

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA INTEGRADO MSGC-F.ODONT.-INTEGRADO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	M ^a Ángeles Serrera	Comisión de Garantía de calidad de la Facultad	Junta de Facultad
Cargo	Vicedecano/a de Calidad.		



INDICE 01.....HISTORICO CAMBIOS

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1 MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD
- 1.2 MODELO DE CALIDAD DE REFERENCIA: IMPLANTA, ESGV 2015 Y AUDIT
- 1.3 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE INTEGRACIÓN NORMATIVA (SGCC, SGCT, ISO 9001:2015)
- 1.4 PRESENTACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
- 1.5 OBJETO Y AMBITO DE APLICACIÓN DEL MANUAL

2. NORMAS PARA CONSULTA

3. TERMINOS Y DEGINICIONES

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

- 4.1 COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN
- 4.2 NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS
 - 4.2.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS
 - 4.2.2 CAUCES DE PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS
- 4.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN
- 4.4 SISTEMA DE GESTIÓN
 - 4.4.1 ALCANCE Y ENFOQUE DE INTEGRACIÓN
 - 4.4.2 CONFLUENCIA DE MARCOS NORMATIVOS Y MATRIZ DE TRAZABILIDAD
 - 4.4.3 PRINCIPALES ACCIONES DE SIMPLIFICACIÓN Y RESESTRUCTURACIÓN
 - 4.4.4 MAPA DE PROCESOS INTEGRADOS

5. LIDEZARGO Y POLITICA DE CALIDAD

- 5.1 RESPONSABILIDAD DIRECTIVA Y ENFOQUE AL CLIENTE/PACIENT
 - 5.1.1 GENERALIDADES
 - 5.1.2 ENFOQUE AL CLIENTE/PACIENTE
 - 5.1.3 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE CALIDAD
- 5.2 POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 - 5.2.1 DECLARACIÓN DE LA POLITICA DE CALIDAD
 - 5.2.2 PRINCIPIOS RECTORES DE ACTUACIÓN
 - 5.2.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE CALIDAD
 - 5.2.4 DESLIEGUE, DIFUSIÓN Y REVISIÓN
- 5.3 ROLES, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

6. PLANIFICACIÓN

- 6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES
- 6.2 OBJETIVOS
- 6.3 PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS

7. APOYO

- 7.1 RECURSOS
 - 7.1.1 GENERALIDADES
 - 7.1.2 RECURSOS HUMANOS
 - 7.1.3 INFRAESTRUCTURAS
 - 7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS
 - 7.1.5 RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
 - 7.1.6 CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN
- 7.2 COMPETENCIAS
- 7.3 TOMA DE CONCIENCIA
- 7.4 COMUNICACIÓN



7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA

- 7.5.1 GENERALIDADES
- 7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN
- 7.5.3 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

8. OPERACIÓN

8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

- 8.1.1 INFORMACIÓN PÚBLICA Y GARANTÍA DE TRANSPARENCIA
- 8.1.2 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EXTINCIÓN DEL TÍTULO

8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

- 8.2.1 DETERMINACIÓN Y REVISIÓN DE REQUISITOS
- 8.2.2 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE Y PARTES INTERESADAS

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS DE DESARROLLO

8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

- 8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DEL SERVICIO
- 8.5.2 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD
- 8.5.3 PROPIEDADES DEL CLIENTE, PROVEEDORES Y OTRAS PARTES INTERESADAS
- 8.5.4 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO Y MATERIALES
- 8.5.5 ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA Y CONTROL DE CAMBIOS

8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

- 9.1.1 GENERALIDADES
- 9.1.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y GRUPOS DE INTERÉS
- 9.1.3 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE DATOS

9.2 AUDITORIA INTERNA

9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (DECANATO)

- 9.3.1 GENERALIDADES
- 9.3.2 ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

10. MEJORA

10.1 GENERALIDADES

10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA

10.3 MEJORA CONTINUA Y RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS GRUPOS DE INTERÉS



0.1. HISTÓRICO DE CAMBIOS

Nº DE REVISIÓN	FECHA	RESUMEN DE CAMBIOS/COMENTARIOS
1	18-05-2011	Revisión inicial
2	28-06-2011	Cambios derivados de la fase I de AENOR, resaltados en rojo, relativos al apartado 6.3., 7.5.1. y 7.5.4. Cambio propuesto al apartado 5.2 para resaltar la supeditación de la práctica asistencial a la demanda docente.
3	22/07/2014	Cambios en el apartado 5.4. Planificación (objetivos), funciones de la comisión de calidad.
4	07/01/2015	Cambios en rojo en los apartados 8.2.3. y 8.4.
5	24/07/2017	Adaptación a los requisitos de la versión de 2015 de la norma ISO 9001
6	Marzo 21	Funciones Covid Junta de Facultad
7	Junio 24	Adaptación a los procedimientos del Garantía de Calidad de la Universidad de Sevilla (Implanta). Inclusión en el alcance los estudios de máster
8	Junio 26	Revisión de la integración del SGC (ISO-IMPLANTA)



1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla afronta el desarrollo de sus actividades bajo un firme compromiso con la mejora continua, la innovación y la calidad, los cuales constituyen ejes fundamentales de su gestión institucional.

1.1. Marco Legal e Institucional de Aseguramiento de la Calidad

Para favorecer la mejora continua de las titulaciones impartidas y garantizar un nivel de calidad que facilite su verificación, seguimiento y acreditación, la Universidad de Sevilla ha establecido un **Sistema de Garantía de la Calidad del Centro (SGCC)**.

La garantía de la calidad se concibe como la atención sistemática, estructurada y continua a la calidad en términos de su mantenimiento y mejora. En el marco de las políticas formativas universitarias, permite a las instituciones comprometerse a implantar y mantener los medios necesarios para asegurar y demostrar la excelencia de sus programas formativos.

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (LOSU)** y el **Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre**, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad, todas las titulaciones oficiales deben someterse a procedimientos periódicos de evaluación por parte de las agencias de calidad. En el caso de la Universidad de Sevilla, la evaluación de estos procesos recae en la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía. (ACCUA), tanto en la fase inicial de la propuesta del título (verificación) como tras su implantación (acreditación).

1.2. Modelos de Calidad de Referencia: IMPLANTA, ESG 2015 y AUDIT

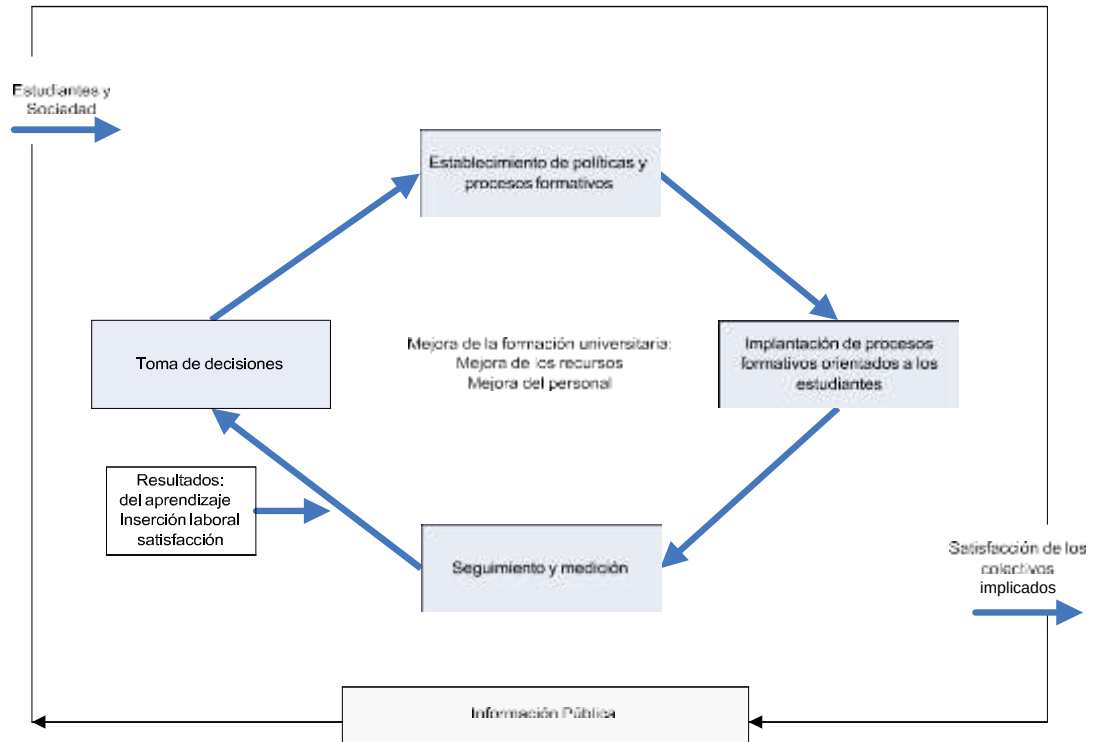
En el ámbito del SGCC, la Universidad de Sevilla adopta el modelo diseñado por ACCUA a través del **Programa IMPLANTA**, estructurado en 5 criterios básicos. Tanto el modelo de ACCUA como el propuesto por el ****Programa AUDIT**** de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) están alineados con los criterios del capítulo 1 de los ****ESG 2015**** (*Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*), tal y como se refleja en la siguiente tabla:



Tabla 1. Correspondencia entre Criterios ACCUA (IMPLANTA), ESG 2015 y AUDIT (ANECA)

Criterio ACCUA (IMPLANTA (V.02))	Criterio ESG 2015	Directriz Programa AUDIT (ANECA)
1. Información Pública	1.8. Información pública	1.6. Cómo el Centro publica información sobre titulaciones
2. Política de aseguramiento de la calidad	1.1. Política de aseguramiento de calidad 1.2. Diseño y aprobación de programas 1.7. Gestión de la información 1.9. Seguimiento continuo y Evaluación periódica de los programas 1.10. Aseguramiento externo de la calidad cíclico	1.0. Cómo el Centro define su política de Calidad y objetivos de calidad 1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos 1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados
3. Personal docente e investigador	1.5. Personal docente.	1.3. Cómo el centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico
4. Gestión de Recursos materiales y servicios	1.6. Recursos para el aprendizaje y apoyo a los estudiantes	1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios
5. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje	1.3. Enseñanza, aprendizaje y Evaluación centrados en el estudiante 1.4. Admisión, evolución, reconocimiento y Certificación de los estudiantes 1.6. Recursos para el aprendizaje y apoyo a los estudiantes	1.2. Cómo el centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes

El SGCC contempla la planificación de la oferta formativa, la evaluación y revisión de su desarrollo y la toma de decisiones para la mejora, articuladas a través del **Ciclo de Mejora de la Formación Universitaria** (adaptado de la Guía para el diseño de SGIC del Programa AUDIT):



1.3. Estructura del Sistema e Integración Normativa (SGCC, SGCT e ISO 9001:2015)

El SGCC implantado en los Centros de la Universidad de Sevilla integra dos documentos básicos:

1. El Manual del Sistema de Garantía de la Calidad del Centro (MSGCC): Describe las características generales del sistema, los requisitos que atiende, su alcance, la documentación genérica de partida, los procedimientos operativos que lo desarrollan y las evidencias o registros resultantes de su aplicación.
2. El Manual de Procedimientos del Sistema de Garantía de la Calidad (MPSGC).

De forma complementaria, la Universidad de Sevilla dispone del **Sistema de Garantía de Calidad de los Títulos (SGCT)** (versión 5, aprobada en Consejo de Gobierno de 21/12/2016), aplicable a todos los títulos oficiales de Grado y Máster. Implantado inicialmente en el curso 2009-2010 con el apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad y los Servicios Centrales, el SGCT incluye 9 procedimientos cuya correspondencia con el modelo IMPLANTA se detalla a continuación:



TABLA 2: Correspondencia entre los Procedimientos del SGCT (v5) y los Criterios IMPLANTA de Integración en la Facultad de Odontología

Criterios IMPLANTA-ACCUA	Procedimientos del SGCT (*) Manual SGC
1. INFORMACIÓN PÚBLICA	Procedimiento 9
2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Manual SGC apartado 3.4
3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR	Manual SGC apartado 6.3, Procedimientos 1,2
4. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	Procedimientos 3, 4, 5
5. GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE	Manual SGC apartado 6.5, Procedimientos 6, 7, 8
(*) Procedimientos del SGCT	
1. EVALUACIÓN Y MEJORA DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO	
2. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA Y EL PROFESORADO	
3. EVALUACIÓN DE LAS INFRAESTRUCTURAS Y RECURSOS	
4. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE MOVILIDAD	
5. EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EXTERNAS	
6. EVALUACIÓN DE LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS GRADUADOS Y DE LA SATISFACCIÓN CON LA FORMACIÓN RECIBIDA	
7. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL TÍTULO DE LOS DISTINTOS COLECTIVOS	
8. GESTIÓN Y ATENCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS E INCIDENCIAS	
9. MECANISMOS PARA LA DIFUSIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS, SU DESARROLLO Y RESULTADO	

En la Facultad de Odontología, este marco institucional universitario se integra con un **Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma UNE-EN ISO 9001:2015**.

