



GIJÓN 33207
C/ Puerto de Vegarada s/n
Tfno.: 00 34 985383100
Fax.:00 34 985146366
http: www.ies1.com
e.m.: secretaria@ies1.com

I.E.S. Nº 1 DE GIJÓN

Ponencia



*Calidad y mejora continua de
las organizaciones*

27 de noviembre de 2006

ÍNDICE

1. Resumen	3
1.0.SOBRE EL IES Nº1 DE GIJÓN.	3
2. Introducción del Modelo EFQM	10
2.0.PROCESO HISTÓRICO.	10
2.1.AUTOEVALUACIÓN EN 2004.	10
2.2.PLANES DE MEJORA IMPLANTADOS.	13
3. Sistema de Gestión de la Calidad:	
Adquisición de la Certificación ISO 9001	25
3.0.PROCESO HISTÓRICO.	25
3.1.DISEÑO DEL SISTEMA DOCUMENTAL.	29
3.2.ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.	29
3.3.LA AUDITORÍA INTERNA.	33
3.4.LA AUDITORÍA Y LA CERTIFICACIÓN.	34
4. La recepción de los certificados y los beneficios obtenidos	35
4.0.LA RECEPCIÓN DE LOS CERTIFICADOS.	35
4.1.INFLUENCIA SOBRE RESULTADOS CLAVE.	36

NOTA: En esta ponencia se utiliza como genérico el masculino, por razones de ortodoxia gramatical y fluidez narrativa. Nuestro centro está incomodo cuando dice alumnos porque debería decir alumnas para reflejar la siguiente situación global: Alumnas (73%) y alumnos (27%).



1. Resumen

¿ Porqué ninguno entre los centenares de centros públicos asturianos tiene un sistema de calidad reconocido?

La respuesta, hasta el año 2004, suponía una larga enumeración de causas de difícil comprensión para el cliente. Catalizar un proceso expansivo de orden exponencial que, en los inmediatos años, lleve a la pregunta complementaria, resulta necesario, exponiendo los beneficios de los sistemas de gestión de calidad, de la normalización y de los modelos de excelencia.

Por razones históricas, en el IES nº1 de Gijón existía una sensibilización, que, tras su participación en la Misión Empresas Excelentes del Club de Calidad y el apoyo del servicio de calidad de la DG de Ordenación Académica y de la DG de Formación Profesional, le permitió obtener, en los últimos tres años, la certificación ISO 9001-2000 y el nivel bronce de EFQM.

El proyecto se está completando ahora cuando el IES nº1 de Gijón muestra a sus homólogos cómo la adecuación de su sistema de gestión de calidad y de sus procesos formativos de enseñanzas secundarias y de formación profesional, reglada y ocupacional, a la norma ISO 9001-2000 junto con la aplicación del modelo EFQM y la obtención del nivel 200-400, le permite obtener mejores resultados que la media, crecer en un mercado en descenso demográfico y mantenerse en evolución constante con la Sociedad, atendiendo a las necesidades educativas que van surgiendo en cada momento.

1.0. SOBRE EL I.E.S. Nº 1 DE GIJÓN

El centro tiene una historia moderna, intensa y significativa: Creado hace veinticinco años llegó, con rapidez, a ser el mayor centro de enseñanzas medias de Asturias y uno de los mayores de España, con más de tres mil cien alumnos. La disminución del máximo legal de alumnos por grupo y la

segregación de enseñanzas de formación profesional de hostelería, para conformar la Escuela Regional de Hostelería, como centro independiente, sitúa el alumnado en 1300, el profesorado en 130, el personal no docente en 20 y la oferta educativa en las enseñanzas que se reflejan en el cuadro.

Se ha caracterizado, en todo momento, por la aplicación exhaustiva de todos los programas en los que se ha implicado y, éstos, han sido numerosos e importantes. En efecto, cuando se aplica el programa de formación en centros de trabajo (FCT), el IES nº1 llega a suponer el 5% del total nacional, liderando dicho programa; y en la actualidad nuestras relaciones de FCT llegan a tener convenios con 800 empresas. La informatización global del centro, con todos los departamentos conectados en red a todos los servicios internos y externos, el acceso libre y permanente a Internet - para todos los alumnos, disponiendo cada uno de e-mail- editando nuestra propia web www.ies1.com y anuarios y memorias en CD, sitúan al IES nº 1, en estos momentos, en la cabeza de los centros españoles en este tema; además, con la metodología didáctica indicada por la nueva ordenación del sistema educativo, la biblioteca

PROGRAMA DEL CURSO 2006-2007

ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA

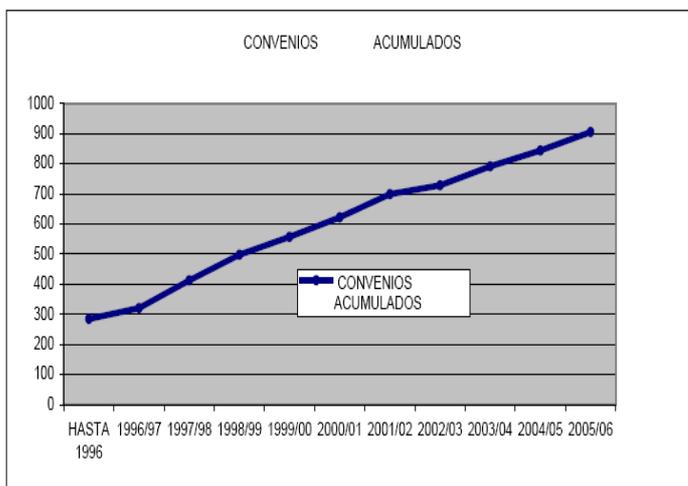
- PRIMER CICLO
- SEGUNDO CICLO

BACHILLERATO

- CIENCIAS DE LA NATURALEZA Y LA SALUD
- HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

CICLOS FORMATIVOS Y FORMACIÓN PROFESIONAL OCUPACIONAL, CONTINUA Y A DISTANCIA

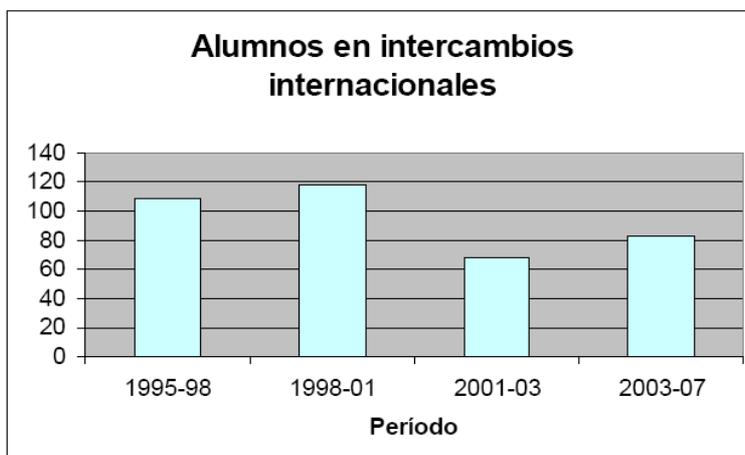
- ADMINISTRACIÓN
- TEXTIL, CONFECCIÓN Y PIEL
- IMAGEN PERSONAL
- INFORMÁTICA
- EDUCACIÓN INFANTIL
- SANIDAD



de los centros debe constituir el núcleo de las instalaciones; hace varios cursos que se alcanzaron diversos estándares bibliotecarios: clasificación CDU e informatización total - programa BIBLIOMECA- de los cerca de treinta mil volúmenes, protegidos electrónicamente pero con total acceso en el espacio

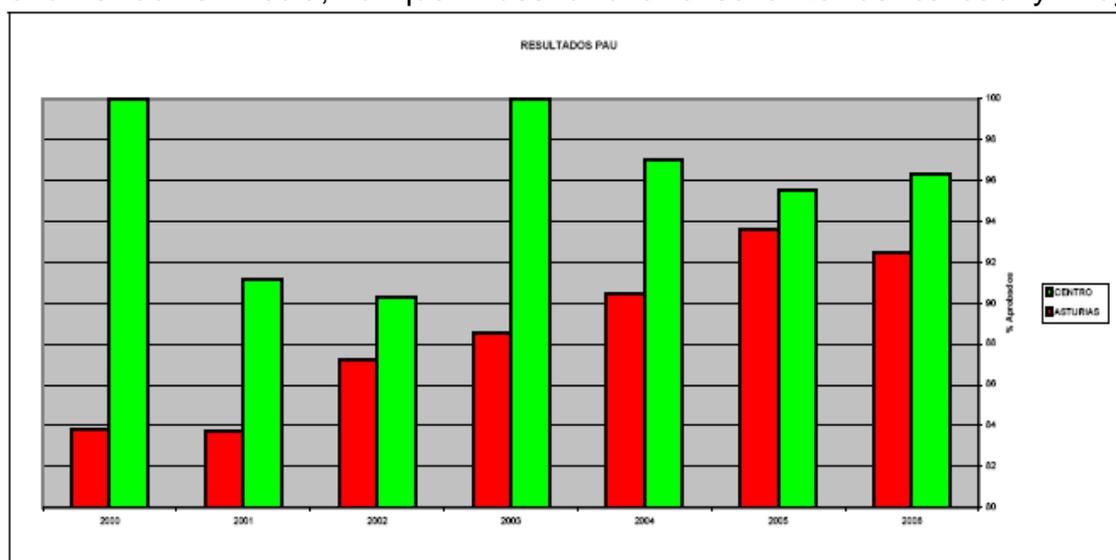
bibliotecario - aumentado actualmente hasta 300 m².

Las relaciones internacionales constituyen un objetivo estratégico. Fruto de ello es que si computamos los últimos tres cuatrienios, el IES nº1 es el centro español - público o privado- donde se realizan mayor número de programas europeos del tipo Sócrates y Leonardo.



CR05. NÚMERO DE INTERCAMBIOS

Los resultados en pruebas externas, como la PAU están por encima de la media, lo que muestra una enseñanza de calidad y muy

