en el "Pla de Formació".

### **3.4. Gestió del coneixement**

La Institució disposa de diverses eines per tal de gestionar el seu coneixement. En concret es disposa del següent:

- Pàgina web de l'Institució on consta tota la informació sobre aspectes col·legials on les administratives accedeixen en cas de que hagin de resoldre dubtes i/o informar al col·legiat.
- Definició de referents per temàtiques de coneixement.
- Formació, identificació de necessitats formatives així com avaluació de la formació.

## 4. GESTIÓ DE PROVEÏDORS

### 4.1. Tipologia de proveïdors amb impacte sobre la qualitat del servei

Els principals proveïdors amb impacte sobre la qualitat del servei són:

- Consultoria de màrqueting i disseny.
- Servei informàtic i de telecomunicacions.
- Assessorament en l'aplicació de la LOPD.
- Impremta del butlletí i revista col·legial.
- Enviament massiu de correspondència col·legial.
- Riscos laborals.
- Assessorament jurídic (subcontractació).
- Assessorament pels suport metodològic per a projectes de recerca (subcontractació).
- Assessorament per a la realització de la declaració de renda (subcontractació).

### 4.2. Selecció i avaluació de proveïdors

Des de Junta, s'estableixen contractes amb les diferents entitats proveïdores i en aquests queden especificats els requisits de servei i els compromisos del proveïdor.

Els criteris de selecció i avaluació de proveïdors queden especificats a la "Fitxa d'Avaluació de Proveïdor" (veure apartat criteris de selecció del "Registre d'Avaluació de Proveïdors") i/o a la "Fitxa de Competències del Lloc de Treball" en el cas de que es tracti d'una subcontractació.

Anualment, es realitza una avaluació dels proveïdors sobre cadascun dels criteris d'avaluació del servei establerts i/o una avaluació del servei, en cas de que es tracti d'una subcontractació. En aquesta avaluació, s'especifica si l'empresa proveïdora/subcontractada és apte o no per a seguir treballant amb l'organització (veure apartat avaluació del proveïdor del "Registre d'Avaluació de Proveïdors").

### 4.3. Gestió d'incidències amb els proveïdors

Les incidències de proveïdors detectades es registren a l'apartat "Taula d'Incidències" del registre d'Avaluació de Proveïdors.

Les incidències de les subcontractacions detectades es registren a la "Taula d'Incidències", menys les que fan referència al servei d'assessorament jurídic que es registren a la "Taula de Seguiment de Projectes d'Assessorament Jurídic".

Aquest registre d'incidències, permet disposar d'informació relativa a la capacitat del proveïdor de complir amb els requisits establerts, així com avaluar-lo (veure apartat "4.2. Selecció i avaluació de proveïdors").

## 5. GESTIÓ DE LA DOCUMENTACIÓ DEL SGQ

### 5.1 Documentació del SGQ

El sistema de gestió de qualitat està documentat per tal de garantir una eficient implementació i per evidenciar el seu correcte funcionament.

La documentació del sistema de gestió de qualitat inclou:

- **Manual de gestió de qualitat:** document que estableix les principals directrius per a la gestió de la qualitat, especifica l'abast del sistema de gestió de qualitat, incloent els detall i justificacions de les exclusions de la norma ISO 9001:2015, la declaració documentada de la política de qualitat, una descripció entre la interrelació dels processos del sistema de gestió de la qualitat, els procediments documentats requerits per la norma ISO 9001:2015 i una referència a altres documents i registres del sistema de gestió de qualitat.
- **Fitxes de diagramació de servei:** documents on s'identifiquen, structuren i detallen les activitats que componen els processos, assignant les responsabilitats vinculades.
- **Procediments, protocols i guies:** estableixen la metodologia d'actuació i les responsabilitats en una o més activitats de l'organització.
- **Formats:** són documents destinats a ser omplerts i generar evidències de fets.
- **Registres:** proporcionen evidències del funcionament de l'organització.