Esta integración permite ampliar el alcance tradicional del SGCT —centrado en la enseñanza reglada de Grado y Máster— al incorporar la **asistencia sanitaria odontológica a pacientes** desarrollada durante la formación práctica clínica.

El Sistema de Gestión de la Calidad integrado de la Facultad persigue los siguientes fines:

- Asegurar a los usuarios y agentes sociales** el compromiso constante por cumplir y elevar los estándares de calidad de los servicios académicos y asistenciales, satisfaciendo sus necesidades presentes y futuras.
- Identificar y optimizar los procesos internos** en un marco de mejora continua.
- Dotar a la organización de herramientas claras** que definan las responsabilidades del personal, evitando solapamientos competencias.
- Disponer de mecanismos de actuación** que prevengan no conformidades y aseguren el tratamiento y resolución eficaz de aquellas que se produzcan.
- Describir detalladamente las actividades del Centro**, facilitando la incorporación de nuevas técnicas, procedimientos y personal que contribuyan a la excelencia del servicio.



1.4. Presentación de la Facultad de Odontología

La trayectoria de la formación odontológica en la Universidad de Sevilla se inicia en 1980 con la creación de la Escuela de Estomatología dentro de la Facultad de Medicina, donde se formaron 11 promociones (aproximadamente 500 especialistas). En 1989 se iniciaron los estudios conducentes al título de Licenciado en Odontología, coexistiendo temporalmente ambas titulaciones.

La creciente demanda asistencial y docente motivó la construcción de unas nuevas instalaciones junto a la Torre de los Perdigones, inauguradas en el año 2002. Estas infraestructuras, ampliadas a partir del año 2007, permiten formar simultáneamente a unos 500 estudiantes, dando respuesta a la elevada carga asistencial asociada a sus prácticas clínicas.

Actualmente, las funciones principales de la Facultad de Odontología son:

- La **formación universitaria de Grado**.
- La **formación y especialización de profesionales en activo** (Titulaciones de **Posgrado** y Máster).
- La **investigación** y generación de nuevo conocimiento.
- El **servicio a la sociedad** mediante la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la salud bucodental.

Estas funciones, junto con los principios rectores de la gestión de la calidad, constituyen la **Misión, Visión y Valores** del Centro y se desarrollan operativamente en nuestra **Carta de Servicios**.

1.5. Objeto y Ámbito de Aplicación del Manual

El presente Manual de Gestión tiene por objeto describir el Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad de Odontología de acuerdo con los requisitos de la norma **UNE-EN ISO 9001:2015** ("Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos"), sirviendo como referencia permanente durante su implantación, mantenimiento y evaluación.

El ámbito de aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad abarca las siguientes actividades desarrolladas por la Facultad:

1. Impartición de Enseñanza Universitaria Reglada (Títulos oficiales de Grado y Máster).
 - Grado en Odontología
 - M.U. en Odontología Médico-Quirúrgica e Integral
 - M.U. en Odontología Restauradora, Estética y Funcional
 - M.U. en Odontología Infantil.
2. Realización de Prácticas Clínicas y Asistencia Sanitaria a Pacientes.



2. NORMAS PARA CONSULTA

Las normas que han servido de referencia para la elaboración del presente Manual, así como otros documentos relacionados con el contexto de la Gestión de Calidad en el ámbito de la Enseñanza Universitaria y la Asistencia Sanitaria, son las siguientes:

- **Normas de Gestión de Calidad:**
 - UNE-EN-ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
 - UNE-EN-ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y vocabulario.
- **Normativa Universitaria y de Calidad Académica:**
 - Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (LOSU).
 - Ley 15/2003, de 22 de diciembre, Andaluza de Universidades.
 - Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad.
 - Real Decreto 678/2023, de 18 de julio, por el que se regula la acreditación estatal para el acceso a los cuerpos docentes universitarios.
 - Criterios y Directrices para el Aseguramiento de la Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG 2015).
 - Modelo IMPLANTA de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA) / ANECA.
 - Programa DOCENTIA de evaluación de la actividad docente del profesorado.
- **Normativa Sanitaria y de la Profesión:**
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
 - Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.
 - Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista Dental.
- **Protección de Datos:**
 - Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD).
 - Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).
- **Normativa Institucional y Propia de la Universidad de Sevilla:**
 - Estatuto de la Universidad de Sevilla.



- Reglamento de Actividades Docentes de la Universidad de Sevilla.
- Reglamento de Evaluación y Calificación de las Asignaturas de la Universidad de Sevilla.
- Carta de Servicios de la Facultad de Odontología.
- Normativa de Funcionamiento del Área de Prácticas Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.
- Sistema de Garantía de Calidad del Título / Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) de la Facultad de Odontología.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para el propósito de este Manual son aplicables los términos y definiciones dados en la Norma UNE-EN-ISO 9000:2015 "Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y vocabulario".

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1. COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

La Facultad de Odontología determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y de su SG.

La Facultad de Odontología tiene constituida Comisiones de Calidad del Título, de carácter consultivo y una Junta de Facultad, de carácter ejecutivo, que son los órganos responsables del análisis del contexto de la Organización y de la toma de decisiones derivada.

Para ello, se analiza y evalúa todas las estas cuestiones internas y externas que afectan a su propósito y a la dirección estratégica de la Facultad, de manera coherente con las directrices de la Universidad de Sevilla y que pueden afectar a su capacidad para lograr los resultados previstos. Para ello se considera diversa información que se plasma en distintos informes y documentos desde una múltiple perspectiva:

- Dentro del contexto externo: las amenazas y oportunidades considerando las condiciones sociales y el contexto docente, sanitario, cultural, político, legal y reglamentario, económico y financiero, tecnológico, etc. capaces de afectar o de verse afectadas por la organización,
- Dentro del contexto interno: las debilidades y fortalezas considerando las actividades, los servicios, la dirección estratégica, la cultura de la organización y las capacidades (personas, conocimientos, procesos, sistemas).

Ejemplos de acciones realizadas para este análisis del contexto y de documentación derivada de este análisis son las memorias de seguimiento y autoinformes globales de re-acreditación del título, planes de mejora, pertenencia y representación en la Universidad de Sevilla, memorias económicas y decisiones de inversión, etc.



Los posibles cambios significativos o actualización del contexto son considerados durante el proceso de Revisión por la Dirección, según se especifica en el apartado 9.3 del presente Manual y quedan documentados según se referencie en los informes asociados.

4.2. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

4.2. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

La Facultad de Odontología, al implantar su SGCC, toma en consideración los requisitos de calidad explícitos o implícitos de los diferentes grupos de interés con relación a la formación que se imparte, prestando especial atención a los estudiantes. Se entiende por grupo de interés toda persona, colectivo o institución que tiene interés en el Centro, en sus enseñanzas o en los resultados obtenidos.

El análisis de las necesidades y expectativas de los grupos de interés constituye el punto de partida para el desarrollo de los procesos del SGCC y para el establecimiento de los objetivos de calidad. Los grupos de interés colaboran en las decisiones a través de diversos cauces y son tenidos en cuenta en la rendición de cuentas y la retroalimentación de los resultados.

Por otro lado, el **Plan de Comunicación de la Facultad de Odontología** (*insertar URL al publicarlo*) establece los interlocutores y medios utilizados para garantizar la visibilidad, transparencia e información pública a todos los grupos de interés, en coherencia con los objetivos del Manual de Garantía de Calidad y el procedimiento PC-11 (Procedimiento de Información Pública).

4.2.1. Identificación de los grupos de interés

A título ilustrativo, el Centro clasifica a sus partes interesadas en dos grandes bloques:

Grupos de Interés Internos	Grupos de Interés Externos
• Estudiantes	• Potenciales estudiantes y familias
• Personal Docente e Investigador (PDI)	• Egresados
• Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios (PTGAS)	• Empresas / Empleadores
	• Administraciones Públicas (Ministerio, Junta de Andalucía, ANECA, ACCUA, etc.)
	• Otros centros / Universidades



Grupos de Interés Internos	Grupos de Interés Externos
	• Sociedad en general



4.2.2. Cauces de participación de los grupos de interés

El alumnado, profesorado y PTGAS están representados en los órganos colegiados del Centro (Junta de Centro y comisiones delegadas de calidad), en los Consejos de Departamento y en los órganos de Gobierno de la Universidad de Sevilla (Consejo Social, Claustro o Consejo de Gobierno).

Los empleadores, Administraciones Públicas y la sociedad participan mediante las herramientas recogidas en el Plan de Comunicación y el procedimiento PC-11. De forma especial, se fomenta la relación con las organizaciones profesionales del sector bucodental y con los empleadores a través de las prácticas externas, la tutorización de estudiantes y las encuestas del centro.

A continuación, se detallan los principales cauces de participación por colectivo:

A. Grupos de Interés Internos

- **Estudiantes:** Buzón de quejas, sugerencias, felicitaciones e incidencias (PA01/IT-11); encuestas de satisfacción y evaluación (PA04/PG-07); reuniones de departamento, Delegación de Alumnos y asambleas; participación en la Junta de Centro y Comisiones de Calidad.
- **Personal Docente e Investigador (PDI):** Buzón de quejas, sugerencias e incidencias; encuestas de satisfacción; reuniones de departamento y asambleas; representación en Junta de Centro y Comisiones de Calidad; participación en grupos de investigación.
- **Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios (PTGAS):** Buzón de incidencias y sugerencias; encuestas de satisfacción del personal; reuniones de departamento/servicio; participación en Junta de Centro y Comisiones del SGCC.

B. Grupos de Interés Externos

- **Potenciales estudiantes y familias:** Buzón web de información y sugerencias; Jornadas de Puertas Abiertas/Eventos de captación; Salón del Estudiante de la Universidad de Sevilla.
- **Egresados:** Encuestas de inserción y satisfacción del Centro y de la Oficina de Análisis y Prospectiva de la US; buzón de sugerencias; participación en conferencias, seminarios, encuentros y grupos de investigación.
- **Empresas y Empleadores:** Encuestas a tutores de prácticas externas y empleadores; plataforma ICARO para la gestión de prácticas; buzón institucional de sugerencias e incidencias.
- **Administraciones Públicas (ANECA, ACCUA, Consejería, Ministerio):** Informes de verificación, seguimiento y renovación de la acreditación de títulos; revisión de Memorias Anuales e informes de otros programas de calidad.
- **Otros centros o Universidades:** Reuniones de grupos de investigación; proyectos comunes interuniversitarios a nivel de Título o de Centro.



- **Sociedad en general:** Buzón público de quejas, sugerencias y felicitaciones; jornadas y seminarios de divulgación abiertos a la ciudadanía; acciones de compromiso social e integrales en salud bucodental.

4.3. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad certificado en la Facultad de Odontología incluye la prestación de los servicios de:

- Impartición de formación universitaria reglada de Grado en Odontología, Máster en Odontología Infantil, Máster Universitario en Odontología Restauradora, Estética y Funcional, y Máster Universitario en Odontología Médico-Quirúrgica e Integral.
- Realización de prácticas clínicas en el ámbito odontológico docente.

Actividades desarrolladas en las instalaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla con emplazamiento en:

Calle Avicena, s/n, 41009 Sevilla

Debido a la naturaleza de los servicios que la organización suministra, las actividades que desarrolla y a las características de los requisitos de los clientes, el Sistema de Gestión de la Facultad de Odontología considera fuera del alcance determinados requisitos del Capítulo 8 de la Norma ISO 9001:2015, al determinar que no afectan a la capacidad de La Facultad de Odontología para prestar un servicio de calidad.

Dichos requisitos son los relativos al apartado **8.3 “Diseño y Desarrollo de los productos y servicios”**, al tratarse de enseñanza reglada.

4.4. SISTEMA DE GESTIÓN

4.4.1. Alcance y Enfoque de Integración

La Facultad de Odontología, ha establecido, documentado, implantado y mantenido un **Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) Integrado** que da respuesta coordinada tanto a los requisitos de la norma internacional **UNE-EN ISO 9001:2015** como a los criterios y directrices del **Programa IMPLANTA** de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (**ACCUA**).

El objetivo principal de esta integración es evitar la duplicidad documental y operativa, garantizando que el diseño, la ejecución y el seguimiento de los procesos universitarios respondan tanto a los estándares de gestión por procesos y mejora continua de la norma ISO 9001, como a las exigencias de aseguramiento interno de la calidad de los títulos universitarios fijadas por ACCUA.