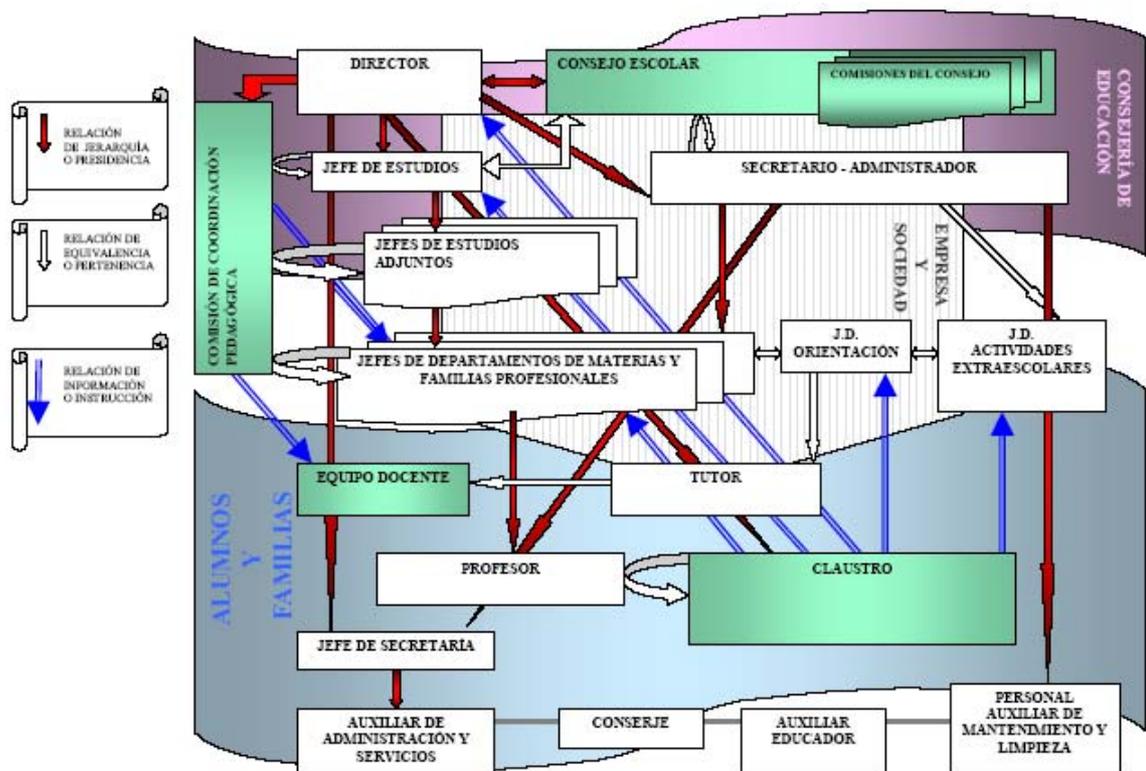


RA 14. APROBADOS PAU

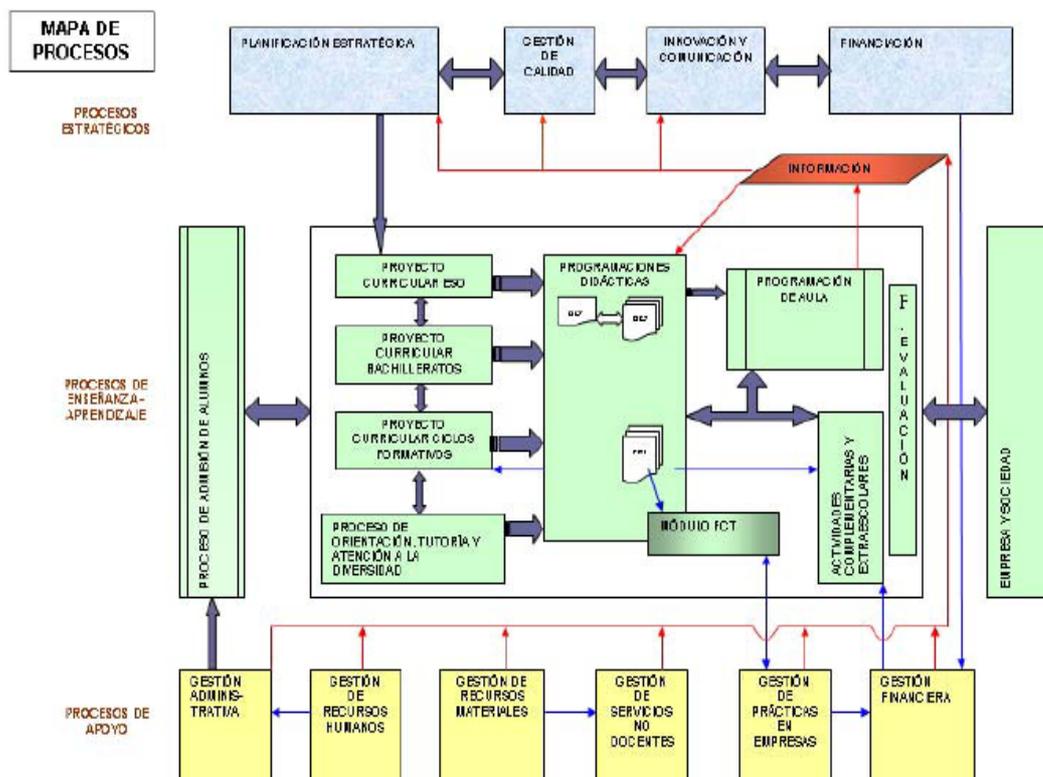
completa. El IES nº 1 imparte formación profesional en los tres subsistemas: Reglada, Ocupacional y Continua. Se anticipa, en este sentido, a los centros integrados de formación profesional.

Y todo ello en un entorno bueno, con alta estética y seguridad, con auditorías medioambientales y con cuidado esmero para nuestros 176 árboles. Tal vez por el desarrollo de planes contra el acoso escolar, por los sistemas de seguridad instalados y de prevención, admonición y vigilancia, los índices de conflictividad son bajísimos- no llegan al dos por mil- y muy alejados de cifras alarmistas.

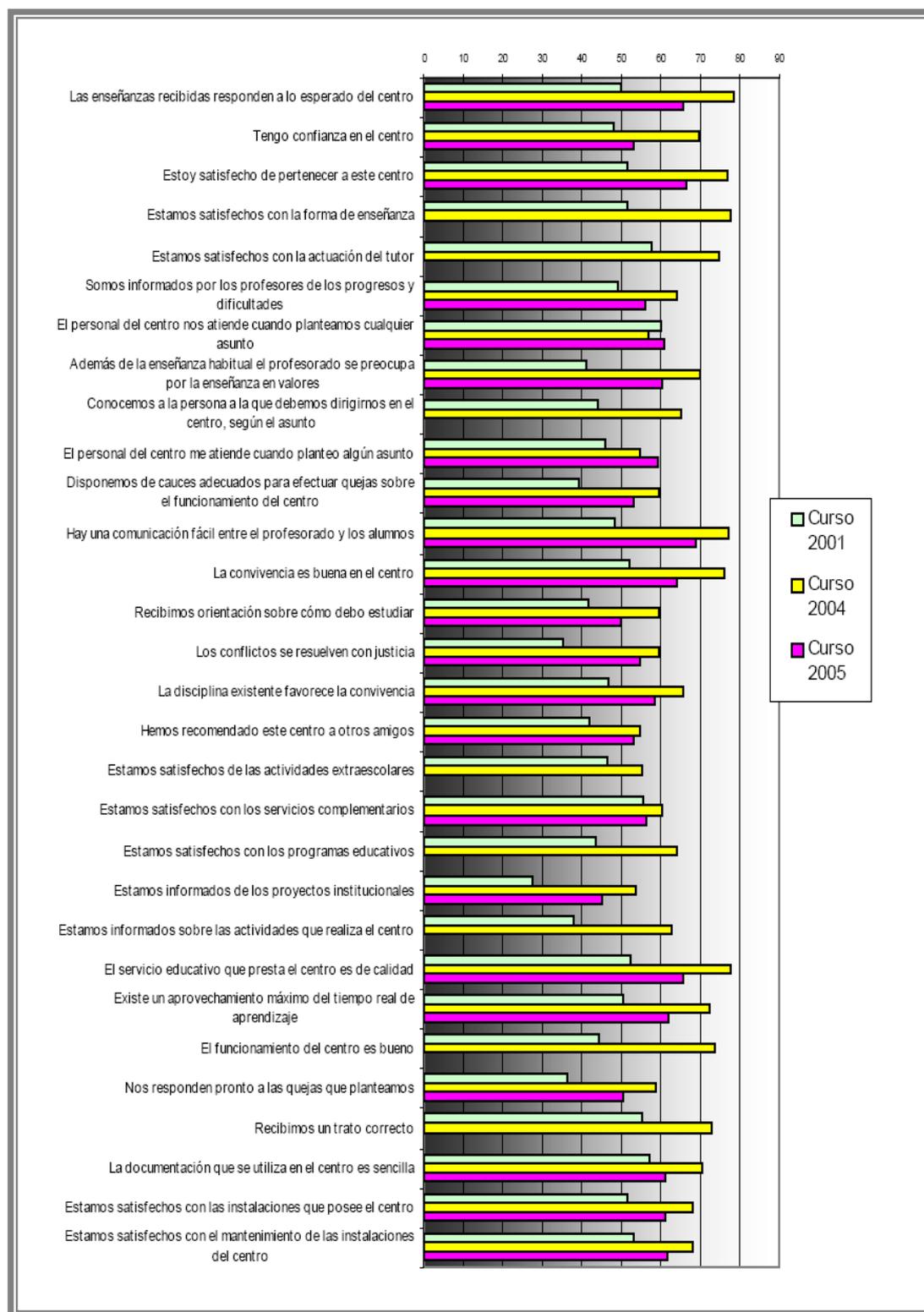
Nuestro organigrama refleja lo dispuesto en los vigentes reglamentos orgánicos:



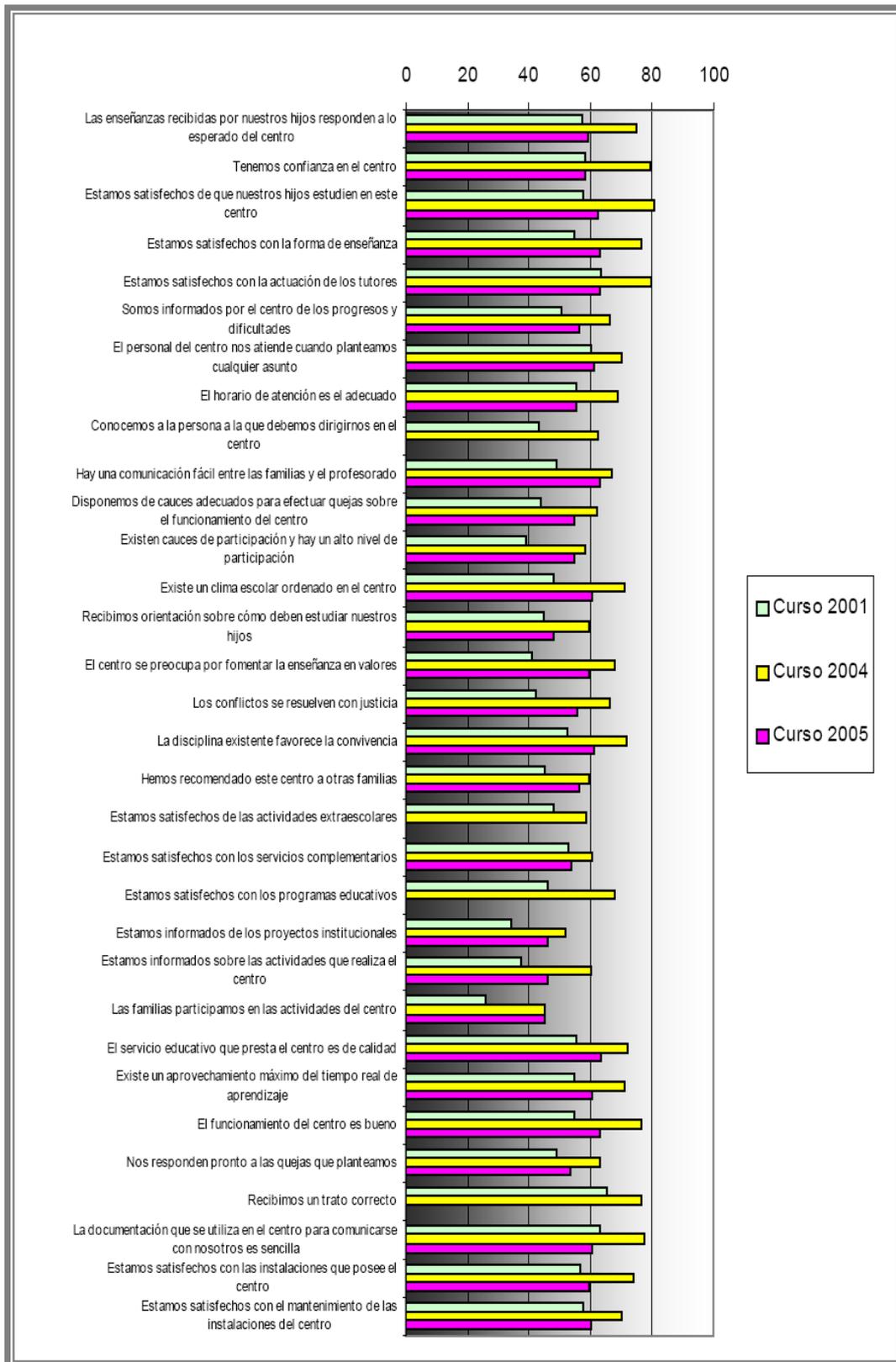
Desde hace tres años tenemos implantada una gestión por procesos, de acuerdo con el siguiente mapa de procesos:



Para obtener información directa del grado de satisfacción de nuestros grupos de clientes hacemos encuestas periódicas, universales y segmentadas por grupos y enseñanzas. Después las analizamos y nos sirven para mejorar. Aquí está la correspondiente al alumnado:



Y la de las familias:



Por último, desde que hemos comprendido que una empresa pública dedicada a la formación debe tener una dinámica común con una empresa privada productora de material eléctrico, nuestro Cuadro de Mando de Integral sustituye a farragosos documentos.

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA	IES nº 1	CUADRO DE MANDO INTEGRAL	CMI	Página 1 de

			CÓDIGO	NOMBRE REDUCIDO	OBJETIVO	2004-2005	2005-2006	
					INDICADOR			
RESULTADOS	CLAVE	ACADÉMICOS	RA01	APROBADOS ESO		50	50	
						63,71	80,85	
			RA02	APROBADOS BACHILLER		60	60	
						61,05	51,85	
			RA11	TITULADOS FORMACION PROFESIONAL		80	80	
						92,3	72,55	
			RA10	INSERCIÓN LABORAL		50	50	
						41,20	42,75	
			RA14	APROBADOS PAU		90	90	
						95,5	96,3	
			RA15	CURSOS PUESTOS EN MARCHA		95	95	
						98	100	
			PROCESOS	RP04	CUMPLIMIENTO PROGRAMA ESO		85	85
							89	98,3
					CUMPLIMIENTO PROGRAMA BACHILLER		85	85
					89	94		
	CUMPLIMIENTO PROGRAMA FP				85	85		
				100	97			
	ECONÓMICOS	RE04	GASTO POR ALUMNO (€)		180	185		
					291,2	336,6		
SOCIEDAD	RENDIMIENTO	SR01	COOPERACIÓN		20	0		
					14	16		
PERSONAS	PERCEPCIÓN	PP01	SATISFACCIÓN GENERAL		66	66		
					74	69,2		
CLIENTES	PERCEPCIÓN	CP01	SATISFACCIÓN GENERAL ALUMNOS		60	60		
					77	65,9		
		CP40	SATISFACCIÓN GENERAL FAMILIAS		60	60		
					75	62,6		
		CP69	SATISFACCIÓN EMPRESAS		66	66		
RENDIMIENTO	CR05	NUMERO DE INTERCAMBIOS		12	28			
				12	28			

·
·
·
·
·
·

2. Introducción del modelo EFQM

La fuerza del EFQM procede de la comprensión de las relaciones que existen entre los diversos criterios, la evaluación de los mismos y los planes de actuación para mejorar. No se ha focalizado la puntuación como objetivo: Las áreas de mejora son los verdaderos objetivos.