### 5.2 Identificació dels documents

Els criteris per identificar els documents de nova generació o revisats són els següents:

- Els documents han d'identificar-se amb títol, que ha de definir inequívocament el document i els seu contingut.
- També ha d'identificar-se la versió del document mitjançant la seva data d'emissió, i si esdevé, amb el número de versió ("vs.01" per la primera versió, augmentant-la correlativament cada vegada que es revisi el document).
- Sempre que es pugui, els documents s'han de paginar tractant d'identificar el número total de pàgines del document (pàgina x de y).

### 5.3 Emissió i revisió dels documents

Qualsevol persona de l'organització pot determinar la necessitat d'elaborar un nou document o de revisar un document existent (per a garantir la vigència dels continguts de la documentació es determina revisar-la amb una periodicitat mínima trianual).

Les propostes de documentació es presenten a junta de govern on és determinada la seva aprovació.

Seguidament, es penja el document al servidor i/o web.

Els documents obsolets queden identificats com a tal per tal d'evitar el seu ús indegut.

Els formats de documentació utilitzats en el sistema de gestió de qualitat, tenen el mateix tractament que la resta de documents pel que fa a la seva emissió, revisió i identificació.

#### 5.4 Control dels registres

Els registres han de custodiar-se de forma endreçada en carpetes informàtiques o físiques perfectament identificades, per tal de garantir els seu fàcil accés, i en un tipus de suport que garanteixi la seva protecció i conservació.

Els registres han de guardar-se com a regla general durant al menys 3 anys, amb excepció dels següents:

- **Registres relacionats amb entitats públiques:** es guardaran indefinidament.
- **Registres relatius al expedient del personal de la empresa:** es guardaran fins que hagin transcorregut 2 anys des de la baixa de la persona implicada.

Qui genera registres en suport paper és el responsable del seu correcte arxiu i custòdia, mentre que l'informàtic és qui garanteix la conservació dels registres en suport informàtic (veure "5.5 Protecció de la informació").

#### 5.5 Protecció de la informació

L'accés al PC està restringit mitjançant login i password, i cada usuari informàtic disposa d'uns privilegis definits que permeten accedir únicament a les dades i recursos del fitxer que precisa per al desenvolupament de les seves funcions.

La conservació de les dades es garanteix mitjançant la disposició d'antivirus i l'elaboració de còpies de seguretat del servidor (es realitzen amb una periodicitat diària) amb la finalitat de garantir al màxim la seva seguretat i integritat.

El responsable de realitzar còpies de seguretat de la informació en suport informàtic és l'informàtic.

## 6. ANÀLISIS I MILLORA CONTINUA DEL SGQ

### 6.1 Auditories internes del SGQ

Anualment es realitza una auditoria interna del sistema de gestió de la qualitat en base a la normativa ISO 9001:2008, amb l'objectiu de verificar la seva conformitat, la seva implantació i l'efectivitat del seu manteniment.

Correspon a la Direcció, planificar la data de l'auditoria i el seu abast, garantint que cada 3 anys s'hagi auditat la totalitat de l'organització. També correspon a la Direcció designar a l'auditor, que pot ser personal propi o subcontractat. En qualsevol cas, l'auditor ha de reunir uns coneixements tècnics suficients sobre l'àrea a auditar, i es necessari que tingui coneixements específics sobre les normes de gestió de qualitat aplicables, i també sobre auditories.

La metodologia d'execució de l'auditoria consisteix en la revisió de la documentació del sistema de gestió, la verificació dels registres establerts i entrevistes de l'auditor amb membres de cada procés/departament auditat.

Els auditors han de tractar d'identificar no conformitats en el sistema gestió de qualitat; es a dir, desviacions respecte al compliment dels requisits aplicables, ja siguin requisits contemplats en la norma de referència o be en els propis procediments de treball de l'organització.