4.4.2. Confluencia de Marcos Normativos y Matriz de Trazabilidad

Para estructurar la gestión operativa y estratégica, el Centro organiza sus procesos bajo la tipología clásica de la norma ISO 9001 (Procesos Estratégicos, Procesos Clave/Operativos y Procesos de



MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA INTEGRADO ISO-IMPLANTA

MSGC-F.ODONT.
INTEGRADO

Apoyo/Soporte), haciendo corresponder cada uno de ellos con los Criterios de Evaluación del marco IMPLANTA-ACCUA:

A continuación, se presenta la matriz de integración llevada a cabo a nivel de procedimientos.

Nombre del Procedimiento	Código IMPLANTA	Código ISO 9001	Responsable	Criterio IMPLANTA	Requisito ISO 9001	Estado y Acción de Unificación / Integración
Política y Objetivos de Calidad	PE-01	PE-01 / MGC Cap. 5	Decano	2.1. Política y Objetivos	Cap. 4 (Contexto) / Cap. 5 (Liderazgo)	Coexistente: Se alinea el establecimiento de objetivos en ambos marcos.
Garantía de Calidad de los Programas Formativos	PE-02	PO-11 / IT-09 (Sustituidos)	Vicedecano de Calidad	2.3. Diseño y Seguimiento	8.1 Planificación Operacional	Unificado en PE-02: Absorbe y sustituye a PO-11 (Diseño) e IT-09 (Seguimiento).
Calidad del Personal Académico (PDI)	PE-03	PG-04 (PDI) (Sustituido)	Vicedecano de Calidad	3. Personal Docente (PDI)	7.1.2 Personas / 7.2 Competencia	Desglosado: Reemplaza el bloque PDI del antiguo PG-04.
Medición, Análisis y Mejora del Sistema	PE-04	PE-04 / MGC Cap. 9-10	Vicedecano de Calidad	2.2. Aseguramiento de Calidad	Cap. 4 (Contexto) / Cap. 9-10 (Mejora)	Coexistente: Se referencia de forma explícita en el Manual ISO.
Diseño de la Oferta Formativa	PC-01	PC-01 (Rel. PO-11/PO-08)	Vicedecano de Calidad	2.3. Diseño de Programas	8.3 Diseño y Desarrollo	Vigente: Regula aprobación de titulaciones. Enlazado con PE-02, PO-11 y PO-08.
Admisión y Matriculación	PC-02	PO-07 (Sustituido)	Secretario	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Unificado en PC-02: Absorbe la gestión de expedientes sustituyendo por completo al PO-07.
Orientación al Estudiante	PC-03	PC-03	Vic. Planificación Estratégica	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Mantiene codificación única.
Planificación y Desarrollo de la Enseñanza	PC-04	PO-08 / PO-11 (Sustituidos)	Vic. Planificación Estratégica	2.3 Diseño / 5. Aprendizaje	8.1 Planificación Operacional	Unificado en PC-04: Incorpora la elaboración del POD (PO-08) y PO-11, eliminando estos últimos.
Gestión y Revisión de Prácticas Externas y Clínica	PC-05	PC-05 / PO-02 / PO-05	Responsable de Prácticas Clínicas	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 (Operación Sanitaria)	Reestructurado: PC-05 se reorienta como macroproceso de la Clínica articulando los PO-01 a PO-05.
Gestión y Revisión de la Movilidad	PC-06	PC-06	Vic. Planificación Estratégica	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Mantiene codificación única.
Gestión de Trabajos Fin de Estudios (TFG/TFM)	PC-07	PC-07 (Rel. PO-08/PC-04)	Vic. Planificación Estratégica	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Coexistente: Vinculado con la asignación docente regulada en PC-04.
Evaluación de los Aprendizajes	PC-08	PC-08 (Rel. IT-09)	Vicedecano de Calidad	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 9 (Evaluación del Desempeño)	Vigente: Define criterios marco; el detalle de seguimiento (IT-09) pasa a PE-02.
Orientación Profesional	PC-09	PC-09	Vic. Planificación Estratégica	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Mantiene codificación única.
Gestión de la Inserción Laboral	PC-10	PC-10	Vic. Planificación Estratégica	5. Procesos de Aprendizaje	Cap. 8 y 9 (Desempeño)	Mantiene codificación única.
Gestión de la Información Pública	PC-11	PC-11	Vicedecano de Calidad	1. Información Pública	7.4 Comunicación	Coexistente: Se referencia expresamente en el Manual ISO.
Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Felicidades	PA-01	IT-11 (Sustituida)	Decano	2.2. Análisis y Seguimiento	10.2 No Conformidades	Unificado en PA-01: Absorbe y elimina IT-11 (quejas clínicas); se vincula formalmente con PG-08.
Gestión de Recursos Materiales	PA-02	PA-02 (Rel. PO-03/PO-04)	Administradora	4. Recursos Materiales	7.1 Recursos	Actualizado: Incorpora cláusula explícita sobre el Plan de Mantenimiento e Inventario.
Gestión de Servicios del Centro	PA-03	PA-03 / ISO 8.5.1	Secretario	4. Recursos Materiales	8.5.1 Control de Provisión	Coexistente: Se cita en el apartado 8.5.1 del Manual ISO.
Satisfacción de los Grupos de Interés	PA-04	PG-07 (Sustituido)	Vicedecano de Calidad	2.2. Análisis y Seguimiento	9.1.2 Satisfacción del Cliente	Unificado en PA-04: Absorbe e integra todo el contenido de PG-07, sustituyéndolo.
Gestión del PTGAS	PA-05	PG-04 (PAS) (Sustituido)	Administradora	4. Recursos Materiales	7.1.2 Personas / 7.2 Competencia	Desglosado: Reemplaza el bloque PAS del antiguo PG-04.
Control de Documentación y Registros	-	PG-02	Vicedecano de Calidad	2. Aseguramiento Calidad	7.5 Información Documentada	Procedimiento General ISO transversal.
Gestión de No Conformidades y Acciones	-	PG-08	Vicedecano de Calidad	2. Aseguramiento Calidad	10.2 No Conformidades	Procedimiento General ISO transversal (referencia a PA-01).
Laboratorio Tecnológico	-	PO-01	Vicedecano de Calidad	5. Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Procedimiento Operativo de Clínica/Soporte.
Atención a Pacientes	-	PO-02	Resp. Prácticas Clínicas	5. Aprendizaje	Cap. 8 (Operación Sanitaria)	Procedimiento Operativo Clave Sanitario.
Servicios Técnicos y Mantenimiento	-	PO-03	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación)	Procedimiento Operativo de Mantenimiento.
Proceso de Almacén y Custodia	-	PO-04	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación)	Procedimiento Operativo de Almacén.
Esterilización de Instrumental	-	PO-05	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación Sanitaria)	Procedimiento Operativo Sanitario Crítico.
Gestión de Residuos Peligrosos	-	IT-01	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación)	Instrucción Técnica de Bioseguridad.
Gestión de Historias Clínicas	-	IT-02	Vicedecano de Calidad	5. Aprendizaje	Cap. 8 (Operación / LOPD)	Instrucción Técnica de Documentación Clínica.
Gestión de Acuerdos y Convenios	-	IT-04	Vicedecano de Calidad	4. Recursos y Alianzas	Cap. 8 (Operación)	Instrucción Técnica Institucional.
Gestión de Acceso al Campus	-	IT-05	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación)	Instrucción Técnica de Seguridad.
Gestión de Botiquines de Urgencias	-	IT-06	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación)	Instrucción Técnica Sanitaria.
Gestión de Cajoneras y Taquillas	-	IT-07	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación)	Instrucción Técnica Logística.
Control de Equipos Radiodiagnósticos	-	IT-08	Vicedecano de Calidad	4. Recursos Materiales	Cap. 8 (Operación Radiológica)	Instrucción Técnica de Radioprotección.
Trabajos de Laboratorio para Facultad	-	IT-10	Vicedecano de Calidad	5. Aprendizaje	Cap. 8 (Operación)	Instrucción Técnica Protésica.



4.4.3. Principales Acciones de Simplificación y Reestructuración:

1. Unificación de la Gestión de Personal (PG-04):

- El antiguo procedimiento general PG-04 queda extinguido y reemplazado por **PE-03** (específico para PDI y calidad docente) y **PA-05** (específico para el PTGAS), garantizando mayor precisión organizativa.

2. Integración de la Planificación Docente (PC-04, PE-02):

- Los procedimientos PO-08 (Elaboración del Plan Docente/POD) y PO-11 (Diseño de asignaturas) quedan absorbidos en **PC-04** y **PE-02**, reduciendo la dispersión documental.

3. Reorientación Estratégica del Proceso de Prácticas Clínicas (PC-05):

- El PC-05 pasa de ser una descripción genérica de prácticas externas a convertirse en el **eje vertebrador de la Clínica Odontológica**, articulando el servicio asistencial sanitario con el aprendizaje del alumnado mediante subprocesos específicos.

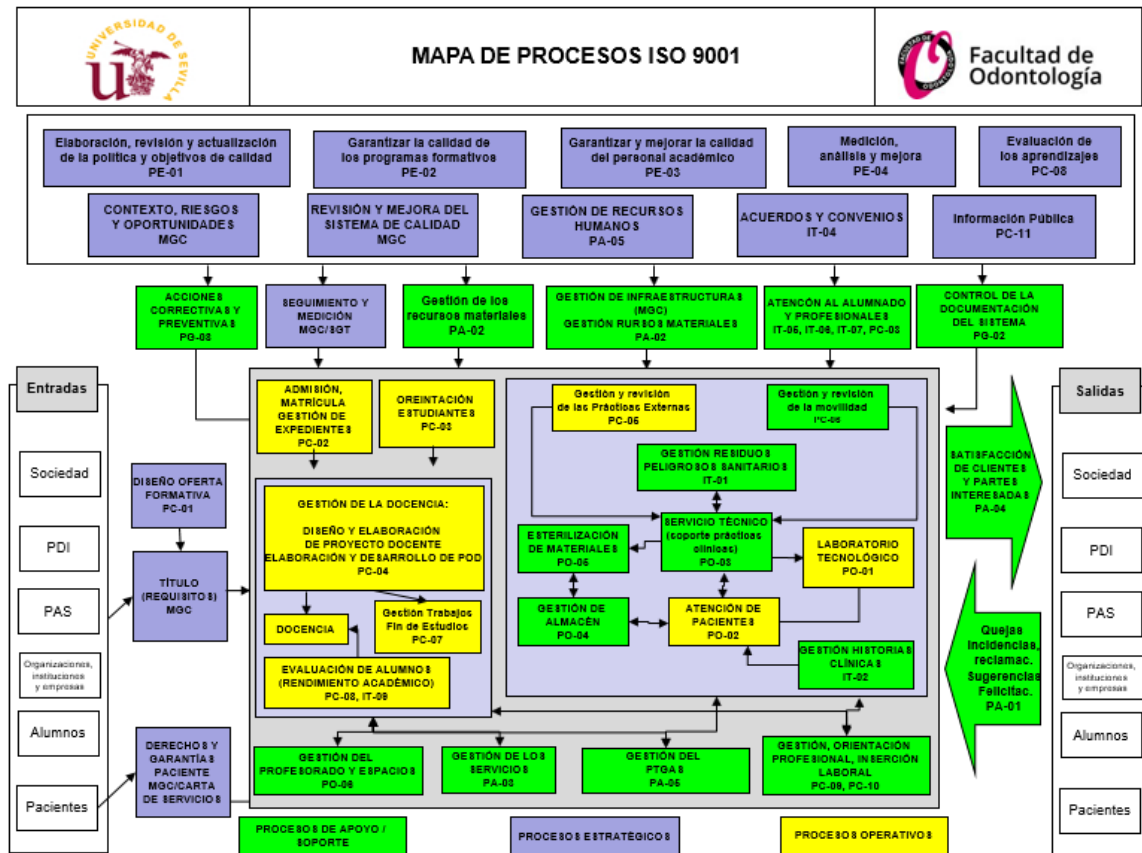
4. Simplificación en la Captación de Opinión y Reclamaciones (PA-01, PA-04):

- Las quejas clínicas de la antigua IT-11 se refunden totalmente en **PA-01**.
- Las encuestas y estudios de satisfacción del antiguo PG-07 se integran íntegramente en **PA-04**.

4.4.4. El Mapa de Procesos Integrado

Como evidencia de la interrelación entre ambos marcos, se presenta el Mapa de Procesos Integrado del Centro. En dicha representación gráfica se observa visualmente la confluencia gráfica y metodológica.