2.0. PROCESO HISTÓRICO

En cuanto al histórico en la aplicación del modelo EFQM, adaptado por el Ministerio de Educación (Ed. MEC Madrid 1998) ..¹ se hizo mediante dos encuestas generales en 1998 y 2001 sobre la totalidad del personal docente y no docente, los alumnos y sus padres. Las encuestas fueron enviadas a todos los profesores, personal no docente, alumnos y familias. Contenía los nueve criterios utilizados en el modelo con sus distintos subcriterios. No se especificó la posible voluntariedad de la misma, aunque se indicó el plazo máximo de entrega. El tiempo de procesamiento fue sobre 100 h y permitió obtener lo que se llamaba puntos débiles o áreas de mejora. Los resultados se presentan en forma gráfica y, como es lógico, en muchos criterios alcanzan altas puntuaciones debido a que el sistema de encuesta incluye indicios y evidencias anecdóticas que los encuestados no necesitan presentar.

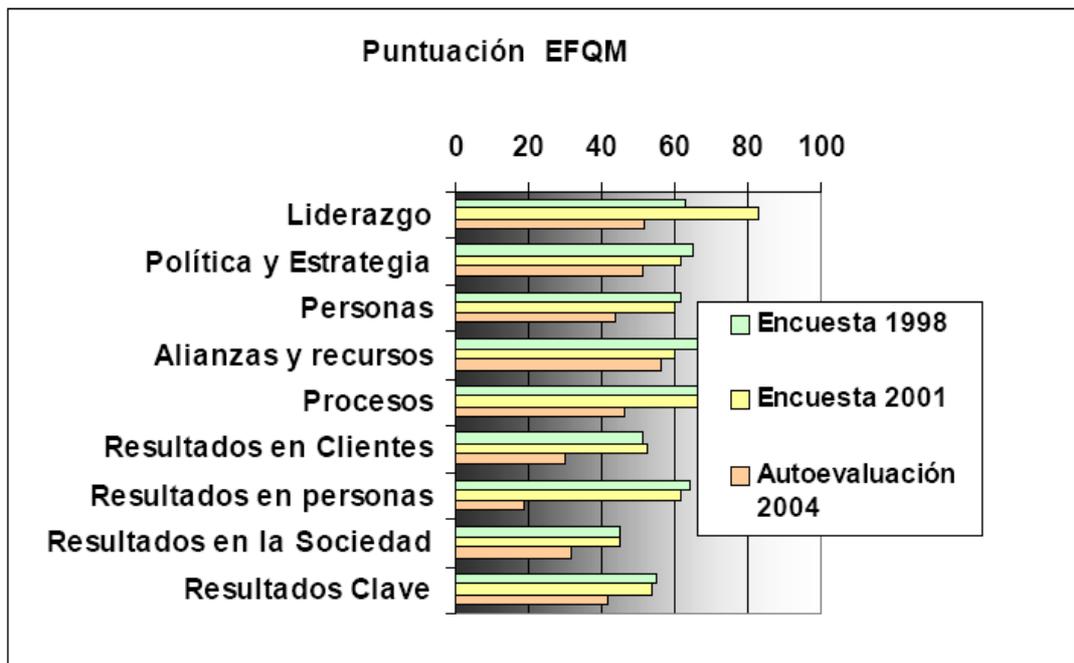
2.1. AUTOEVALUACIÓN EN 2004

El 21 de septiembre de 2004 comenzamos, mediante seis equipos de variada composición, la autoevaluación mediante la herramienta Perfil V.4.0².: Se han pasado etapas importantes para la realización de esta autoevaluación:

- La formación recibida desde el 16 de septiembre de 2004 en el Club Asturiano de Calidad a cargo de personal de CEIC más las tres jornadas

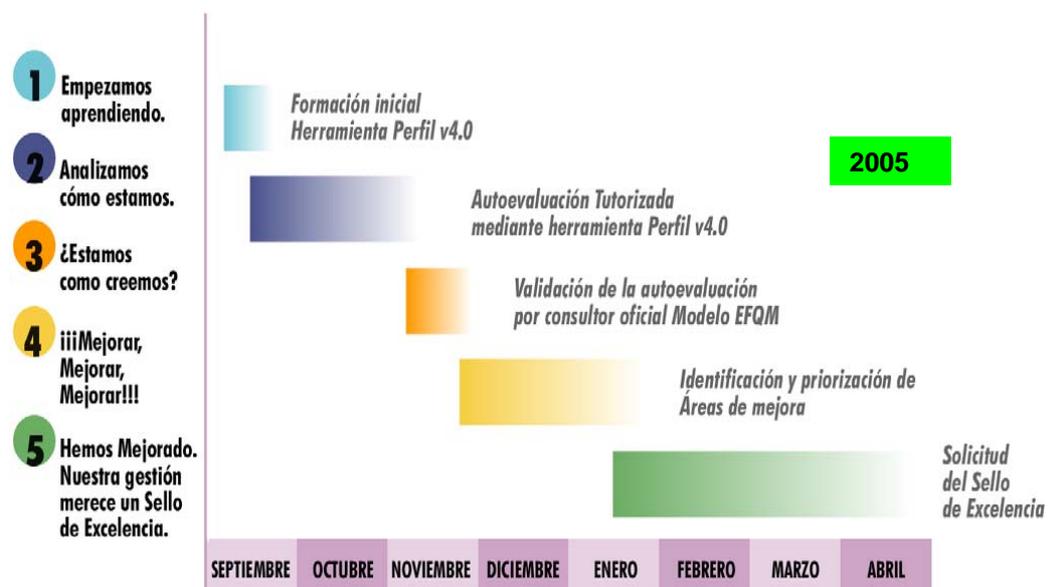
de soporte – el 27/9/04, el 14/10/04 y el 9/11/04 - y la colaboración de un evaluador asturiano.

- Programa de información y sensibilización, a todo el personal, sobre el modelo EFQM, de unas 3 h de duración en dos sesiones de Claustro y de Consejo Escolar más las habidas por los equipos de autoevaluación.
- Instalación de la aplicación Perfil el 21 de septiembre de 2004, generando seis evaluaciones autónomas en otros tantos equipos portátiles, con la



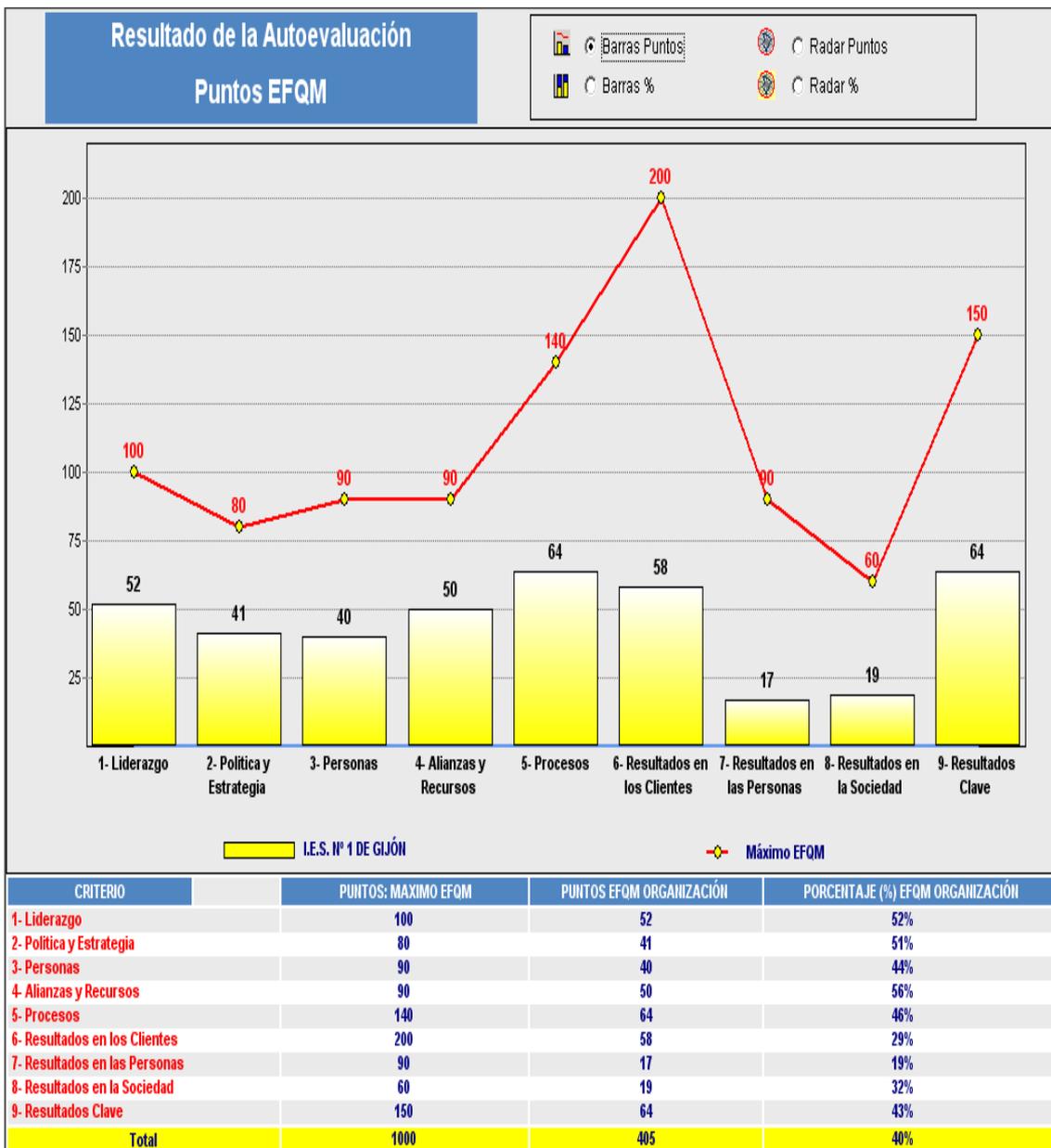
asistencia técnica del Club de Calidad.