L'auditat ha de posar a disposició de l'auditor els mitjans necessaris per a l'auditoria, facilitar l'accés a les instal·lacions i documents rellevants, i cooperar amb l'auditor per assegurar l'èxit de l'auditoria.

L'informe de l'auditoria és el producte acabat que l'auditor subministra a la Direcció, qui decidirà la distribució posterior d'aquest. En aquest informe s'han d'incloure tant les no conformitats detectades, com les àrees de millora, així com les conclusions de l'auditor referents al estat en la que s'ha trobat l'àrea auditada.

Una vegada entregat l'informe, l'auditoria es dona per acabada, la Direcció procedeix a l'anàlisi dels resultats obtinguts (veure apartat "6.2. Seguiment i revisió per la direcció del SGQ") i si correspon s'emprenen accions de millora (veure apartat "6.3. Millora del SGQ").

### 6.2 Seguiment i revisió per la direcció del SGQ

El sistema de seguiment del sistema de gestió de la qualitat es fonamenta en reunions de seguiment amb una periodicitat trimestral aproximadament.

La revisió per la direcció del sistema de gestió de la qualitat es realitza anualment mitjançant reunions en les que es tracten els següents temes:

- Canvis i qüestions internes i externes que puguin afectar al sistema de gestió de la qualitat.
- Revisió de la política de qualitat i de la consecució dels objectius de qualitat i indicadors.
- Resultats d'Auditories internes i externes.
- Avaluació global dels processos (anàlisi d'indicadors, anàlisi d'incidències internes i de col·legiats, anàlisi de la satisfacció del col·legiat i valoració del desenvolupament dels processos).
- Valoració del grau de compliment dels requeriments, necessitats i expectatives de les parts interessades



- Anàlisi d'agraïments, queixes i reclamacions.
- Avaluació dels proveïdors.
- Eficàcia esta i seguiment d'accions de millora en procés.
- Adequació i necessitats de recursos.
- Riscos i oportunitats
- DAFO
- Objectius a assolir i recomanacions per a la millora.

Tant les reunions de seguiment com la revisió per la direcció generen una acta.

Quan es requereix i es considera oportú, fruit de l'anàlisi de l'informació, s'emprenen accions de millora (veure apartat "6.3. Millora del SGQ").

### 6.3 Millora del SGQ

Quan es determina establir una acció de millora, aquesta es registra a la "Taula d'Accions de Millora" especificant, entre d'altres coses, el responsable i el termini de la seva execució.

Les accions de millora poden ser accions correctives o preventives. Les accions correctives són aquelles que es duen a terme per a eliminar les causes de les no conformitats amb la finalitat de prevenir que tornin a ocórrer. Les accions preventives són les que es defineixen per eliminar les causes de les no conformitats potencials per prevenir que es puguin dur a terme.

Les accions de millora poden originar-se arrel dels següents supòsits:

- Resultats de les reunions de seguiment o revisió per la direcció
- Resultats de les auditories internes i/o externes
- Resultats de les de les enquestes i de les queixes i reclamacions dels col·legiats.
- Incidències internes.
- Incidències de proveïdor.
- Propostes de millora del personal.

La "Taula d'Accions de Millora", possibilita un control i seguiment de les accions de millora acordades, tant si són correctives com preventives, per mitja de la anotació dels pertinents comentaris de seguiment (anotant la data en la que es registra el comentari de seguiment). Aquest seguiment es realitza periòdicament en les reunions de seguiment i de revisió per la direcció.

El responsable designat per implantar les accions de millora, pot contar amb la col·laboració de les persones que cregui més adequades i pot, a la vegada, delegar les tasques a realitzar, però no pot delegar la responsabilitat final de la implantació.

Abans de donar per tancada qualsevol acció proposada, la Junta verifica tant la seva execució com la seva efectivitat i es deixarà constància de la seva eficàcia a la "Taula d'Accions de Millora".

**Manual de gestió de la qualitat**

Versió 07

Data: Novembre 2017