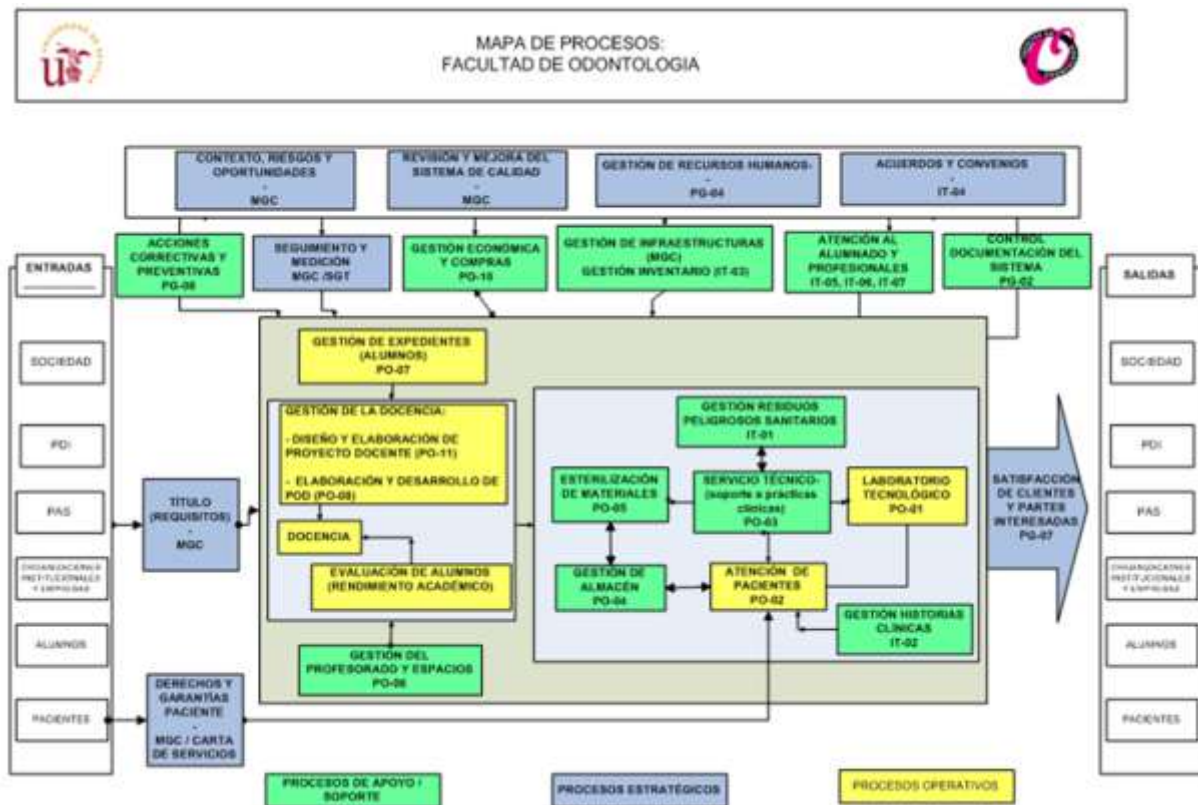
Estructura horizontal (Visión ISO 9001): Agrupa los procesos en el flujo de entrada/salida (Necesidades de Grupos de Interés → Procesos Estratégicos, Operativos y de Apoyo → Satisfacción de Clientes/Partes Interesadas).



Estructura por bloques y códigos (Visión IMPLANTA): Cada proceso incluye su codificación estandarizada (PE, PC, PA) y su adscripción explícita al Criterio del programa IMPLANTA-ACCUA correspondiente.



De esta forma, cualquier modificación o evaluación sobre un proceso repercute simultáneamente en el cumplimiento del requisito ISO 9001 correspondiente y en la evidencia exigida por el marco IMPLANTA.





5. LIDERAZGO Y POLÍTICA DE CALIDAD

5.1. Responsabilidad Directiva y Enfoque al Cliente/Paciente

El Decano y el Equipo de Gobierno asumen el liderazgo directo del SGC Unificado.

Dada la naturaleza universitaria del Centro, la asistencia sanitaria en clínica está supeditada a las exigencias del aprendizaje académico del alumnado, aspecto explícitamente informado y aceptado por el paciente en el consentimiento informado.

5.1.1. Generalidades

La Dirección, representada por el Decanato, está comprometido en la implantación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, por lo que:

- Se implica en comunicar a todo el personal de la Facultad la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, así como los legales y reglamentarios.
- Establece la Política de Calidad y Objetivos, así como la planificación, tal y como se describe en los apartados 5.2 y 6 del presente Manual.
- Lleva a cabo revisiones del sistema de gestión de calidad, según se describe en el capítulo 9.3 del presente Manual de Gestión de Calidad.
- Se asegura la disponibilidad de los recursos según lo indicado en el capítulo 7.

5.1.2. Enfoque al cliente

El Decanato de la Facultad de Odontología se asegura que las necesidades y expectativas de los clientes están determinadas (incluyendo las obligaciones y requisitos legales y reglamentarios referidos a los servicios), son convertidas en requisitos y los requisitos son satisfechos con el propósito de lograr la satisfacción de los clientes, tal y como se describe en los siguientes capítulos del presente Manual.

En el contexto de los servicios ofrecidos y las actividades desarrolladas por la Facultad de Odontología, identificamos como clientes:

- Sociedad (en el contexto de la enseñanza universitaria, formando a los futuros profesionales odontólogos que la sociedad demanda)
- Pacientes (en el desarrollo de la asistencia sanitaria objeto de prácticas clínicas en la Facultad)

En este sentido es importante resaltar que la docencia en sí es el objetivo principal de la Facultad como Centro docente, por lo que la práctica asistencial queda supeditada de este modo a la propia “demanda” docente, tal y como se refleja en los consentimientos informados que se entrega a cada paciente para la realización de tratamiento odontológico en la Facultad.

Adicionalmente, en los procedimientos operativos, se definen, para cada proceso descrito, los clientes externos e internos identificados, como pueden ser según el proceso alumnos, profesores, pacientes o PTGAS.



Igualmente, en la Facultad no sólo se tiene en cuenta los clientes externos, sino a aquellos agentes sociales o personal implicado que pueda constituir partes interesadas en los servicios prestados por la Facultad, tal y como se establece en el apartado 4.2 del presente Manual y en el PG-07 "Satisfacción de Clientes y Partes Interesadas".

5.1.3. Estructura Organizativa de Calidad

El Esquema Organizativo de Calidad del Centro se vertebra en torno a las siguientes responsabilidades directivas y órganos colegiados:

A. Equipo Decanal y Decano/a

- El **Equipo Decanal**, y en particular su **Decano/a** como principal responsable del Centro, están comprometidos con el establecimiento, desarrollo, revisión y mejora de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGCC).
- Asume las responsabilidades que en los diferentes documentos del SGCC se indican, establece la propuesta de Política y Objetivos del Centro, propone a la Junta de Centro la revisión de la composición y funciones de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro, promueve la creación de equipos de mejora para atender a los resultados de las revisiones y evaluaciones realizadas, y lidera en todo momento las actuaciones correspondientes al SGCC.
- El/La Decano/a establece la Política y los Objetivos de la Calidad de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento **PE-01** ("Elaboración, revisión y despliegue de la Política y Objetivos de Calidad") para las actividades objeto del alcance del SGCC, y comunica a todo su personal la importancia de satisfacer los requisitos de los grupos de interés, así como los legales y reglamentarios de aplicación a sus actividades.
- Se compromete, además, a llevar a cabo revisiones del SGCC y a asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para que se cumplan los Objetivos de la Calidad.
- Igualmente, el Equipo Decanal fomenta la participación de los miembros del Centro para que realicen propuestas de mejora, las cuales son estudiadas por la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y, en su caso, aprobadas por la Junta de Centro, con el objetivo de mejorar los procedimientos y los resultados de la calidad.

B. Vicedecano/a de Gestión de la Calidad e Innovación Docente

- Para ayudarle en las tareas correspondientes al diseño, implantación, mantenimiento y mejora del SGC del Centro, el/la Decano/a nombra a un/a **Vicedecano/a de Gestión de la Calidad e Innovación Docente**.



- Con independencia de las responsabilidades que se le indiquen en el correspondiente nombramiento o que le sean asignadas posteriormente por la Comisión de Garantía de Calidad, tiene la responsabilidad y autoridad suficiente para:
 1. Asegurarse de que se establecen, implantan y mantienen los procedimientos necesarios para el desarrollo del SGC del Centro.
 2. Informar al Equipo Decanal sobre el desempeño del SGCC y de cualquier necesidad de mejora.
 3. Asegurarse de que se promueve la toma de conciencia de los requisitos de los grupos de interés en todos los niveles del Centro.

C. Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGCC)

- Órgano colegiado encargado del análisis de los indicadores de rendimiento académico, satisfacción de usuarios, tramitación de informes de seguimiento y propuesta de planes de mejora a la Junta de Centro.

D. Responsable del Área de Prácticas Clínicas

- Encargado/a del control operativo y sanitario de la Clínica Odontológica, asegurando la integración del aprendizaje práctico con los protocolos asistenciales y de bioseguridad (PC-05).

E. Administración de la Facultad y PTGAS

- La Administradora del Centro coordina la ejecución operacional de los procedimientos de apoyo técnico, mantenimiento de infraestructuras (PA-02), gestión económica y del PTGAS (PA-05).

5.2. POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

La Política y los Objetivos de Calidad de la Facultad se elaboran, revisan y despliegan de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento estratégico **PE-01** ("Elaboración, revisión y despliegue de la Política y Objetivos de Calidad").

Se garantiza la alineación permanente con las directrices institucionales de la Universidad de Sevilla y los estándares europeos ESG.

Dicha revisión se realizará de forma periódica, al menos en la Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión (según lo establecido en el punto 9.3 del presente manual de gestión), y, de forma extraordinaria, siempre que la Dirección lo considere necesario.

La Política de Calidad de la Facultad está documentada y a disposición de las partes interesadas en particular y del público en general en la Web de la Facultad <https://odontologia.us.es/>. El Decanato se asegura que la Política es entendida, implantada y



mantenida al día en la Facultad. En el apartado 7.4. “Comunicaciones” del presente Manual se describen los criterios dispuestos para ello. Además, siempre en coherencia con lo expuesto en el PC11 Procedimiento para la Gestión de la Información Pública y Disponible del Sistema de Garantía de la Calidad de la Facultad de Odontología (SGC-F.Odontología).

5.2.1. Declaración de la Política de Calidad

La Facultad de Odontología, como parte integral de la Universidad de Sevilla, asume formalmente el compromiso de la prestación del servicio público de educación superior y de asistencia sanitaria. En el marco de su Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC), el Centro establece como prioridad estratégica la satisfacción de sus grupos de interés (estudiantado, personal docente e investigador, personal técnico y de gestión, egresados, empleadores, pacientes y la sociedad en su conjunto).

Esta estrategia se vertebra sobre **tres pilares fundamentales**:

1. **Docencia y Formación Continuada:** Organización y desarrollo de enseñanzas de Grado, Posgrado y Formación Continuada de máxima cualificación, orientadas a la excelencia académica y profesional.
2. **Investigación y Transferencia:** Impulso a la generación de conocimiento científico en el ámbito odontológico, fomentando la innovación y su transferencia activa a la sociedad y al sector sanitario.
3. **Asistencia Sanitaria y Compromiso Social:** Prestación de una atención bucodental de máxima calidad y seguridad, acercando la Odontología a la ciudadanía y promoviendo acciones solidarias y sostenibles que mejoren su calidad de vida.

5.2.2. Principios Rectores de Actuación

Toda la actividad docente, investigadora, asistencial y de gestión de la Facultad de Odontología se rige por los siguientes principios clave:

- **Conducta ética, integridad y transparencia:** Actuación profesional fundamentada en el respeto a las personas, la equidad y la honestidad.
- **Búsqueda de la excelencia e innovación:** Promoción del mérito, la capacidad y la actualización constante en la docencia, la investigación y la práctica clínica.
- **Tolerancia e inclusión:** Respeto a las opiniones e instituciones para favorecer un entorno universitario diverso, plural y constructivo.
- **Mejora continua y transformación digital:** Optimización constante de los procesos, dotación de infraestructuras avanzadas e incorporación de nuevas tecnologías.
- **Trabajo en equipo y participación:** Fomento de la colaboración entre todos los estamentos universitarios y el impulso a la formación permanente del personal.

- **Responsabilidad social, sostenibilidad e internacionalización:** Consolidación de alianzas con instituciones públicas y sociales, compromiso firme con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y proyección internacional del Centro.

5.2.3. Objetivos Estratégicos de Calidad

La Política de Calidad sirve de marco de referencia formal para la definición, seguimiento y revisión periódica de los Objetivos de Calidad del Centro, concretándose en los siguientes cinco objetivos estratégicos:

Nº	Objetivo Estratégico	Alcance y Descripción
1	Garantizar la calidad e innovación docente	Actualizar los planes de estudio y metodologías formativas en Grado, Posgrado y Formación Continuada para elevar la satisfacción global del estudiantado.
2	Asegurar la excelencia y seguridad clínica	Modernizar el equipamiento e infraestructuras clínicas bucodentales, garantizando la máxima calidad en la atención a los pacientes.
3	Potenciar la investigación y la transferencia	Incrementar la producción científica del Centro y favorecer la captación de proyectos, así como la movilidad internacional.
4	Impulsar la mejora continua y la digitalización	Optimizar los procesos administrativos y los flujos clínicos mediante herramientas digitales eficaces.
5	Fortalecer el impacto social y la sostenibilidad	Ampliar los convenios con entidades públicas y sociales para desarrollar programas asistenciales solidarios y sostenibles.