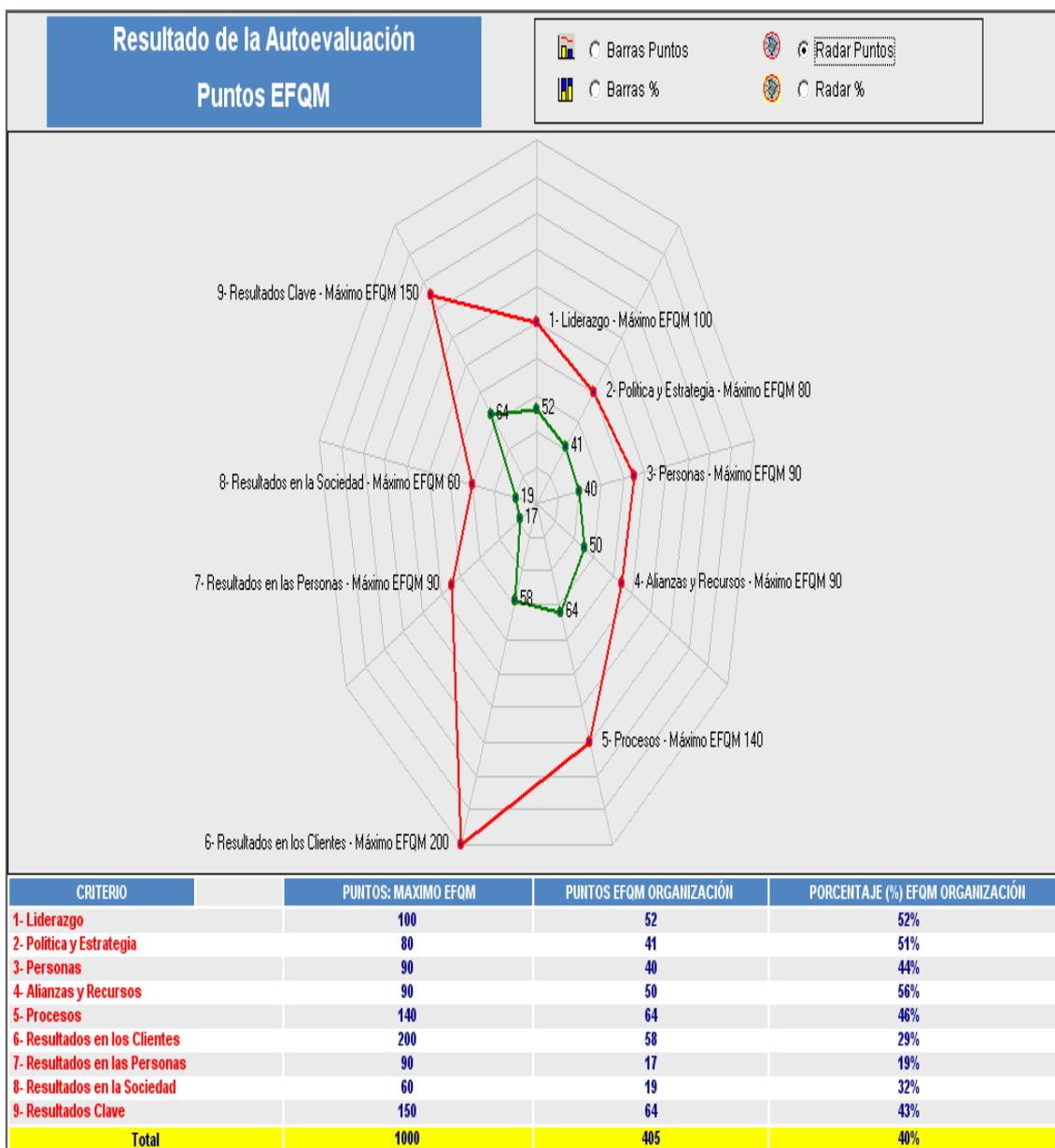
- Formación y autoformación para los equipos de evaluadores en dos sesiones de 4 horas
- Creación de 6 equipos de 3 personas cada uno – seleccionadas por ser



Jefes de distintos Departamentos y personal vario (directivos, profesores , administrativos) interesado en Calidad- que realizaron seis evaluaciones autónomas a una velocidad media de 3 preguntas/hora. Cabe resaltar el frecuente recurso a la definición de EFQM para el subcriterio, como medio de comprender mejor la pregunta adaptada.

- La realización de dos reuniones de consenso con más de 20 h para alcanzar un consenso definitivo. La metodología seguida consistió en la exposición de todas las evidencias, el estudio de la evolución de la puntuación media después de despreciar las puntuaciones extremas, la reconsideración de puntuaciones y, finalmente, la puntuación de consenso que, no siempre, fue la media.





2.2. PLANES DE MEJORA IMPLANTADOS

Como consecuencia de la autoevaluación se obtienen áreas de mejora que se pueden concentrar en 10 posibles planes de mejora. Durante 2005 se realizan tres planes de acción, priorizados mediante criterios.

Resultados de la Evaluación	Áreas de Mejora
Qué áreas de mejora relativas al Liderazgo se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No hay evidencias de que exista un conocimiento general de los principios No hay una medida objetiva de la imagen y el compromiso de la dirección con los principios. No hay un sistema fehaciente de comunicación
Qué áreas de mejora relativas a la Política y Estrategia se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No está formalmente estructurado el mapa de procesos. No se conocen los objetivos para todos los procesos operativos No está evidenciada la mejora de actividades como consecuencia del análisis de resultados de los procesos. No se presentan datos objetivos de los beneficios reportados como consecuencia de la aplicación de políticas.
Qué áreas de mejora relativas a las Personas se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No existen esquemas estructurados de reconocimiento. No existe un sistema de recogida de información sobre políticas de reconocimiento. No se conoce el rendimiento individual ni están explícitos mecanismos de apoyo para una consecución de objetivos
Qué áreas de mejora relativas a las Alianzas y Recursos se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No están establecidos correctamente los procesos de relación con las organizaciones clave. No es amplia la política de captación de donaciones. No es suficiente la política medioambiental, de señalización y normalización y de protección de datos.
Qué áreas de mejora relativas a los Procesos se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No está bien documentada una correlación directa entre los indicadores reportados y los procesos. No se ha adoptado ningún estándar para el diseño del Sistema de Gestión del Centro (ISO 9001:2000) y para la gestión medioambiental (ISO 14001). No se encuentran identificadas las necesidades de comunicación/información de los integrantes de la organización. No se encuentran formalmente definidas metodologías aplicables a la mejora de los procesos.
Qué áreas de mejora relativas a los Resultados en los Clientes se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No hay segmentación en las encuestas de satisfacción de alumnos y familias, no presentando objetivos. No se mide el grado de satisfacción de las empresas colaboradoras de FCT. No se presentan datos objetivos de los beneficios reportados como consecuencia de la aplicación de políticas, en términos de satisfacción del cliente.
Qué áreas de mejora relativas a los Resultados en las Personas se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No hay bastantes indicadores de rendimiento de personas, ni objetivos ni comparaciones. No están identificadas las variables que hacen aumentar el grado de satisfacción de las personas
Qué áreas de mejora relativas a los Resultados en la Sociedad se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No hay establecidos planes de mejora de objetivos en los resultados en la sociedad. No hay datos sobre el cumplimiento del reciclado de materiales y reducción de varios consumos.
Qué áreas de mejora relativas a los Resultados Clave se identificaron como resultado de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No existen indicadores en algunos procesos de despliegue No se dan a conocer los objetivos económicos financieros
Qué áreas de mejora que afecten a más de un criterio se identificaron como resultado de la Autoevaluación.	<ul style="list-style-type: none"> No está clara la conexión entre la política y estrategia del centro y el despliegue de los procesos clave. No están formalmente establecidos los aspectos más importantes valorados dentro de las encuestas de opinión ni hay evidencias del establecimiento de planes de acción como consecuencia de su análisis.

2.2.1. Criterios utilizados para priorizar los resultados de la Auto-evaluación.

Las áreas de mejora se concentran en 10 acciones, que se priorizan con el fin de seleccionar tres a realizar. La pertenencia a la administración pública limita la capacidad de la organización en varios aspectos:

- La misión está circunscrita a la legislación educativa, con cierta opatividad, como la visión y los valores.
- La relación con las personas, incentivos, reconocimientos, contratación pertenecen, en alto grado, a otros niveles de competencia.
- La financiación está muy determinada.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN	
•	Las posibilidades de realización en el tiempo y con los medios disponibles.
•	El impacto sobre los objetivos anteriores.
•	La disponibilidad de los propietarios posibles y de la propia organización.
•	La existencia fácil de indicadores de evaluación y revisión

A	B	C	D	E
ACCIÓN	IMPACTO sobre la organización	CAPACIDAD para implantarla	PUNTUACIÓN (BxC)	RANKING (Con votos y vetos)
1. Desarrollar e implantar proceso de información y comunicación externa e interna	4.2	2.8	11.76	5
2. ISO 9001:2000	3.5	2.8	9.80	8
3. Establecer cuadro de indicadores de seguimiento de la gestión del centro	3.4	3.8	12.92	1
4. Plan de colaboración empresas FCT	3.6	3.2	11.52	6
5. Optimización de infraestructuras	3.7	3.4	12.58	4
6. Incentivos y reconocimiento del personal	2.8	2.2	6.16	10
7. Identificación de procesos	3.6	3.4	12.24	3
8. Nuevas Tecnologías	3.6	2.9	10.44	7
9. Recepción y estilo	3.0	2.8	8.40	9
10. Encuestas	2.6	4.8	12.48	2

No obstante existen márgenes de voluntariedad en variables muy importantes para el centro que obligan a una competitividad basada en la calidad y amplitud de los servicios como ejercicio de progreso:

- En efecto, el flujo de alumnos depende, no sólo de la planificación educativa relativamente restrictiva sino, también, del derecho a la elección del centro.
- Los niveles de concreción del currículo o la definición de los procesos de enseñanza-aprendizaje en el centro, en alto grado, en cuanto a calidad, contenidos transversales, valores, indicadores de rendimiento y otros, pertenecen al centro y contribuyen a la satisfacción de clientes y personas.

- La oferta educativa de cursos y horarios permite que el centro participe, por su libre elección, en más cursos y modalidades que las que la administración obliga.
- La autonomía financiera, dentro del límite presupuestario aportado por la Consejería más la autofinanciación, permite la elaboración de un presupuesto por objetivos de acuerdo con la política estratégica que se haya establecido.
- Otros factores de satisfacción y de gran incidencia en los resultados clave y en la satisfacción de clientes y personas son de carácter ético, estético y ambiental, fruto de la visión y los valores propios.

La priorización de nuestras acciones de mejora se basa en su contribución a la gestión por procesos, de forma clara y aseguradora de la implantación de políticas, objetivos y estrategias y sus posibilidades de proporcionar información fiable y fundada, en resultados y en objetivos que permita, a todos, conocer, comparar y tomar las decisiones oportunas.

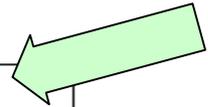
2.2.2. Relevancia de las Acciones de mejora para la organización

Relevancia de la Acción de Mejora 1	Definición de la Acción: Establecer un cuadro de indicadores de seguimiento de la gestión del centro.
Por qué fue seleccionada la Acción de Mejora 1 y qué relevancia reviste para tu organización.	<ul style="list-style-type: none"> • La definición clara de objetivos en la gestión del centro es imprescindible para el avance y consecución de los mismos. • Para cuantificar la consecución de los objetivos es necesario disponer de indicadores que marquen el grado de su alcance. • Se conocerá el grado de consecución en todos los procesos una vez definidos claramente sus propietarios. • Facilitará la revisión del sistema.
Cómo contribuye o apoya otros enfoques de la organización la Acción de Mejora 1.	<ul style="list-style-type: none"> • La inexistencia de indicadores en el grado de consecución de objetivos impide una gestión global excelente • Estructurar los resultados en los procesos y en los resultados clave. • Cada proceso de forma individual podrá conocer su grado de avance y por lo tanto la suma de estos el grado de avance conjunto del centro.
Qué impacto esperas que tenga la Acción de Mejora 1 en tu plan de negocio, objetivos y resultados de la organización.	<p>El análisis de estos indicadores permitirá medir el grado de consecución de objetivos e identificar los puntos a modificar para la consecución de éstos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se espera que la obtención de indicadores por procesos consiga un aumento en la consecución de objetivos según su dificultad particular • Tendrá un claro impacto sobre la revisión de los resultados, fijación de objetivos y, en general, estructuración de acciones de mejora, en función del análisis de los resultados alcanzados.
Relevancia de la Acción de Mejora 2	Definición de la Acción: Plan de realización de Encuestas
Por qué fue seleccionada la Acción de Mejora 2 y qué relevancia reviste para tu organización.	<p>Porque es el punto de partida para otras acciones de mejora; también para ampliar el conocimiento sobre las necesidades y expectativas de los clientes, y para saber el grado de conocimiento que tienen de la organización y de los procesos claves que les conciernen.</p> <p>Revisará nuestro sistema de encuestas realizado en dos ciclos, mejorándolo.</p>
Cómo contribuye o apoya otros enfoques de la organización la Acción de Mejora 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Podrá mejorar el liderazgo en relación con los clientes (1c) • Establecer las necesidades y expectativas de los clientes (2a) • Mejora de los procesos relacionados con los clientes (5c, d) • Mejora de la relación con los clientes (5e)
Qué impacto esperas que tenga la Acción de Mejora 2 en tu plan de negocio, objetivos y resultados de la organización.	<ul style="list-style-type: none"> • El impacto será alto dado que el análisis de los resultados es punto de partida de otras acciones de mejora.
Relevancia de la Acción de Mejora 3	Definición de la Acción: Identificación de procesos
Por qué fue seleccionada la Acción de Mejora 3 y qué relevancia reviste para tu organización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verá el carácter transversal de las acciones en el funcionamiento del centro 2. Facilita el análisis de variables dependientes que pueden incidir en la mejora de selección de <i>indicadores de seguimiento de la gestión del centro</i>. 3. Aunque los procesos se vienen realizando y evaluando no especifican para cada una de las acciones que marcan el rendimiento del centro
Cómo contribuye o apoya otros enfoques de la organización la Acción de Mejora 3.	<ul style="list-style-type: none"> • Permite controlar el desarrollo de las acciones del centro, al especificar los procesos de relevancia en la toma de decisiones • Permite establecer los indicadores de mejora que analizan, comparan y evalúan el funcionamiento del centro • Facilita el feedback para las mejoras del sistema
Qué impacto esperas que tenga la Acción de Mejora 3 en tu plan de negocio, objetivos y resultados de la organización.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer datos objetivos para la actuación y la toma de decisiones del centro • Desarrolla el sistema de de gestión de procesos (1b) • Identifica y desarrolla el esquema de procesos clave (2d)