5.2.4. Despliegue, Difusión y Revisión

- La Política y los Objetivos de Calidad se despliegan y evalúan conforme al procedimiento estratégico **PE-01** (*Elaboración, revisión y despliegue de la Política y Objetivos de Calidad*).
- El Decano/a garantiza su comunicación a todos los niveles de la organización y su revisión periódica en las sesiones de la Comisión de Garantía de Calidad y la Junta de Centro.



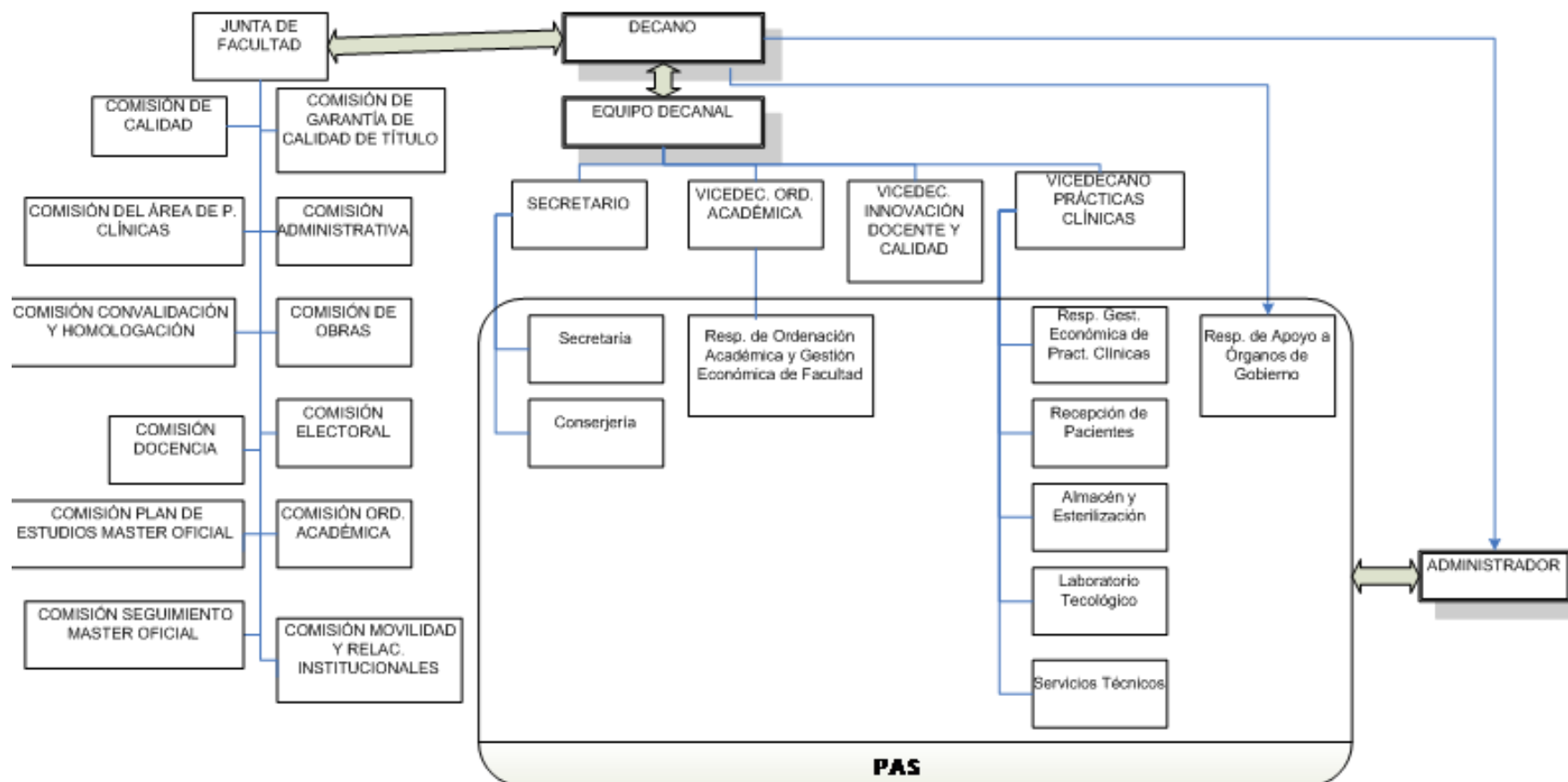
5.3. ROLES, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

A continuación aparecen las funciones y sus interrelaciones dentro de la organización, las responsabilidades y autoridades de las personas que componen la organización de la Facultad de Odontología en el ámbito del Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001:2015. Estas funciones e interrelaciones son debidamente difundidas entre todas las Áreas implicadas:



**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA INTEGRADO
ISO-IMPLANTA**

**MSGC-F.ODONT.
INTEGRADO**





DECANO

El Decanato está comprometido en la implantación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, por lo que:

- Promueve una Cultura de Calidad en el funcionamiento de la Facultad de Odontología.
- Establece los medios necesarios para asegurar que la importancia de satisfacer los requisitos del Sistema, es comunicada a todo el personal implicado en el desempeño de los procesos.
- Se asegura la disponibilidad de los recursos.
- Dirige y controla las actividades realizadas para la prestación de los servicios ofrecidos por la Facultad. Es, por tanto, el máximo responsable del Sistema de Gestión de Calidad implantado, y de la calidad de los servicios suministrados.
- Controla y supervisa el despliegue de objetivos de calidad, y de la Carta de Servicios, así como desarrolla e implanta criterios generales sobre planificación.
- Aprueba toda documentación del Sistema de Calidad.
- Asegura que la Política de Calidad establecida es comunicada, entendida e implementada en todos los niveles de la organización.
- Designa los representantes del Decanato en relación con la Gestión de Calidad.
- Revisa el Sistema de Gestión, en los términos establecidos en el capítulo 9 del presente Manual de Gestión.

Representantes del Decanato en Gestión de Calidad

El Vicedecano de Gestión de la Calidad e Innovación Docente actúa como Responsable del Sistema de Gestión de Calidad por delegación del Decano y se encarga de:

- Apoyar en el contexto de la Gestión de Calidad a las distintas áreas, departamentos y equipos en el desarrollo de sus actividades.
- Realizar el seguimiento de indicadores y objetivos de calidad.
- Asegurar que los procesos del sistema de gestión están establecidos, implantados y mantenidos, de acuerdo con los requisitos de la norma UNE EN ISO 9001:2015.



- Informar al Decano del funcionamiento y eficacia del sistema para que éste lleve a cabo la Revisión del Sistema, y como base para la mejora de la gestión de la Facultad.
- Planificar, programar y participar, cuando proceda, en las Auditorías Internas.
- Controlar la elaboración, actualización, aprobación y distribución de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Actuar como interlocutor con partes externas (clientes, proveedores, Administración, y demás partes interesadas) sobre aspectos del sistema de gestión.
- Controlar la ejecución y eficacia de las acciones tomadas para prevenir la aparición de no conformidades relativas al Sistema de Gestión de Calidad.

Comisión de Calidad

Se constituye y modifica en el seno de la Junta de Facultad. El Decano convoca la Comisión de Calidad a instancias del Vicedecanato de Calidad, en función del trabajo o actuaciones a desarrollar. Funciones:

- Promueve el conocimiento de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.
- Colabora con el Decano en la definición e implantación de la Política de Calidad de la Facultad de Odontología, de forma que sea fiel reflejo de la estrategia de la empresa.
- Ejerce de Órgano Consultivo del Decano en los temas relacionados con la Gestión de la Calidad.
- Revisa, cuando procede, la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Actúa como canal de comunicación y representación de las distintas áreas, departamentos y equipos de la Facultad sobre aspectos del sistema de gestión de Calidad.
- Participa en el seguimiento de indicadores de calidad y el despliegue, cuando procede, de objetivos.

Comisión de Garantía de Título

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:



- Aportar los datos para el seguimiento y análisis de indicadores establecidos en el Sistema de Garantía de Título.
- Realizar el seguimiento de la eficacia de los procesos del Sistema de Garantía de Título.

Comisión de Seguimiento del Título

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son ejecutivas:

- Su función es de carácter ejecutivo y sirve para poner en marcha aquellas acciones necesarias mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad

Secretario

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:

- Firmar certificaciones académicas
- Custodiar las actas

Departamentos

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:

- Elaborar y Grabar el PAP de cada Departamento.
- Aprobar para cada asignatura un único Proyecto Docente común para todos los grupos en los que se imparta.

Vicedecano de Coordinación y Grado????

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:

- Elaborar borrador de horario a presentar en los Consejos de Cursos

Profesores encargados de asignaturas

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:

- Comunicar previamente al Gestor de Centro de Ordenación Académica, cualquier incidencia que pueda suceder en la impartición de clases
- Elabora y remitir al Gestor de Centro de Ordenación Académica el Informe Mensual de Incidencias de Prácticas



- Gestionar la docencia, en el ámbito del Sistema de Gestión, según los procedimientos PO-08 y PO-11, quedan absorbidos en **PC-04** y **PE-02**, reduciendo la dispersión documental.
- Responsabilizarse de los tratamientos a pacientes que se realicen en las asignaturas a su cargo de acuerdo al nivel de responsabilidad docente.
- Enviar al Administrador el memorando de solicitud de prácticas e informar de la modificación o aplazamiento de las prácticas en los plazos establecidos.
- Supervisar el trabajo del alumno durante las prácticas y controlar su asistencia a prácticas clínicas.
- Evaluar y autorizar los trabajos prácticos de los alumnos
- Firmar la Solicitud de Estudios radiográficos
- Identificar en el momento de la retirada de material la asignatura de grado o curso de postgrado para el que se retira.
- Enviar al principio del curso académico a la Encargada de Almacén las solicitudes de material necesario para prácticas.
- Firmar actas de notas en el plazo establecido

Responsables de Cursos de Postgrado

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:

- Estimar y solicitar a través del formato establecido la cantidad de material inventariable y fungible necesario para los cursos de Postgrado.
- Controlar el stock de material específico para Postgrado.
- Responsabilizarse de los tratamientos a pacientes que se realicen en los cursos a su cargo de acuerdo al nivel de responsabilidad docente.

Servicios Informáticos

Sus funciones directamente relacionadas con el Sistema de Calidad son:

- Revisión del Servidor (copias de seguridad) y de Equipos Informáticos de la Facultad (PTGAS).
- Gestión de la resolución de incidencias y averías informáticas, así como la atención de dudas y consultas informáticas



- Preparación de recursos informáticos para la celebración de cursos, seminarios, conferencias u otros eventos.

En los Perfiles de Funciones Específicas del PTGAS (y adicionalmente en cada Procedimiento que le son de aplicación), de manera coherente con lo definido en el Manual de Funciones del PTGAS funcionario cuando procede, se indican las funciones y responsabilidades del resto de implicados en el Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2015:

- Administrador
- Responsable de Administración del Centro (Jefe/a de Secretaría)
- Gestor de Centro Responsable de Alumnos
- Administrativo/a de Secretaría
- Gestor de Centro Apoyo a Órganos de Gobierno
- Gestor de Centro Gestión Económica de Prácticas Clínicas
- Gestor de Centro Ordenación Académica y Gestión Económica de Prácticas Clínicas
- Encargado de Equipo de Laboratorio Tecnológico
- Encargada de Equipo de Recepción de Pacientes
- Encargada de Equipo de Almacén y Esterilización
- Encargado de Equipo de Servicios Técnicos
- Coordinador de Servicios (Conserjería)
- Personal de Conserjería
- Técnico de Almacén general
- Técnico de Almacén en planta
- Técnico de Esterilización
- Técnico de Recepción en planta
- Técnico de Recepción general
- Técnico de Archivo de Historias Clínicas
- Técnico de Servicios Técnicos
- Técnico de Laboratorio en Prótesis Dental
- Técnico de Laboratorio de Alumnos

6. PLANIFICACIÓN

La Planificación de la Gestión se realiza para establecer el marco en el que se deben desarrollar y que debe regir las actuaciones de mejora en lo relativo a la gestión de la calidad.

El Decanato de la Facultad de Odontología, a través de las disposiciones del Sistema de Gestión establecido, identifica y planifica los recursos necesarios para

- Alcanzar los Objetivos de Gestión,
- Garantizar que los cambios organizativos se efectúan de modo controlado y que el Sistema de Gestión mantiene su integridad durante estos cambios.



La Planificación de la Gestión se podrá plasmar en Planes Estratégicos o de Mejora o en un Programa de Gestión de Objetivos, en la Reunión de Revisión del Sistema (según lo especificado en el capítulo 9.3. del presente manual), por la Comisión de Seguimiento del Título y de forma extraordinaria siempre que el Decano así lo decida, a su juicio o sugerido por la Comisión de Calidad, quedando documentada en cualquier caso, en las actas o documentación que derive de dichas reuniones.

La información que es tenida en cuenta para la planificación es:

- Información de la revisión por la dirección anterior y seguimiento del Planes de Mejora u objetivos existentes.
- Legislación de aplicación y otros requisitos a la facultad se compromete ya sea directamente o a través de la Universidad de Sevilla (Sistema de Garantía de Título, ANECA, etc.)
- Las opciones tecnológicas y los requisitos financieros u operacionales, así como aquellos necesarios para satisfacer los requisitos del servicio y el compromiso de mejora continua,
- La opinión de los distintos tipos de clientes, así como de los agentes sociales y partes interesadas en general.

6.1. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

La Facultad de Odontología realiza una determinación de riesgos y oportunidades a través del análisis de sus procesos y considerando la información derivada de la comprensión de su contexto y de las necesidades y expectativas de sus partes interesadas.

Esta determinación de riesgos y oportunidades se realiza a través de los informes globales de acreditación del título, en los que se realiza un análisis de distintos aspectos del sistema de gestión de calidad para identificar fortalezas, logros, debilidades y oportunidades de mejora.

Para esta determinación de riesgos (derivados de las debilidades) se analizan los procesos, sus resultados y evidencias desde distintas perspectivas:

- I. Información pública disponible
- II. Aplicación del Sistema de Garantía de Título
- III. Diseño, organización y desarrollo del programa formativo
- IV. Profesorado
- V. Infraestructura, servicios y dotación de recursos
- VI. Resultados de aprendizaje
- VII. Indicadores de satisfacción y rendimiento del programa formativo

Ante los riesgos y oportunidades identificados por la Facultad de Odontología, el Decanato a través de la Junta de Facultad podrá decidir:

- Considerar el riesgo asumible
- Planificar acciones o estrategias para:



- Evitar o minimizar las consecuencias
- Eliminar las causas
- Reducir la probabilidad de que ocurra
- Compartir el riesgo
- Etc.
- Aceptar el riesgo para aprovechar una oportunidad.

Las decisiones sobre las acciones a emprender para abordar riesgos y oportunidades se podrán plasmar en:

- Planes de Mejora derivado de los informes de seguimiento y/o acreditación del Título
- Objetivos de Calidad
- Proyectos de mejora y decisiones de inversión

La planificación de acciones conllevará la definición de plazos, recursos y responsables, así como el método para evaluar su eficacia, la cual deberá comprobarse de manera coherente con los plazos definidos en la planificación

Se deberá considerar la necesidad o no de planificar nuevas acciones cada vez que se actualice la determinación de los riesgos y oportunidades y al menos anualmente durante la Revisión por Dirección, siendo la planificación de acciones uno de los posibles resultados de dicha revisión.

Los resultados de la evaluación de la eficacia de las acciones planificadas para abordar riesgos y oportunidades deberán tenerse en cuenta como retroalimentación en la revisión y análisis de las debilidades, amenazas, u oportunidades de mejora.

6.2. OBJETIVOS

Uno de los resultados de la planificación del sistema de gestión de calidad es el establecimiento de objetivos de calidad.

Para cada uno de los objetivos establecidos con respecto al Sistema de Gestión se establecerán las metas necesarias para la consecución de los mismos, las responsabilidades asociadas a cada una de las metas, así como los medios necesarios y el calendario en el tiempo en el que han de ser alcanzados.

Los Objetivos deberán ser medibles y se establecen (y revisan) considerando los requisitos legales, la opinión de los clientes y partes interesadas, los riesgos y oportunidades detectados, así como la idoneidad de integrar como objetivos las acciones necesarias para abordar dichos riesgos y oportunidades; las opciones tecnológicas y los recursos económicos, así como aquellos necesarios para satisfacer los requisitos del servicio y el compromiso de mejora continua.

Los objetivos por tanto, podrán quedar integrados en planes de mejora, derivados de lo descrito en el apartado 6.1. anterior.



Para evaluar el grado de cumplimiento, asegurar la adecuación y eficacia del sistema, los objetivos son revisados, según la periodicidad establecida en cada uno de ellos por los responsables definidos.

El seguimiento del despliegue de los objetivos marcados para cada período es documentado, registrado y aprobado por el Decanato, ejerciendo como órgano consultivo la Comisión de Calidad.

Estos planes o programas podrán ser modificados ante proyectos relacionados con nuevos desarrollos, actividades, o servicios, para asegurarse que la gestión de calidad se aplica a dichos proyectos e iniciativas que se encuentren dentro del alcance del SGC implantado.

6.3. PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS

Cuando La Facultad de Odontología determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión en relación las actividades desarrolladas, se planificarán considerando:

- a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;
- b) la integridad del sistema de gestión;
- c) la disponibilidad de recursos;
- d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

7. APOYO

7.1. RECURSOS

7.1.1. Generalidades

La Facultad de Odontología a través del Decanato y de la Administración y en coordinación con la Universidad de Sevilla, determina y proporciona, en el momento adecuado, los recursos necesarios para implantar y mejorar los procesos del Sistema de Gestión.

7.1.2. Recursos Humanos

La Facultad de Odontología tiene establecido, el procedimiento PG-04 “Gestión de Recursos Humanos”, en donde se describen los criterios y responsabilidades asociados para asegurar que aquel personal que tenga responsabilidades definidas en el sistema de gestión es competente basándose en la educación aplicable, formación, sensibilización, habilidades prácticas y experiencia, reemplazado por **PE-03** (específico para PDI y calidad docente) y **PA-05** (específico para el PTGAS) ahora con la integración del PE03 para Garantizar la Calidad del Personal Académico /PA05 Gestión del PTGAS del Sistema de gestión integrado.

La solicitud de las sustituciones eventuales necesarias por situaciones de baja prolongadas es realizada por el Administrador del Centro a RRHH de la Universidad de Sevilla a través de correo electrónico. El Área de RRHH de la Universidad de Sevilla, cuando lo considera necesario, facilita personal para cubrir esta baja a través de la bolsa de sustitución.



7.1.3. Infraestructuras

El Decanato está comprometido en la implantación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, por lo que identifica, proporciona y mantiene las instalaciones necesarias para lograr la conformidad del servicio incluyendo:

- Espacio de trabajo e instalaciones asociadas
- Equipos para la asistencia odontológica
- Sistemas informáticos: hardware y software

Todos los elementos (equipos, infraestructuras) que deban ser catalogados como inventariables según los criterios establecidos por la Universidad de Sevilla, son incluidos en el Inventario General de la Universidad de Sevilla, así como añadidos al Inventario de la Facultad de Odontología y gestionados según establece la **Instrucción IT-03 “Gestión de Inventario”**, para asegurar que se encuentran debidamente controlados.

A) Espacio de trabajo e instalaciones asociadas

Los espacios de trabajo e instalaciones asociadas con especial importancia para ofrecer un servicio de calidad a nuestros clientes lo podemos dividir en tres grandes grupos:

Instalaciones dedicadas a alumnos: Aulas, bibliotecas, salas de estudio, etc.
Instalaciones dedicadas a la asistencia sanitaria: gabinetes, salas de espera, etc.
Instalaciones dedicadas a profesorado y PTGAS: oficinas, despachos, etc.

Muchas de estas instalaciones son empleadas por distintos grupos de clientes o trabajadores de la Facultad, como es el caso de gabinetes de asistencia buco-dental.

Para asegurar el correcto estado de estas instalaciones la Facultad dispone de un Servicio de Mantenimiento General del Centro dependiente de la Universidad de Sevilla. Este mantenimiento técnico de instalaciones (climatización, electricidad, etc.) se complementa con Servicios contratados tanto de Seguridad como de Limpieza.

La responsabilidad de garantizar el adecuado estado de las instalaciones del Centro es del Administrador, el cual, de manera coordinada con el Coordinador de Servicios, gestiona la corrección o mantenimiento preventivo de las instalaciones.

El interlocutor con los servicios de mantenimiento, limpieza y seguridad es el Coordinador de Servicios (Conserjería) el cual es el responsable de dar parte a la Universidad a través de la web de la U.S. (programa “PROMUS”) de cualquier incidencia o comunicación en relación a los servicios prestados.

El Coordinador de Servicio es el responsable de realizar el seguimiento de que el mantenimiento correctivo de instalaciones e infraestructuras realizado por el Servicio de Mantenimiento de la Universidad se lleva cabo eficazmente.



La realización de las inspecciones reglamentarias de instalaciones del edificio de la Facultad de Odontología (instalaciones eléctricas, contra incendios, ascensores, etc.) es gestionada directamente por la Universidad de Sevilla, si bien el administrador en coordinación con el personal de Conserjería realiza un control de la ejecución de dichas inspecciones por las empresas externas contratadas por la Universidad de Sevilla.

Cualquier trabajador, paciente o alumno que detecte incidencias en el mantenimiento general de las instalaciones lo deberá comunicar al responsable definido para que, ante la necesidad de cualquier trabajo correctivo de instalaciones, se comunique al Servicio correspondiente (Limpieza, Seguridad, Mantenimiento)

Ante las oportunidades o necesidades de mejora de las infraestructuras, cualquier persona que la detecte la traslada al Administrador, el cual cumplimenta los formularios definidos por la Universidad de Sevilla

- Anexo 21.1. de las “Manual de Normas de Gestión del Gasto en el caso de acometer el gasto la Facultad
- Anexo 21.2. de las “Manual de Normas de Gestión del Gasto en el caso de solicitar financiación.

El Administrador podrá adjuntar presupuesto de la ejecución de la obra y reforma o según el caso, trasladar simplemente la petición de infraestructura para que el Vicerrectorado de Infraestructuras de la U.S. realice la valoración económica.

Esta petición de infraestructura es firmada por el Decano y remitida al Vicerrector de Infraestructuras de la Universidad de Sevilla, el cual analiza la viabilidad de la propuesta y aprueba, si procede, mejora o corrección de infraestructuras.

El seguimiento de la correcta ejecución de la mejora o corrección de las infraestructuras la realiza el servicio a través del cual se gestiona la petición según queda definido en el propio formulario de petición de infraestructuras.

En los contratos acordados con las distintas empresas contratadas para estos servicios se detalla las condiciones del mismo, cuyo seguimiento será realizado como se describe en el PO-10 “Gestión Económica y Compras”.

B) Equipos para la asistencia odontológica

El mantenimiento de todos los equipos odontológicos asociados a las prácticas clínicas y por tanto también a la asistencia sanitaria a pacientes, así como aquellos otros empleados en Laboratorio o Esterilización se asegura y se realiza según el Procedimiento Operativo PO-03 “Servicios Técnicos” y los planes y protocolos derivados.

C) Sistemas informáticos: hardware y software

El mantenimiento de los Sistemas Informáticos del Centro se realiza a través de un Servicio de mantenimiento Informático subcontratado que se encarga de revisiones de mantenimiento preventivo y actualizaciones del software, resolución de incidencias que



requieran trabajos correctivos y preparación de medios audiovisuales para seminarios, jornadas y otros eventos.

7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos

El Decanato está comprometido en la implantación, mantenimiento y mejora del sistema de gestión, por lo que se definen e implementan aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo, incluyendo factores físicos, psicosociales, ambientales y de otro tipo como condiciones de humedad, temperatura, limpieza, luminosidad, etc. que son necesarios para lograr la conformidad del servicio.

Esto se asegura a través del mantenimiento de instalaciones asociadas al ambiente de trabajo como se describe en el apartado 6.3. del presente Manual.

La Facultad de Odontología a través de los órganos responsables de la Universidad de Sevilla identifica los riesgos en materia de seguridad y salud, para cada uno de los puestos y centros de trabajo, y realiza la planificación de la actividad preventiva y su revisión anual, así como Planes de Emergencia.

Con objeto de garantizar un entorno laboral seguro y saludable, y detectar, evitar, o responder a los riesgos potenciales para la salud y la seguridad laboral de todos sus empleados, La Facultad de Odontología toma las medidas adecuadas para prevenir accidentes y lesiones ocasionadas durante la actividad laboral o asociadas a ella, las cuales se incluyen en la Planificación de la Actividad Preventiva.

7.1.5. Recursos de seguimiento y medición

La Facultad de Odontología tiene establecidas las responsabilidades asociadas al control, verificación, calibración y mantenimiento de aquellos dispositivos de seguimiento y medición utilizados para asegurar la conformidad de los procesos con incidencia directa en la calidad de prestación del servicio. Se han identificado las sondas de temperatura de los equipos del área de esterilización que se verifican en la validación periódica de autoclaves según el PO-03 "Servicios Técnicos".

7.1.6. Conocimientos de la organización

La gestión del conocimiento es inherente a la actividad desarrollada por la Facultad de Odontología, y está implícita en los propios objetivos y alcance de su Sistema de Gestión.