2.2.3. Diagramas de Gantt del despliegue de las acciones de mejora.

A	B	C	D	E												F	
				Diagrama Gantt de acciones													
Prioridad en el Ranking	Acción	Propietario	Fecha de finalización del despliegue	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Estado	
1	1. Establecer cuadro de indicadores de seguimiento de la gestión del centro	Jefatura de estudios	Junio de 2005														
	1.1. El Jefe de Estudios lidera la acción de mejora y ha formado un equipo de 6 personas con un jefe de equipo que se presentaron voluntarios. Se estudia la documentación disponible	C. Ballina	15 de febrero														
	1.2. Se diseña un formulario tipo y se envía a cada propietario de los distintos procesos. En dicho formulario se plantean los aspectos importantes que se consideran para establecer indicadores encaminados a la consecución de objetivos por procesos	C. Ballina	22 de febrero														
	1.3 Se analizan las respuestas recibidas y se confecciona un compendio de indicadores por proceso	C. Ballina	1 de marzo														
	1.4 Se cuantifica la incidencia del análisis de indicadores en la consecución de objetivos, diseñando un proceso de retroalimentación o feed-back.	C. Ballina	18 de marzo														
	1.5. Se establece un sistema para revisar periódicamente (3 años) los cuadros de indicadores	C. Ballina	15 de junio														
	1.6. Se comunica a todos los propietarios los resultados obtenidos.	C. Ballina	12 de abril														
2	2. Encuestas	Director	Septiembre de 2005														
	2.1. El director lidera la acción de mejora y ha formado un equipo de 4 personas que se presentan voluntarios para contribuir a la elaboración de las encuestas. Se estudia la documentación disponible	J. Dizy	15 de febrero														
	2.2. Se establece un orden de elaboración. Se estudia la segmentación y se distribuyen tareas	J. Dizy	24 de febrero														
	2.3. Se recoge cuales son los procesos clave y los indicadores que se deben medir, áreas de mejora 1 y 3. Se elaboran borradores	J. Dizy	17 de marzo														
	2.4. Se trata de informatizar el proceso	M. Reimunde	15 de abril														
	2.5. Se hacen ensayos con las encuestas y se analizan los fallos.	J. Dizy	30 de mayo														
	2.6. Se hacen encuestas y se comprueba la mejora	J. Dizy	30 de junio 30 de septiembre														
3	3. Identificación de procesos	Director	Mayo de 2005														
	3.1. Estudiar el mapa de procesos. Evaluarlo	J. Dizy	16 de febrero														
	3.2. Comprobar que todos los procesos tienen propietarios y están bien definidos	N. Resines	2 de marzo														

A	Definición de la acción de Mejora:	Establecer el cuadro de indicadores de seguimiento de la gestión del centro		
B	Propietario de la acción:	Jefatura de estudios	C	Fecha de finalización del despliegue:
				Junio de 2005
D	Prioridad en el ranking:	3	E	Criterio del Modelo:
				6,7,8 y 9
F	Estado actual en enero de 2005	Rojo ●	Ámbar ●	Verde ●
			Ámbar	



Descripción de la acción de mejora

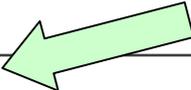
G	<p>ENFOQUE (Descripción de la acción de mejora y las razones por las que fue seleccionada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo de trabajo detectó la inexistencia de indicadores en el seguimiento de la gestión del centro. • En reunión de consenso se reconoció la necesidad de disponer de indicadores para valorar el grado de consecución de objetivos y mejorar el proceso. • Marcar objetivos sobre los diversos indicadores que influyen en la satisfacción de los empleados contribuirá a entender y determinar las acciones que deben llevarse a cabo. Los beneficios del establecimiento de indicadores podrán ser tangibles una vez que éstos se utilicen en otras acciones. <p>Se destaca la importancia de conocer la consecución de objetivos con herramientas como los indicadores</p>
H	<p>DESPLIEGUE (Cómo se despliega el enfoque)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Jefe de Estudios lidera la acción de mejora y ha formado un equipo de 6 personas con un jefe de equipo que se presentaron voluntarios. Se estudia la documentación disponible, atendiendo especialmente a los indicadores habituales de centros educativos. 2. El equipo diseña el formulario tipo y lo envía a cada propietario de los distintos procesos, señalando el plazo de entrega en 15 días. En dicho formulario se plantean los aspectos importantes que se consideran para establecer indicadores encaminados a la consecución de objetivos por procesos 3. Se reparten entre los miembros del equipo las respuestas recibidas y se analizan, confeccionando un compendio de indicadores por proceso. 4. Se cuantifica la incidencia del análisis de indicadores tratando de poner los más significativos para la evaluación de la gestión. Además se apuntarán los objetivos de los indicadores. 5. Se comunica al equipo de procesos los resultados obtenidos. 6. Se confronta con el equipo de encuestas la inclusión de los indicadores de percepción en las mismas. 7. Se procederá a encargar la obtención de los valores de los indicadores, en el período establecido, por los responsables.

F	Estado actual en mayo de 2005	Rojo ●	Ámbar ●	Verde ●
				1/6/05

Descripción de la acción de mejora

I	RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios
	¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	El despliegue se ha llevado a cabo respetando la fecha de finalización, aunque con altibajos en el desarrollo de las diversas fases en las que se subdividió dicha acción de mejora.
	Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	Se han presentado problemas de coordinación no previstos con el grupo de procesos al identificar éstos procesos sin indicador de resultados en los procesos en el panel. Ello obligó a una puesta en común con el grupo de procesos para que el resultado del despliegue de los planes de acción tuviera mayor cohesión.
J	EVALUACIÓN Y REVISIÓN	
	La actualización mensual o semanal, podría incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje derivado del proceso, temas pendientes por resolver. • Revisiones del enfoque descrito y por qué. • Revisiones del plan de despliegue y por qué, etc. 	<p>En la búsqueda en distintas fuentes externas se llegó a tener hasta 150 indicadores que se definieron a continuación(objeto, unidad de medida, periodicidad, objetivo, etc) que no satisfacen al grupo de procesos ya que sus procesos no tienen indicador de resultados en muchos casos.</p> <p>Ello exige mayor coordinación con los grupos de trabajo en los restantes planes de acción ,tanto procesos como encuestas, unos para comprobar la existencia de indicadores que midan los objetivos de cada proceso y otros para comprobar que los indicadores de percepción tienen la pregunta/s correspondientes en encuesta que se pasa a los diversos colectivos.</p> <p>En una palabra es necesaria mayor coordinación entre los diversos grupos para alcanzar un resultado más cohesionado y satisfactorio, momento en el que nos hallamos.</p>

Del mismo se han trabajado la 2 y la 3, hasta que la entidad certificadora comprobó que se habían desplegado totalmente mediante la aplicación de la matriz REDER.

A	Definición de la acción de Mejora:	Encuestas 			
B	Propietario de la acción:	Director	C	Fecha de finalización del despliegue:	Septiembre de 2005
D	Prioridad en el ranking:	1	E	Criterio del Modelo:	6,7 y8
F	Estado actual en enero de 2005	Rojo ●	Ámbar ●	Verde ●	
			Ámbar		

Descripción de la acción de mejora

G	ENFOQUE (Descripción de la acción de mejora y las razones por las que fue seleccionada)	
	<ul style="list-style-type: none"> En la evaluación se vio la necesidad de elaborar encuestas para recoger información relevante de clientes (alumnos, familias, empresas, ...) y del personal. La información recogida debe ser tal que de su análisis se pueden extraer las principales necesidades y expectativas de todos los grupos, así como el grado de conocimiento que posee de la organización y de los principales procesos clave que les conciernen. El análisis de las encuestas debe derivar en acciones que permitan paliar las carencias detectadas. Las encuestas prestarán especial atención a los indicadores que afectan directamente al rendimiento de la organización 	
H	DESPLIEGUE (Cómo se despliega el enfoque)	
	<ol style="list-style-type: none"> El director lidera la acción de mejora y ha formado un equipo de 4 personas que se presentan voluntarios para contribuir a la elaboración de las encuestas. Dado que las encuestas son varias estableceremos un orden de elaboración de las mismas. Debemos recoger ideas y materiales sobre la elaboración de este tipo de encuestas en documentación especializada. Debemos recoger cuales son los procesos clave y los indicadores que se deben medir, áreas de mejora 1 y 3. Dado que no existe un departamento específico de recursos humanos hay que determinar también como se van a contabilizar los resultados de las mismas y como se va a realizar el análisis de esos resultados 	
I	RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios
	¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	Hay un pequeño retraso debido a un período inhábil de 10 días. Se ha realizado la segmentación y distribuido tareas. Se establece un orden de elaboración. Se estudia la segmentación y se distribuyen tareas
	Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	La acción de mejora se está desarrollando parte de su potencial en cuanto diversos departamentos están implicados en la elaboración de las encuestas y muestran interés en ellas.
J	EVALUACIÓN Y REVISIÓN	
	La actualización mensual o semanal, podría incluir: <ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje derivado del proceso, temas pendientes por resolver. Revisiones del enfoque descrito y por qué. Revisiones del plan de despliegue y por qué, etc. 	Se está estableciendo una correspondencia entre las preguntas de las encuestas y los criterios y subcriterios del modelo. Se revisa el enfoque en cuanto a relacionar las preguntas de las encuestas on los indicadores más bien algunas preguntas son los indicadores de satisfacción. Se están probando dos programas que permitan la informatización de la lectura de las encuestas.

F Estado actual en mayo de 2005	Rojo ●	Ámbar ●	Verde ●
			X

Descripción de la acción de mejora

I RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios
¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	Se han realizado los modelos de encuestas y se ha informatizado el proceso, por lo que se considera el despliegue efectuado en el plazo previsto.
Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	Para ello se precisan mas períodos de encuestas, como el de septiembre
J EVALUACIÓN Y REVISIÓN La actualización mensual o semanal, podría incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje derivado del proceso, temas pendientes por resolver. • Revisiones del enfoque descrito y por qué. • Revisiones del plan de despliegue y por qué, etc. 	Los modelos de encuesta, ajustado a un máximo de 40 preguntas se han redactado y se ha informatizado el proceso. Queda pendiente el encargo a imprenta de las hojas y las pruebas finales con las encuestas. Se decide realizar algunas encuestas en junio, para ajustar el proceso.

A Definición de la acción de Mejora:	Identificación de procesos		
B Propietario de la acción: Director	C Fecha de finalización del despliegue:	Mayo de 2005	
D Prioridad en el ranking: 2	E Criterio del Modelo:	5	
F Estado actual en enero de 2005	Rojo ●	Ámbar ●	Verde ●
		Ámbar	

Descripción de la acción de mejora

G ENFOQUE (Descripción de la acción de mejora y las razones por las que fue seleccionada) Nos van a permitir mejorar los mecanismos de análisis y el mecanismo importante y necesario para facilitar e informar en la toma de decisiones <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los procesos que inciden en los factores críticos de éxito • Carácter transversal de la información recogida, por ser los indicadores de mayor debilidad en el funcionamiento del centro • Permite desglosar las necesidades reales de los clientes. • Facilita el análisis de variables dependientes que pueden incidir en la mejora de selección de <i>indicadores de seguimiento de la gestión del centro</i>. • Facilita la medición de indicadores y comparación con los objetivos previstos • Aunque los procesos se vienen realizando y evaluando no especifican para cada una de las acciones que marcan el rendimiento del centro
H DESPLIEGUE (Cómo se despliega el enfoque) <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir los grupos de interés para el funcionamiento de la empresa 2. Dentro de cada grupo, procesos que determinan el éxito en la relación con la empresa 3. Dentro de cada proceso, elementos evaluables y cuantificables que permitan medir objetivamente los progresos en la consecución de los objetivos 4. Dentro de los procesos, Sistema de documentación que permita un seguimiento y una evaluación del mismo 5. Revisión de los procesos en función de la evaluación y de los resultados 6. Personal que debe gestionar cada una de las fases , documentación, recogida de datos e información, extracción de información y distribución a las personas interesadas 7. Definición de las relaciones entre los grupos de trabajo en los planes de acción

I RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios		
¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	Ligero retraso motivado por período vacacional. Se han definido todos los procesos y correlacionado con sus propietarios. Los propietarios han consensuado los elementos evaluables y cuantificables que permiten la medición de los progresos en la consecución de objetivos. Se está desarrollando la posibilidad de introducir y definir nuevos procesos		
Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	La acción de mejora ha implicado activamente a todos los propietarios de los procesos.		
J EVALUACIÓN Y REVISIÓN La actualización mensual o semanal, podría incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje derivado del proceso, temas pendientes por resolver. • Revisiones del enfoque descrito y por qué. • Revisiones del plan de despliegue y por qué, etc. 	Se ha establecido por parte de los propietarios y participantes en el plan de mejora la priorización en la introducción y definición de nuevos procesos para su posterior revisión y evaluación.		
F Estado actual en Mayo 2005	Rojo ●	Ámbar ●	Verde ● X

Descripción de la acción de mejora

I RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios		
¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	El plan de mejora se ha llevado a cabo en su totalidad		
Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	Sí. Se ha implicado al personal del centro y se ha tomado conocimiento de todos los procesos. No obstante se esperan resultados a medio plazo.		
J EVALUACIÓN Y REVISIÓN La actualización mensual o semanal, podría incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje derivado del proceso, temas pendientes por resolver. • Revisiones del enfoque descrito y por qué. • Revisiones del plan de despliegue y por qué, etc. 	Se ha determinado el personal que gestionará cada uno de los subprocesos. Se ha realizado el mapa de procesos y se ha ultimado la documentación de los mismos.		



3. Adquisición de la certificación ISO 9001-2000

La administración pública tiene registros, formatos, instrucciones de trabajo, procedimientos y procesos, pero hay que identificarlos, seleccionarlos y adscribirlos a una Norma. La función docente tiene derecho a la libertad de cátedra, pero los clientes no pueden recibir arbitrariedad.

3.0. PROCESO HISTÓRICO

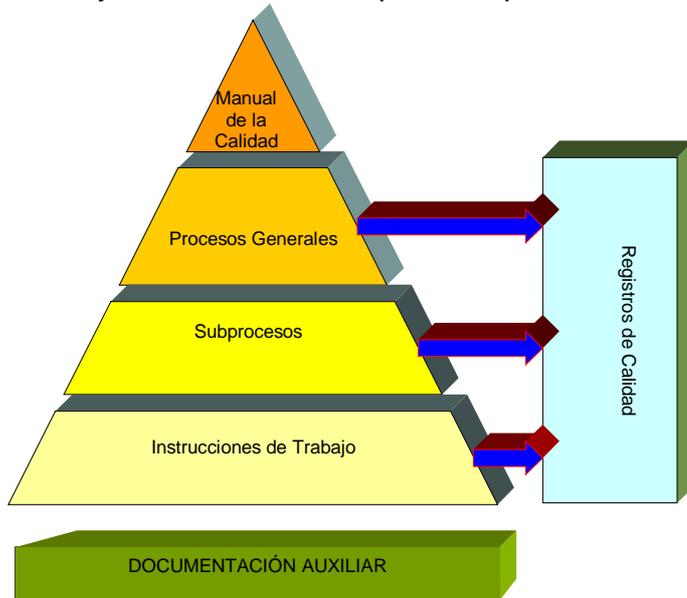
El compromiso de todo el centro con la calidad era, en 2004, un sentimiento general que no tenía concreción más que en evidencias esporádicas o anecdóticas. Es verdad que el interés por el modelo EFQM significaba la comprensión de la necesidad de encontrar formas de mejorar; no obstante, la sensación de precisar un cuerpo documental organizado, unos procesos descritos con claridad y una unicidad y objetividad en la acción diaria de la estructura organizativa del centro, permanecía.

De forma voluntaria, ausente de cualquier reconocimiento previsible, se constituye un grupo de trabajo alrededor de un núcleo de 16 personas, con la finalidad de realizar el proceso de adecuación a la norma UNE-EN ISO 9001-2000.

Fuera del horario laboral, durante el curso 2004-2005, con autoformación e interés, el grupo prepara la documentación, mantiene la sensibilización y expectativas de la organización, implanta en junio de 2005 el sistema de gestión, audita internamente con un plan que comienza en septiembre de

2005 y pasa en marzo de 2006 al proceso de auditoría externa y certificación, lograda en mayo de 2006.

Sería injusto atribuir sólo a un grupo el trabajo del proceso; desde el servicio de inspección técnica de educación, cursos de entidades varias financiados de forma plural, adscripción y colaboración de los empleados y muchos más contribuyentes, han hecho posible que se alcancen los objetivos propuestos.



No resultó despreciable el interés y las expectativas de responsables del sistema educativo asturiano y de compañeros de otros centros por el desenlace de nuestro trabajo. La responsabilidad de saberse un referente ayuda. En el IES nº 1 de Gijón se tiene establecido, un Sistema de Gestión

de Calidad, estructurado documentalmente de la siguiente forma:

- NIVEL I Manual de Calidad
- NIVEL II Procesos Generales (Estratégicos, Clave y de Apoyo)
- NIVEL III Subprocesos
- NIVEL IV Instrucciones de Trabajo
- NIVEL V Registros
- NIVEL VI Documentación auxiliar: Formatos

El **IES Nº 1 DE GIJÓN** ha diseñado su sistema de la calidad de acuerdo con la Norma ISO 9001 como medio para asegurar la conformidad de los servicios que presta con los requisitos especificados. El Sistema de Gestión de la Calidad establece, documenta, implementa y mantiene:

- Los procesos necesarios para el Sistema y la secuencia e interacción de los mismos.
- Los criterios y métodos para asegurar la eficaz operación y control de estos procesos.
- La disponibilidad de recursos e información para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- El seguimiento, medición y análisis de los procesos por medio de indicadores y encuestas.

- Las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.

Este Sistema de Gestión tiene por objeto:

- Transmitir la política y objetivos del IES nº 1 en materia de Calidad.
- Definir las diferentes responsabilidades en cada uno de los aspectos que cubre el Sistema de la Calidad.
- Permitir a clientes y organizaciones relacionadas conocer las líneas sobre las que se basa el Sistema de la Calidad.

El sistema se describe en el Manual de la Calidad que es el documento



básico donde se cubren los requisitos de la Norma ISO 9001 y donde se incluyen o se hace referencia a los procedimientos y a las líneas generales de

REUNIONES:
<p>COMITÉ DE CALIDAD Ordinarias.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos veces al año, coincidiendo con el fin del semestre <p>Extraordinarias.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por requerimiento de algún sector - Por requerimiento de alguno de sus miembros
<p>COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE PROCESOS Ordinarias.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia :Al menos una reunión cada 3 mes <p>Extraordinarias.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por requerimiento de algún sector - Por requerimiento de alguno de sus miembros
<p>GRUPOS DE TRABAJO O MEJORA Según proyecto de Mejora El grupo se disuelve cuando finaliza el proyecto</p>

la estructura de la documentación empleada. El Manual de la Calidad lo redacta y lo revisa el Representante de la Dirección y lo aprueba el Director del Centro. Los criterios para la elaboración, revisión y actualización de los procesos se establecen en el proceso SP1025. El compromiso de la Dirección para la puesta en marcha, desarrollo, seguimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, ha sido asignado al **Comité de Calidad (C.C.)**, quien ostenta la autoridad para cumplir los requisitos de calidad que establece el presente manual y el resto de documentos aplicables.

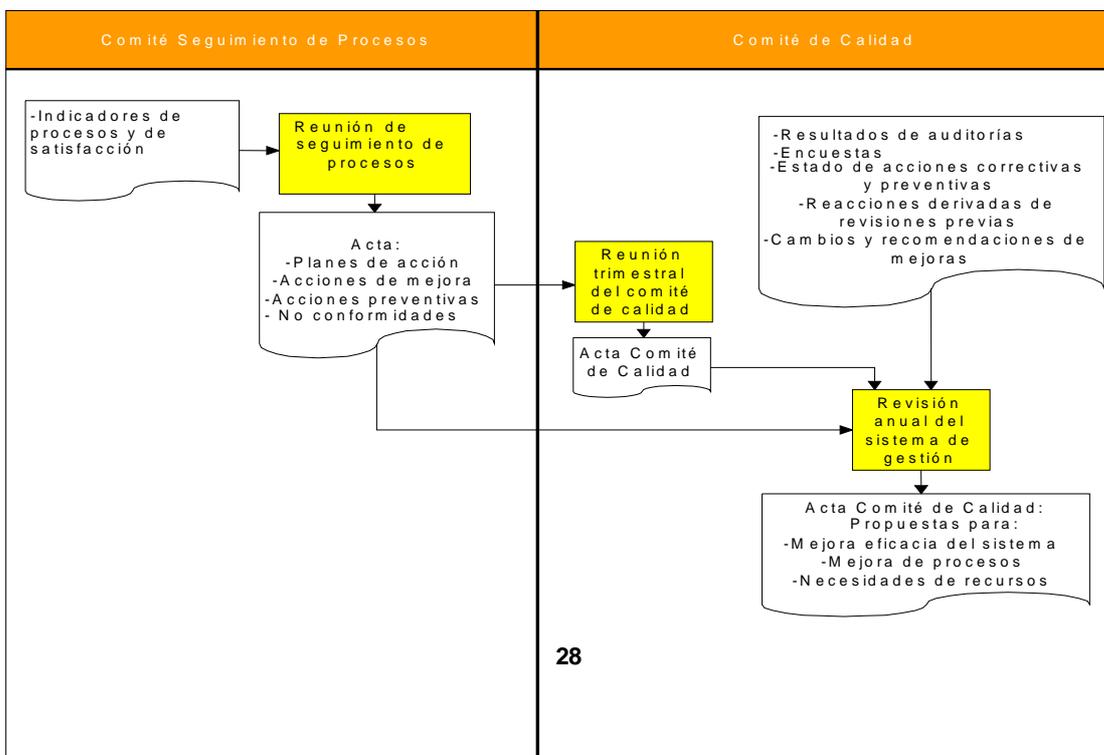
Adicionalmente existe un **Comité de Seguimiento de Procesos (C.S.P.)**,

responsable de realizar el seguimiento del sistema y de los resultados alcanzados en los procesos definidos.

El funcionamiento y regularización de los grupos, atribuciones y composición de los mismos se describe de forma resumida en la tabla siguiente.

CONCEPTO→ GRUPO↓	FUNCIONES	COMPOSICIÓN
COMITÉ CALIDAD DE	<ul style="list-style-type: none"> - Definir la política de calidad - Definir los objetivos de Calidad - Establecer las condiciones de planificación y prevención - Editar el Plan de Formación, auditorías y reuniones anuales - Revisión del Sistema de Gestión de Calidad - Divulgar la Política de Calidad - Aprobación de la Documentación del SGC - Determinar la formación necesaria 	<p>Miembros permanentes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Director -Jefe de Estudios -Propietarios de Procesos -Director de la UTC (Secretario) <p>Miembros temporales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los que se precisen según temas a tratar
COMITE SEGUIMIENTO DE PROCESOS (CSP)	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar y seguir el Sistema de Gestión de Calidad - Nominar los grupos de mejora o trabajo - Decidir sobre acciones correctivas - Dinamizar los conceptos de calidad y la aplicación de nuevas técnicas de mejora - Vigilar el cumplimiento de los procesos definidos - Realizar el seguimiento de los indicadores - Resolver los conflictos que se puedan producir entre los diferentes procesos - Realizar el seguimiento de la implantación de las acciones de mejora derivadas del análisis de los resultados obtenidos - Informar al Comité de Calidad del grado de consecución de los objetivos fijados 	<p>Miembros permanentes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Propietarios de Procesos -Director de la UTC (Secretario) <p>Miembros temporales.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los que se precisen según temas a tratar
GRUPOS DE TRABAJO Y/O GRUPOS DE MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar proyectos y/o trabajos y mejora de calidad -Aplicar los métodos de resolución de problemas -Establecer la metodología a seguir, después de su evaluación positiva 	<p>Se nominan tantos grupos como sean necesarios.</p> <p>Para cada proyecto se designa un responsable por el CC. o CSP. y éste a su vez elige la composición del grupo más idónea.</p> <p>En sus reuniones podrán estar presentes miembros temporales e incluso proveedores, quedando a criterio de sus componentes.</p>

El IES Nº 1 DE GIJÓN ha definido la calidad como parte fundamental de su



política y de su estrategia.

La dirección ha establecido la sistemática para asegurar que la política de la calidad es entendida, implantada y mantenida al día en todos los niveles de la organización.

La dirección manifiesta su compromiso en el establecimiento de la política de la calidad y en la realización de las revisiones del sistema por la dirección, y velará por el correcto cumplimiento de los objetivos fijados, dotando de los medios necesarios a los implicados para su consecución. La dirección asegura que este compromiso de calidad es entendido, implantado y mantenido en todos los niveles de organización y que se determinan y cumplen tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.