El eje fundamental para la determinación y mantenimiento de los conocimientos necesarios para los procesos, reside en los planes y programas de estudios aprobados para el título y, especialmente, en las competencias del profesorado en continuo reciclaje que imparte docencia en nuestra Facultad, lo cual se garantiza con la normativa y estatutos que resultan de aplicación.

Adicionalmente, La Facultad de Odontología, a través del mantenimiento de la información documentada interna y externa determina, mantiene y, en caso necesario, pone a



disposición, los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.

Estos conocimientos pueden tener un origen interno o externo y deben ser compartidos, para garantizar todo lo anterior, por lo que el Decanato puede considerar pertinente distintas vías según el origen y naturaleza del conocimiento.

Internos pueden ser: propiedad intelectual; experiencia; éxitos y fracasos, los resultados y análisis del desempeño de los procesos, servicios y del sistema de gestión en general. El conocimiento se mantiene y pone a disposición a través del know-how entre personal y se asegura una fluida comunicación vertical y horizontal.

Externos pueden ser normas; formación (incluyendo seminarios, jornadas, congresos, etc.); conocimientos provenientes de partes interesadas, etc. En estos casos por regla general, se trata de información documentada que La Facultad de Odontología controla y conserva u otros recursos bibliográficos.

En la revisión del sistema, cuando se identifiquen necesidades y situaciones cambiantes, fruto del análisis del contexto, el Decanato considera los conocimientos actuales y concretará, si procede, cómo acceder a los nuevos conocimientos necesarios o sus actualizaciones.

7.2. COMPETENCIA

La Facultad de Odontología garantiza la conformidad con los requisitos de competencia mediante la aplicación de la normativa de aplicación en materia de RRHH, y del Procedimiento PG-04 "Gestión de Recursos Humanos", reemplazado por **PE-03** (específico para PDI y calidad docente) y **PA-05** (específico para el PTGAS).

7.3. TOMA DE CONCIENCIA

El Decanato, a través del Vicedecanato de Calidad asegura, que el personal de la Facultad de Odontología toma conciencia de:

- a. la política de la calidad;
- b. los objetivos de la calidad
- c. su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;
- d. las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

Para ello, lleva cabo las reuniones y comunicaciones necesarias dentro de sus funciones de mantenimiento y mejora del sistema de gestión de calidad, supervisando el estado de implantación de los procedimientos de aplicación para cada área o proceso.



7.4. COMUNICACIÓN

La Facultad de Odontología tiene definidas e implantadas metodologías para asegurar la comunicación entre las diferentes funciones y niveles, en lo referente a los procesos del sistema de gestión y su eficacia.

La Facultad de Odontología asegura la comunicación entre los diferentes niveles y funciones de la organización referente a los procesos del Sistema de Gestión y su efectividad. Dicha comunicación consiste en:

- Decidir y responder a las preocupaciones del personal en cuestiones relativas al Sistema de Gestión.
- Comunicar los resultados de carácter general de las auditorías y del desempeño del sistema de gestión de calidad a todas las personas implicadas.
- Comunicación entre las diferentes áreas operativas de la Facultad, a fin de seguir la evolución de los procesos operativos del sistema de gestión y coordinar y unificar criterios de actuación.
- Comunicación a nivel de área, a fin de compartir entre sus miembros el conocimiento y las mejores prácticas adquiridas por la experiencia durante el desarrollo de los procesos correspondientes.
- Comunicar cualquier información de carácter urgente que surja de manera puntual entre distintas funciones de la organización.
- Recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas de la organización, así como asegurar la comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización, incluyendo la información pública.

Para asegurar dicha comunicación, se procede de la siguiente manera:

La Comisión de Calidad ejerce como órgano de comunicación entre el Decano, los Representantes del Decanato en materia de gestión de calidad y las distintas áreas, departamentos y equipos.

Las reuniones de la Comisión de Calidad son convocadas por el Decano o mediante delegación expresa, por los Representantes del Decanato en materia de Calidad.

Los miembros de la Comisión de Calidad mediante reuniones periódicas por áreas, departamentos y equipos, correo electrónico interno, etc., son responsables de dar a conocer la Política de Calidad, los objetivos de calidad y la evolución del Sistema de Gestión de Calidad en general y de la gestión de los requisitos aplicables en particular. Estas comunicaciones tendrán lugar siempre que la Comisión de Calidad, los Representantes del Decanato en materia de Calidad o el propio Decano lo considere oportuno, y en cualquier caso, tras las revisiones del



sistema y las auditorías, con el fin de difundir los resultados y decisiones de carácter general y particulares derivadas de dichas actividades.

Para asegurar que informaciones puntuales de carácter urgente son comunicadas al personal afectado, la organización dispone de herramientas de comunicación interna como el correo electrónico, o la intranet de la Facultad para comunicar informaciones referentes a, por ejemplo, cambios producidos en operativas y documentación del Sistema de Calidad, incorporación de una nueva persona a la organización, recepción de una visita a la organización, etc.

Para difundir la información pública, Los servicios centrales de la Universidad de Sevilla, a través del Vicerrectorado de Ordenación Académica se encargarán de recopilar y difundir a través de su página Web, de forma centralizada y con un formato común para todos los títulos oficiales de la Universidad de Sevilla (ver PC-11 "Gestión de la Información pública).

Asimismo, además de los medios electrónicos, se emplean los tabloneros de anuncios distribuidos por el Centro para la difusión interna o externa (a clientes y partes interesadas: pacientes, alumnos, etc.) de cuestiones relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad.

De manera adicional, existen canales de comunicación externa con clientes o partes interesadas a través del buzón de quejas y sugerencias de la web de la Facultad de Odontología, o de los formatos en papel distribuidos por el Centro, como se describe en el apartado 9.1.2.

7.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA

7.5.1. Generalidades

Para desarrollar este Sistema de Gestión de Calidad de Facultad de Odontología, se dispone de una estructura documental compuesta por:

- Manual de Gestión de Calidad, el presente Manual, es el documento donde se establecen las bases del Sistema de Gestión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.
- Procedimientos de Gestión, al nivel de sistema, que describen las actividades requeridas y responsables definidos para implementar el sistema de gestión para dar cumplimiento a requisitos exigidos por la norma UNE-EN-ISO 9001:2015.
- Procedimientos Operativos: son procedimientos que describen de manera más concreta la secuencia, interacción y ejecución de tareas y/u operaciones llevadas a cabo en la prestación de servicios, cuando su ausencia pueda ocasionar un deterioro de la calidad.
- Instrucciones Técnicas: Protocolos o directrices detallados de actuación asociados a alguna actividad específica. Derivadas o asociadas a algún de Procedimiento Operativo.



- Otra información documentada: Incluimos en este grupo los formatos, guías, planes, memorias, informes, códigos de buenas prácticas, Sistema de Garantía de Título, Indicadores de Calidad, Carta de Servicios, Objetivos entre otros.

7.5.2. Creación y actualización

La Facultad de Odontología tiene establecido, y mantiene al día, el procedimiento PG-02 “Control de documentación y registros”, donde se describen los criterios y responsabilidades asociados a la creación y actualización de los documentos necesarios para el funcionamiento del Sistema de Gestión.

Los diferentes documentos tienen la extensión adecuada para asegurar el funcionamiento efectivo del Sistema y de la organización y el control de los procesos, en función de la complejidad del proceso, la interacción de los distintos procesos y la competencia del personal que intervenga. Existe otra documentación de referencia del Sistema, que aún no perteneciendo al Sistema de calidad sirve de complemento a éste y se define y controla según se establece en el PG-02.

La Facultad de Odontología establece y mantiene actualizado el presente **Manual de Gestión** en donde se incluye:

- Una descripción de la secuencia e interacción de los procesos incluidos en el Sistema de Gestión
- El alcance del Sistema de Gestión, incluyendo los detalles y justificación de su aplicabilidad.
- La referencia a los procedimientos e instrucciones aplicables, en los lugares adecuados del presente Manual.

7.5.3. Control de la información documentada

La facultad de Odontología tiene establecido, y mantiene al día, el procedimiento PG-02 “Control de documentación y registros”, en donde se describen los criterios y responsabilidades asociadas al control de los documentos necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión.

8. OPERACIÓN

8.1. Planificación y Control Operacional



La Facultad de Odontología tiene identificados y planificados los procesos y subprocesos necesarios para la prestación de sus servicios, estableciendo sus secuencias e interacciones (representadas gráficamente en el mapa de procesos del **apartado 4.1**). Estos procesos se estructuran en:

- **Procesos Estratégicos:** Definen las directrices en alineación directa con la misión, visión y valores de la Facultad. Garantizan la política de calidad y la mejora continua mediante los procedimientos **PE01** (Política y Objetivos de Calidad), **PE02** (Garantía de Calidad de Programas Formativos), **PE04** (Medición, Análisis y Mejora) y **PC01** (Diseño de la Oferta Formativa).
- **Procesos Operativos:** Recogen la actividad específica del alcance del SGC: la **Enseñanza Universitaria** (desplegada en **PC04**) y la **Asistencia Sanitaria Bucodental** a pacientes.
- **Procesos de Apoyo:** Dan soporte indispensable a la operativa interna (**PA01 a PA05**, **PO-01 a PO-10**).

La planificación operativa se desarrolla de forma coherente con los requisitos del SGCC, determinando:

1. Los objetivos de calidad de los servicios prestados.
2. La definición de procesos, documentación, recursos e instalaciones específicas.
3. Las actividades de verificación, validación, seguimiento, medición y criterios de aceptación.
4. Las evidencias documentales que demuestren la conformidad del servicio.

8.1.1. Información Pública y Garantía de Transparencia

Todas las actividades operativas constituyen la fuente de información para el procedimiento **PC11 / PC-11 (Gestión de la Información Pública)**, garantizando la publicación periódica y actualizada de los programas y titulaciones (Grado y Máster).

8.1.2. Criterios y Procedimientos en caso de Extinción del Título

Si se produjera la extinción de un título (según el **RD 822/2021** o por acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía bajo el **Decreto Legislativo 1/2013**), la Universidad de Sevilla y la Facultad garantizan el derecho del estudiantado a concluir sus estudios según el *Reglamento General de Actividades Docentes (RGAD)*:



Garantías en la Extinción de Titulaciones (Disposición Adicional 3ª del RGAD):

- **Progresión:** Los planes se extinguen curso por curso.
- **Convocatorias:** Se realizarán tres convocatorias ordinarias en los tres cursos académicos siguientes a la extinción del curso. El alumnado tiene derecho a presentarse a dos de ellas por curso académico.
- **Evaluación:** Mantendrá como referencia el programa del último curso impartido, con tribunales/profesorados designados por el Consejo de Departamento.
- **Supervisión:** La *Comisión de Garantía de Calidad de Título (CGCT)* velará por el cumplimiento del proceso e informará al Decanato.

8.2. Requisitos para los Productos y Servicios

8.2.1. Determinación y Revisión de Requisitos

La Facultad de Odontología establece los criterios para identificar y revisar los requisitos de sus usuarios y partes interesadas:

- **Enseñanza Universitaria:**
 - *Cliente principal:* La Sociedad (que demanda profesionales cualificados).
 - *Partes interesadas:* Estudiantes de nuevo ingreso y egresados.
 - *Marco normativo:* ANECA (Libro Blanco del Grado en Odontología), **Ley 10/1986**, **RD 1594/1994**, Reglamento de Actividades Docentes de la US (arts. 5-10 para planes de estudio; arts. 11-14 para Proyectos Docentes desplegados en **PO-11**), y normativa de evaluación reflejada en **IT-09**.
- **Asistencia Buco-Dental:**
 - *Cliente principal:* El Paciente atendido en las Prácticas Clínicas.
 - *Marco normativo:* Derechos y deberes recogidos en la Carta de Servicios del Centro y el procedimiento **PO-02 (Atención al Paciente)**.

8.2.2. Comunicación con el Cliente y Partes Interesadas



Se aseguran canales fluidos de comunicación sobre el servicio, consultas y retroalimentación a través de:

- **Información pública general:** Gestionada mediante **PC11**.
- **Medición de satisfacción y expectativas:** Canalizada por **PG-07**, **PA01** (Gestión de Quejas e Incidencias) y **PA04** (Satisfacción de Grupos de Interés).
- **Gestión de Reclamaciones Directas:** Ejecutada según la **IT-11** (Gestión de Quejas y Reclamaciones.-ahora integrada en el **PA01** Gestión y revisión de Quejas, Incidencias, Reclamaciones, Sugerencias y Felicitaciones. El área de Recepción de Pacientes atiende en primera instancia a los usuarios de la clínica, mientras que la Comisión de Calidad o el Decanato intervienen según la escala del asunto.