Como evidencia de este compromiso, la dirección difunde e impulsa de forma sistemática la política y objetivos de la calidad dentro del centro a través de diferentes canales de comunicación, como son la celebración de reuniones específicas, charlas informativas o escritos de comunicación.

Nuestro Sistema está basado en el convencimiento de que la prevención es el origen de la calidad de nuestros servicios, por lo cual nos comprometemos a un seguimiento continuo de nuestros procesos, implantando aquellas medidas preventivas y/o correctivas que nos lleven a alcanzar los objetivos de Calidad marcados y buscando la mejora continua de la eficacia del sistema.

3.1. DISEÑO DEL SISTEMA DOCUMENTAL

La determinación de las necesidades de documentación es una tarea importante, de naturaleza bibliográfica. La norma también es clara al respecto y eso ayuda. No resultó demasiado difícil adaptarla a una empresa formativa o educativa, pues al igual que el modelo EFQM, puede resultar más clarificador la lectura de la propia norma que la de versiones adaptadas a la tipología de la empresa; en efecto, a veces las *traducciones traicionan* el espíritu de la norma. De otra parte, la situación de la documentación disponible era dual: Por una parte estaba dispersa y, aparte del título y del objeto, particularizada por el autor (por ejemplo, los registros de aula de los profesores eran diferentes, la trazabilidad de decisiones departamentales dependían de la capacidad de redacción de actas de reunión del jefe del departamento, etc.) pero también había un fondo documental.

3.2. ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

3.2.1. El manual de la calidad.

Documento de 60 páginas, que sigue un formato clásico, y donde es muy necesaria la coherencia. Fue realizado por pocos autores y revisado por muchos, incluso ajenos al grupo de calidad.

 Gobierno del Principado de Asturias <small>consejería de economía e industria</small>	IES nº 1	MANUAL DE LA CALIDAD	Capítulo: 0 Introducción
		MCD1	Página 2 de 60

CAPÍTULO 0.- INTRODUCCIÓN

- 0.1 INDICE
- 0.2 COPIAS
- 0.3 REFERENCIAS CRUZADAS

0.1.- ÍNDICE

CAPÍTULO 0.- INTRODUCCIÓN	2
0.1.- INDICE	2
0.2.- COPIAS	4
0.3.- REFERENCIAS CRUZADAS	5
CAPÍTULO 1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	8
1.1.- RESEÑA HISTÓRICA	8
1.2.- OBJETO DEL MANUAL DE CALIDAD	8
1.3.- CAMPO DE APLICACIÓN	8
1.4.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	10
CAPÍTULO 2.- NORMATIVA Y LEGISLACIÓN	11
2.1.- NORMATIVA	11
2.2.- LEGISLACIÓN DE REFERENCIA	11
2.3.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	11
CAPÍTULO 3.- TERMINOS Y DEFINICIONES	12
3.1.- TÉRMINOS Y DEFINICIONES	12
3.2.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	15
CAPÍTULO 4.- SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	18
4.1.- REQUISITOS GENERALES	18
4.2.- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	22
4.2.1.- GENERALIDADES	22
4.2.2.- MANUAL DE LA CALIDAD	23
4.2.3.-PROCEDIMIENTOS GENERALES	24
4.2.4.- FICHAS DE PROCESOS	24
4.2.6.- CONTROL DE DOCUMENTOS	25
4.2.8.- CONTROL DE LOS REGISTROS	28
4.3.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	28
CAPÍTULO 5.- RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN	27
5.1.- COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	27
5.2.- ENFOQUE AL CLIENTE	28
5.3.- POLÍTICA DE CALIDAD	30
5.4.- PLANIFICACIÓN	31
5.4.1.- OBJETIVOS DE CALIDAD	31
5.4.2.- PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	31
5.5.- RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	32

PREPARADO CTC	REVISADO JDO	APROBADO DIRECTOR
FECHA 12/1/05	FECHA 22/1/05	FECHA 21/12/05

 Consejo del Profesorado de Asturias <small>CONSEJO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN</small>	IES nº 1	MANUAL DE LA CALIDAD	Capítulo: 0 Introducción
		MG01	Página 3 de 60

6.5.1.- RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	32
6.5.2.- REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	35
6.5.3.- COMUNICACIÓN INTERNA	36
6.6.- REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	38
6.7.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	37
CAPÍTULO 6.- GESTIÓN DE LOS RECURSOS	38
6.1.- PROVISIÓN DE RECURSOS.	38
6.2.- RECURSOS HUMANOS	39
6.3.- INFRAESTRUCTURA	41
6.4.- AMBIENTE DE TRABAJO	43
6.5.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	44
CAPÍTULO 7.- REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	45
7.1.- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	45
7.2.- PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	46
7.3.- DISEÑO Y DESARROLLO	47
7.4.- COMPRAS	48
7.5.- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	52
7.6.- CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	54
7.7.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	55
CAPÍTULO 8.- MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	58
8.1.- GENERALIDADES	58
8.2.- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	58
8.3.- CONTROL DE NO CONFORMIDADES	58
8.4.- ANÁLISIS DE LOS DATOS	58
8.5.- MEJORA	59
8.6.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	60

3.2.2. Manual de procesos.

Un documento original de 500 páginas que describe todos los procesos y sus procedimientos, de acuerdo con el mapa de procesos del centro. Cada proceso, codificado, tiene su definición, objetivo, ámbito de aplicación, propietarios y participantes, indicadores, procesos de entrada y salida, descripción detallada y diagrama de flujo.

La realización de este documento resultó un trabajo ingente, aunque necesario, independientemente de su finalidad respecto a la certificación.

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSERVATORIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA	IES nº 1	MANUAL DE PROCESOS	Capítulo: 0 Índice
		MP01	Página 5 de 500

PG2970.- EMPRESA Y SOCIEDAD	336
SP2980 Relación con otros centros educativos	339
SP2990 Relación con empresas, instituciones y administraciones del ámbito de influencia	342
SP2995 Gestión de bolsa de trabajo	345
PG3001.- GESTIÓN ADMINISTRATIVA	348
SP3005 Gestión de documentos	350
SP3010 Gestión de titulaciones al alumnado	353
SP3015 Gestión de la confidencialidad y seguridad informática.	360
SP3030 Revisar y actualizar documentos	362
SP3035 Archivar y conservar la documentación	364
SP3040 Expedición de certificaciones	366
PG3100.- GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	368
SP3110 Control de asistencia y asignación de guardias al profesorado	372
SP3111 Control de asistencia al personal no docente	
SP3120 Gestión de permisos profesorado	374
SP3121 Gestión de permisos del personal no docente	
SP3130 Gestión de sustituciones del profesorado	387
SP3140 Formación	391
SP3150 Solicitud y alegaciones plantilla funcional	393
SP3200 Relación con A.M.P.A.	396
SP3210 Relación con asociaciones de alumnos y Junta de Delegados	400
SP3215 Relación con asociaciones de empleados	403
SP3220 Plan de acogida personal no docente	405
SP3225 Formación del personal (necesidades, registro de cursos, etc)	407
SP3230 Controlar los contratos de servicios	409
PG3300.- GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES	411

PREPARADO GTC	REVISADO JDG/NRG	APROBADO DIRECTOR
FECHA 12/01/05	FECHA 22/11/05 Versión 1.2	FECHA 21/12/05

3.2.3. Formatos, instrucciones de trabajo y registros.

Supuso la compilación, creación y adecuación de más de 300 documentos, a los que se siguen incorporando otros necesarios.

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSERVATORIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA	IES nº 1	CONFORMIDAD DE CURSO FP REGLADA 2005/2006	 U E F S E
		FRSP201120	Página 1 de 1

Código	Objetivo	60%	60%	60%	60%	85%	0	0	3	70%	<25%	50%	90%	<10%	90%	85%	95%	Conforme	Acc. Correctiva	Acc. Preventiva	
181D	AUXILIAR PELUQUERÍA	83.4	100	75	60	83	12.9	16.6	0				16.6	16.6		60					
221V	EXPLOTACIÓN DE SIST. INFORM.	95	90	90	95	58.6	17	1	0	48.3	51.7		41.4	51.7	95	90		Si			
222V	EXPLOTACIÓN DE SIST. INFORM.	57	58	54	58.2	94	13.1	0	0	72	27.7		55	5	95	90	95	Si			
231D	CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA																				
231F	CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA																				
231T	CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA																				
231V	CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	60.2	64.4	59.8	61.2	79.3		10.3	0	73.0	10.3		73	10.3	95	90	95				
241D	PELUQUERÍA	76	70	83	74	56		9		71	50		50	43	100			SI	No	No	
242D	PELUQUERÍA	76	65	72	73	85		1		76	23	64	76	0	100	90	96	SI	No	No	
242F	PELUQUERÍA																				
251D	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	62	51	40	71	69	5	7	0	61	43		57	36	95			Si		Si	
251F	GESTIÓN ADMINISTRATIVA																				
251T	GESTIÓN ADMINISTRATIVA					100	0	0	0	100	0	60	100	0	100	100	100	Si	No	No	

PREPARADO GTC	REVISADO JDG	APROBADO DIRECTOR
FECHA 1/9/05	FECHA 2/5/06	FECHA 2/5/06

3.3. LA AUDITORÍA INTERNA

La ausencia de una consultora durante este proceso aumentaba nuestra inseguridad. La realización de una amplia auditoría interna iba a confirmar que la implantación del sistema era suficiente para abordar la certificación. Se

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA	IES nº 1	Informe de auditoría interna FRSP111506	 U E F S E Página 1 de 16
--	---------------------------	---	---

AUDITORÍA INTERNA

1. Programa de auditoría interna.

El programa de auditoría interna se realizó en tres fases:

- 1ª Fase. Auditoría de los procesos de admisión de alumnos y organización del curso.
- 2ª Fase. Auditoría de la Programación General Anual
- 3ª Fase. Auditoría del Sistema de Gestión.

IES Nº1. PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA. Primera fase.

1- Clase de auditoría

Auditoría interna con colaboración externa

2- Objeto y ámbito

Revisión de los procesos de admisión de alumnos y organización del curso (PG2001) que comprenden los subprocesos:

SP2002	Gestión de preinscripción
SP2003	Gestión de matriculación
SP2004	Listar profesores, tutores y alumnos de cada curso
SP2005	Planificación de reuniones.
SP2011	Diseñar e identificar cursos
SP2012	Organización de horarios alumnos / profesores
SP2013	Organización de guardias, bibliotecas y recreos.
SP2014	Asignación de profesores y tutores de cada curso

3- Responsabilidades

Director: Julián Dizy García
 Jefe de estudios: Ignacio Martín Flores
 Jefes de estudios adjuntos: Luis Alberto González García y Mariano Argüelles García
 Administrador: Jaime Antuña Palacio
 Inspectora de Educación: Mª Angeles Fernández Montero

4- Documentos de referencia

Todos los documentos de los procesos del apartado 2

5- Elementos a auditar

Los que forman parte de los procesos referidos, en especial los de carácter temporal y aplicación inmediata al comienzo del curso

6- Fechas de realización

Sesión de realización del Plan:	27 de septiembre de 2005
Reunión conjunta de los auditados:	27 de septiembre
	4 de octubre de 2005 (por grupos)
Elaboración del informe:	18 de octubre de 2005
Presentación del informe a la dirección:	25 de octubre de 2005

7- Lugares de realización de las entrevistas

Jefatura de Estudios

PREPARADO JDG	REVISADO	APROBADO
FECHA 30/6/05	FECHA	FECHA

realizó en tres fases, entre septiembre de 2005 y febrero de 2006

3.4.LA AUDITORÍA Y LA CERTIFICACIÓN

El proceso clásico de certificación, realizado con AENOR, transcurrió con gran interés para nosotros. Era la primera vez que lo teníamos y las no conformidades supusieron un último esfuerzo. El final se columbraba. Adelantamos varios meses

Etapas Proceso de Certificación		Meses									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pre-certificación	1 Envío antecedentes a Certificadora	XX									
	2 Recepción Programa de Auditoría de Pre-Certificación	XX									
	3 Auditoría de Pre-Certificación e Informe final de Pre-Auditoría		XX								
	4 Corrección de no conformidades		XX								
Certificación	5. Envío antecedentes a Certificadora			XX							
	6 Recepción Programa de Auditoría de Certificación				XX						
	7. Auditoría de Certificación e Informe final de Auditoría					XX					
	8. Corrección de no conformidades					XX					
	9. Recomendación para la Certificación						XX				
	10. Recepción de Certificado										XX

respecto a la clásica programación, puesto que la precertificación la habíamos realizado nosotros – sin duda peor que lo hubieran hecho los profesionales- y las correcciones de no conformidades fueron hechas con gran empeño.