8.3. Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios

- **Enseñanza Universitaria:** Dada su naturaleza reglada y la normativa autonómica/estatal aplicable, los requisitos de diseño y desarrollo (entradas, resultados y validación) se consideran definidos e integrados intrínsecamente en los procesos institucionales del SGCC (**PC01** para el diseño de la oferta formativa y **PC04** para la planificación docente).
- **Asistencia Sanitaria:** El diseño del servicio asistencial viene determinado por el diagnóstico individualizado que se realiza a cada paciente, especificando el plan de tratamiento correspondiente según **PO-02**.

8.4. Control de los Procesos, Productos y Servicios Suministrados Externamente

La adquisición de insumos, materiales de clínica y servicios externos de apoyo se gestiona mediante el procedimiento **PO-10 (Gestión Económica y Compras)**, el cual regula la evaluación, selección, reevaluación de proveedores y la verificación de las compras. Asimismo, la gestión de los recursos materiales y servicios contratados se alinea con los procedimientos **PA02** (Recursos Materiales) y **PA05** (Gestión del PTGAS).

8.5. Producción y Provisión del Servicio

8.5.1. Control de la Producción y Provisión del Servicio

La ejecución operativa garantiza la disponibilidad de instrucciones claras, equipos adecuados y herramientas de seguimiento mediante la aplicación de los siguientes procedimientos:



Ámbito	Mecanismo de Control / Procedimiento
Planificación Docente y Evaluación	PO-11 (Proyecto Docente), IT-09 (Control de ejecución docente y evaluación) y PC08 (Evaluación de Aprendizajes).
Servicios Universitarios y PTGAS	PA03 / PA-03 (Gestión de Servicios: Secretaría, Conserjería, Aulas/TICs) y PA05 (Gestión del PTGAS).
Ciclo de Vida del Estudiante	PC02 (Admisión), PC03 (Orientación), PC05 (Prácticas Externas), PC06 (Movilidad), PC07 (TFE), PC09 (Orientación Profesional) y PC10 (Inserción Laboral).
Personal Docente e Investigador	PE03 (Garantía y Mejora del Personal Académico).
Atención Sanitaria	PO-02 (Atención al Paciente en Gabinete Clínico).

8.5.2. Identificación y trazabilidad

Se asegura mediante los registros generados en cada etapa del servicio (actas académicas, fichas de seguimiento clínico y firmas de supervisión del PDI).

8.5.3. Propiedades del cliente, proveedores y otras partes interesadas

La Facultad custodia rigurosamente los bienes e información propiedad de los usuarios:

1. **Historias Clínicas (Pacientes):** Reguladas en **PO-02** e **IT-02**, con ficheros inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).
2. **Datos de Alumnos:** Expedientes y matrículas amparados por los ficheros institucionales de la Universidad de Sevilla en la AEPD. Las publicaciones de calificaciones desvinculan el DNI del nombre completo para evitar la identificación pública.
3. **Instrumental y Material de Alumnos:** Custodiados y gestionados mediante **PO-04 (Almacén)** y acondicionados según **PO-05 (Esterilización)**.

8.5.4. Preservación del Producto y Materiales

Los materiales y componentes necesarios para la docencia y la asistencia clínica se manipulan y conservan bajo condiciones controladas:

- **PO-01:** Laboratorio Tecnológico (gestión de prótesis y ortodoncias).



- **PO-04:** Almacén (control e inspección de productos sanitarios e instrumental).
- **PO-05:** Esterilización (bioseguridad y trazabilidad del instrumental).

8.5.5. Actividades Posteriores a la Entrega y Control de Cambios

Los resultados de los procesos son verificados de forma previa o continua. Cualquier modificación sustancial en la operativa del servicio se analiza y documenta, conservando los registros de autorización y revisión conforme a la sistemática de revisión del sistema.

8.6. Liberación de los Productos y Servicios

La liberación de los servicios (entrega de calificaciones oficiales o alta clínica del paciente) requiere la verificación del cumplimiento de los criterios de aceptación establecidos. Se mantienen las evidencias documentales correspondientes (firmas de actas, registro en historia clínica e indicadores del proceso).

8.7. Control de las Salidas No Conformes

Cualquier desviación en la docencia, los servicios de apoyo o la atención asistencial se identifica de inmediato para evitar su impacto en el usuario.

La detección, registro, análisis de causa raíz, resolución y cierre de las desviaciones se gestionan de manera unificada a través del procedimiento **PG-08 (Gestión de No Conformidades, Acciones Correctivas y Preventivas)** y del sistema de gestión de incidencias PA01.

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

9.1. Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación

9.1.1. Generalidades

La Facultad de Odontología tiene definidas, planificadas e implantadas las actividades de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarias para demostrar la conformidad del servicio, asegurar la eficacia del sistema y garantizar la mejora continua en un entorno integrado (ISO 9001 e IMPLANTA-ACCUA).

La eficacia de los procesos y su adecuación se evalúan anualmente en la Revisión por la Dirección (Decanato). El seguimiento operativo, estratégico y de apoyo se concreta a través del documento "Indicadores", coordinado por el Decanato, que fija la frecuencia de seguimiento, responsabilidades de medición y análisis de datos.

El cuadro de mando contempla indicadores específicos para los siguientes ámbitos:



- Garantía del Título y Calidad de la Enseñanza: Procedimiento PE02 (Programas Formativos) e IT-09 (Impartición docente).
- Rendimiento Académico: Eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje (PC08 - Evaluación de Aprendizajes).
- Satisfacción de Clientes y Partes Interesadas: Recogido mediante PG-07 (Satisfacción de Clientes y Grupos de Interés) y PA04 (Necesidades de los Grupos de Interés).
- Procesos Clínico-Asistenciales y Apoyo Sanitario: Recepción a pacientes (PO-02), Servicios Técnicos (PO-03), Laboratorio Tecnológico (PO-01), Almacén (PO-04) y Esterilización (PO-05).
- Procesos del PTGAS y Gestión Económica: Gestión Económica y Compras (PO-10), Gestión de Espacios/Profesorado (PA02, PE03) y Gestión de Expedientes y Secretaría (PA03, PC02).
- Gestión de Desviaciones: Ante cualquier desviación detectada respecto a los límites de los Indicadores de Calidad, la representación del Decanato en materia de Calidad abrirá de inmediato una No Conformidad mediante el procedimiento PG-08 / PA01, iniciando el análisis de causa raíz y la implantación de acciones correctivas.

9.1.2. Satisfacción del Cliente y Grupos de Interés

La Facultad mantiene actualizado el procedimiento PG-07 (Satisfacción del Cliente y Partes Interesadas) en coordinación con el PA04, definiendo los mecanismos de captación, medición y análisis de la opinión de los estudiantes, egresados, pacientes de prácticas clínicas, personal (PDI/PTGAS) y agentes sociales.

9.1.3. Análisis y Evaluación de Datos

La Facultad analiza sistemáticamente la información procedente del seguimiento y medición para evaluar:

- Conformidad con los requisitos del servicio (PG-08).
- Satisfacción del cliente y usuarios de la clínica (PG-07, IT-11.-refundido en el PA01 Gestión y revisión de Quejas, Incidencias, Reclamaciones, Sugerencias y



Felicitaciones, y en el PA-04 Gestión para conocer la satisfacción, necesidades y expectativas de los grupos de interés).

- Desempeño y tendencias de los procesos (Cuadro de Indicadores).
- Eficacia de la gestión de riesgos y oportunidades (PE04 - Medición, Análisis y Mejora).
- Desempeño de proveedores externos de insumos y servicios sanitarios/técnicos (PO-10).

Análisis Inmediato: Ante reclamaciones, encuestas desfavorables o incidencias con proveedores, se actúa de inmediato emitiendo un Informe de No Conformidad según PG-08 o PA01.

Análisis Anual y Periódico: La Comisión de Calidad revisa los resultados del Cuadro de Indicadores. El análisis se formaliza en el Acta de Análisis de Datos, que constituye una entrada clave para la Revisión por la Dirección.

9.2. Auditoría Interna

Las auditorías internas se planifican y ejecutan para verificar si las actividades relativas a la calidad cumplen los requisitos normativos (ISO 9001 e IMPLANTA) y evaluar la eficacia del sistema.

- Planificación y Programa: El programa de auditorías se define en función de la importancia de los procesos auditados y los resultados previstos en revisiones previas.
- Competencia de Auditores: Las auditorías son realizadas por personal (interno o externo) independiente de las áreas evaluadas. Los auditores deben acreditar cualificación específica y haber realizado al menos 4 auditorías de Sistemas de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015.
- Informe y Acciones: El equipo auditor redacta un informe de hallazgos que los Representantes del Decanato en materia de Calidad trasladan al Decanato y a la Comisión de Calidad. Los responsables del área auditada adoptan las acciones correctivas pertinentes según el apartado 10.2 (PG-08).



9.3. Revisión por la Dirección (Decanato)

9.3.1. Generalidades

El Decanato evalúa anualmente (o cuando las circunstancias lo requieran) la idoneidad, adecuación, eficacia y alineación estratégica del Sistema de Gestión de Calidad. En este proceso, la Comisión de Calidad actúa como órgano consultivo.

9.3.2. Entradas de la Revisión por la Dirección

La revisión incluye como información de entrada:

- Estado de las acciones de revisiones previas.
- Cambios en el contexto interno/externo del Centro.
- Desempeño y eficacia del sistema:
 1. Retroalimentación y quejas de partes interesadas (PG-07, y IT-11.-refundidos en el PA01 Gestión y revisión de Quejas, Incidencias, Reclamaciones, Sugerencias y Felicitaciones, y en el PA-04 Gestión para conocer la satisfacción, necesidades y expectativas de los grupos de interés).
 2. Consecución de Objetivos y Planes de Mejora (PE01).
 3. Desempeño de procesos, indicadores y conformidad de servicios docentes/asistenciales.
 4. Estado de No Conformidades y Acciones Correctivas (PG-08).
 5. Resultados de auditorías internas y acreditaciones externas (VERIFICA / MONITOR / ACREDITA).
 6. Desempeño de proveedores externos (PO-10).
- Adecuación de recursos materiales y humanos (PA02, PA03, PA05, PE03).
- Eficacia de las acciones frente a riesgos y oportunidades (PE04).
- Oportunidades de mejora detectadas.

9.3.3. Salidas de la Revisión y Modificaciones del Sistema



Como resultado de la revisión se elabora el Informe de Revisión del SGC por el Decanato (archivado y custodiado por el Vicedecanato de Calidad), que formaliza las decisiones y acciones relativas a:

- Nuevos objetivos, planes y oportunidades de mejora.
- Modificaciones en el Sistema de Gestión:
 1. Modificaciones No Sustanciales: Ajustes operativos que no afectan a la estructura central del sistema.
 2. Modificaciones Sustanciales: Cambios estructurales que afectan a procedimientos, indicadores o responsabilidades, los cuales derivarán en una nueva versión documentada del SGC aprobada por la Junta de Centro y difundida formalmente.
- Asignación y adecuación de recursos.

10. MEJORA

10.1. Generalidades

La Facultad de Odontología garantiza la mejora continua de su sistema integrado combinando los mecanismos de la norma ISO 9001:2015 con los procesos de auditoría, autoevaluación y actualización de títulos del programa IMPLANTA-ACCUA.

10.2. No Conformidad y Acción Correctiva

Ante cualquier desviación real o potencial (incluidas las reclamaciones de estudiantes, pacientes o partes interesadas), se aplica el procedimiento PG-08 (Gestión de No Conformidades, Acciones Correctivas y Preventivas) en coordinación con el PA01, garantizando:

1. La identificación y registro inmediato de la desviación.
2. La determinación de la causa raíz.
3. El diseño e implantación de acciones correctivas para evitar su reaparición.
4. El registro del resultado de las acciones.
5. La evaluación sistemática de la eficacia de las medidas tomadas.



10.3. Mejora Continua y Rendición de Cuentas a los Grupos de Interés

La Facultad de Odontología articula la mejora continua sustentándose en la Política de Calidad (PE01), el Análisis de Datos (PE04), la Revisión por la Dirección, las Cartas de Servicios y los mecanismos de acreditación del Sistema de Garantía de Calidad del Título.

Rendición de Cuentas (Transparencia e Información Pública)

La mejora del sistema no se completa sin el retorno formal a la comunidad universitaria y partes interesadas:

- Información a Junta de Centro: El Equipo Decanal informa de manera continua y sistemática a la Junta de Centro (en sesiones ordinarias y extraordinarias) sobre la evolución del SGC, los resultados de los indicadores y los planes de mejora.
- Memoria Anual: El Equipo Decanal elabora y publica anualmente en la página web institucional la Memoria Anual del Centro, en la que rige la transparencia exponiendo los principales resultados académicos, asistenciales, de gestión y de calidad.
- Procedimientos del Sistema: Cada procedimiento documentado del SGC incluye un apartado explícito destinado a regular la rendición de cuentas de las actividades que regula, asegurando el cumplimiento con el procedimiento PC11 / PC-11 (Información Pública).