4. La recepción de los certificados y los beneficios obtenidos.

En general, toda organización es más eficaz que lo fue. Se ha demostrado que el rendimiento de las organizaciones, referido a sus resultados clave, aumenta, al menos, entre un 10-20% más que la media, si participa en planes de calidad total y excelencia, tipo EFQM.

¿Será así en una empresa educativa pública?

4.0. LA RECEPCIÓN DE LOS CERTIFICADOS

El Presidente del Principado de Asturias y el Director del IES N° 1 en el acto de recepción de los certificados.



Por nuestro quehacer estamos convencidos que todo esfuerzo es recompensado. La recepción de los certificados tuvo efecto en un acto que contó con la presencia de autoridades y medios de comunicación en un nivel que reflejaba la importancia estratégica que tiene para Asturias iniciar el camino de la calidad y la excelencia certificadas, en la educación

pública. Incomodaba ver que otras Comunidades Autónomas ya contaban con institutos de enseñanza secundaria y formación profesional homologados.

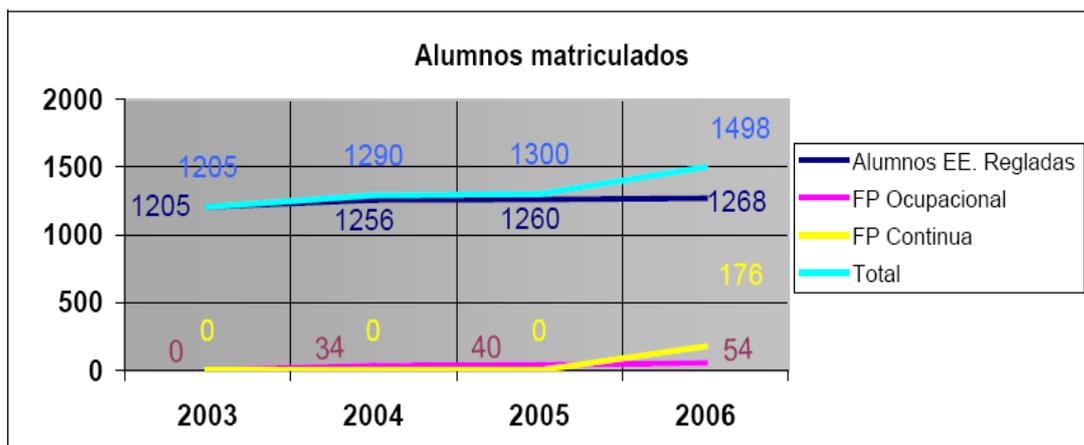
Con cierto orgullo pionero recogimos los certificados pero, también, con la seguridad de que muy pronto dejaremos de ser los únicos. Han pasado unos meses y ahora debemos reflexionar sobre los beneficios.



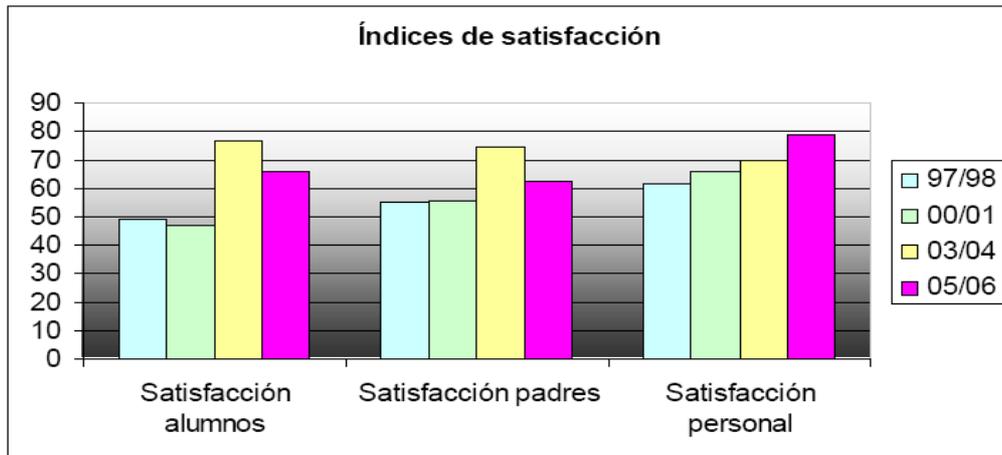
4.1. INFLUENCIA SOBRE RESULTADOS CLAVE

4.1.1. El número de alumnos.

Tenemos varios tipos de clientes, pero sin los clientes-alumnos desapareceríamos. En una Comunidad con un fuerte descenso de población estudiantil es lógico bajar el número de alumnos. Es, generalmente, lo que sucede en todos los centros con entornos poblacionales estables. Sin embargo, modestamente, nuestros alumnos aumentan.



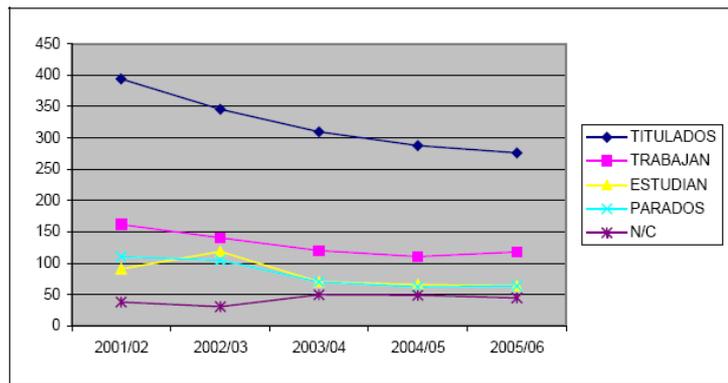
4.1.2. Los índices de satisfacción.



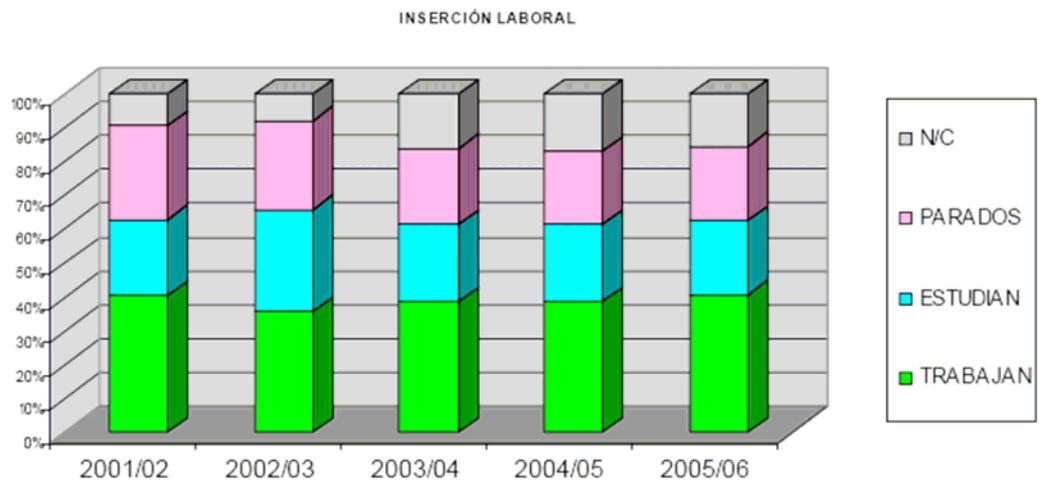
CP01-CP40-PP01. ÍNDICES DE SATISFACCIÓN

4.1.3. La inserción laboral.

El número de titulados en formación profesional reglada desciende, puesto que muchos de nuestros alumnos se van a la Universidad. Pero, en estos últimos tres años, la inserción laboral aumenta y más si se relativiza respecto al número de titulados.



A 10. INSERCIÓN LABORAL



4.1.4. Mejoras en la gestión.

El establecimiento de la gestión por procesos, la definición clara de objetivos para el curso y objetivos de calidad como los dos ejemplos: ,

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Nº1 DE GIJÓN	PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION OBJETIVOS PARA EL CURSO 2006-2007	Fecha: 1/09/06
		PÁG. 3 de 7

Objetivo con relación a la Satisfacción del Cliente	
Objetivo 3:	Desarrollar el Plan contra la Violencia de Género

Responsable de Ejecución:	Director
Plazo:	Junio de 2007
Indicador/Meta:	Indicadores propios del Plan/ Cumplir disposiciones de la Ley de Medidas contra la Violencia de Genero
Seguimiento:	Informes a Jefatura de Estudios y al Consejo Escolar
Responsable:	Presidente del CE, Representante del CE, Jefes de Departamentos

Planificación del objetivo					
	Actividad	Responsable	Recursos*	Fecha	Seguimiento/controles
1	Aplicación de las medidas inmediatas previstas en la Ley de MVG	Julián Dizy y JDD	Bibliografía / papelería	Octubre de 2006	Actas de Organos Colegiados
2	Designación por el CE de la persona encargada de promover el Plan	Julián Dizy	Reunión de CE y Claustro	Diciembre de 2006	Actas de Reunión
3	Inclusión en Proyectos Curriculares	JDD	Reuniones de Dpto. y CCP	Enero/marzo de 2007	Actas de Dpto. y de la CCP
4	Realización de un Plan de Medidas de fomento de iniciativas contra la VG	Rte. del CE	Papelería/Administración	1 de marzo de 2007	Informe al CE
5	Aprobación del Plan	CE		Semana de abril	Acta del CE
6	Despliegue del Plan y captación de subvenciones	Rte. del CE	600 euros y subvenciones	Abril-septiembre de 2007	Informe al CE

* Recursos Administración Aut. y Local y propios

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Nº1 DE GIJÓN	PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DEPARTAMENTO DE CALIDAD	Fecha: 1/09/06
		PÁG. 4 de 6

Objetivo con relación a la Satisfacción del Cliente	
Objetivo 4:	Mejorar el Plan contra el acoso escolar

Responsable de Ejecución:	Alfonso Acebal
Plazo:	Junio de 2007
Indicador/Meta:	Mejora de los indicadores propios del Índice de Acoso Escolar / Informe Comenius
Seguimiento:	Informes a Jefatura de Estudios
Responsable:	Jefa de Estudios Adjunta, Carmen Antón y Jefe del Dpto. de Orientación, Alfonso Acebal

Planificación del objetivo					
	Actividad	Responsable	Recursos*	Fecha	Seguimiento/controles
1	Análisis y evaluación de los indicadores del Plan contra el Acoso Escolar	Carmen Antón y Alfonso Acebal	Bibliografía / papelería	Septiembre de 2006	Informe
2	Difusión de la evaluación del Plan	Carmen Antón y Alfonso Acebal	Reunión de Tutores	Octubre de 2006	Actas de Reunión
3	Nuevas experiencias del grupo internacional de Comenius	Alfonso Acebal y José Cienfuegos	Agencia Leonardo	15 de diciembre de 2006	Informe al Director
4	4ª Reunión Internacional P. Comenius Gijón	Alfonso Acebal y José Cienfuegos		Abril de 2007	Informe a JEE
5	Mejora del Plan: Nuevo Plan	Alfonso Acebal y José Cienfuegos	Papelería	Mayo de 2007	Documento
6	Informe a la Memoria de Fin de curso y a la Agencia Leonardo	JEE y Director	ED y PAS	Junio de 2007	Registro de salida

* Recursos Comenius y propios

PREPARADO jdj	REVISADO jdj	APROBADO Consejo Escolar
FECHA 1/9/06	FECHA 30/9/06	FECHA 15/10/06

la mejora del liderazgo de los equipos, la actuación más homogénea del profesorado, la gestión de la documentación, la utilización de indicadores objetivos, la cultura de las evidencias y la confirmación de la implantación de las mejoras, parecen ventajas evidentes. Pero nuestro futuro inmediato pasa por:

1. Afianzar el modelo EFQM y progresar al nivel plata, superior a 400 puntos.
2. Conservar el extenso certificado ISO 9001 actual (sistema de gestión de calidad e impartición de las enseñanzas de ESO, Bachillerato y Formación Profesional Reglada y Ocupacional) y extenderlo a la gestión medioambiental.
3. Comprobar que beneficios detectados, tales como el aumento del número de alumnos en un medio en descenso demográfico, son atribuibles a la introducción de los conceptos de calidad y excelencia en la gestión. Transmitirlos y contemplar, orgullosos, cómo se generaliza y pasa a ser una garantía de servicio público lo que hoy todavía es una excepción única en Asturias.
4. Conseguir el reconocimiento de los Departamentos de Calidad en los centros de enseñanza.

Referencias

¹ López García L, et al. M.E.C. Formulario para la Autoevaluación. MEGC, tomo c, Madrid (1997)

² Proyecto Misión Empresas Excelentes, del Club Asturiano de la Calidad