

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Nueva Oficina Fiscal

*Madrid, Noviembre de
2011*





Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 <i>Objetivos</i>	3
1.2 <i>Metodología</i>	4
2. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL.....	5
2.1 <i>Organización</i>	5
2.2 <i>Equipo de Calidad de cada OF</i>	6
3. PROCESOS DE CALIDAD	9
3.1 <i>Mapa de procesos</i>	9
3.2 <i>Descripción de procedimientos</i>	10
4. PROCEDIMIENTOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA OF	12
4.1 <i>Planificación estratégica</i>	12
<i>Planificación estratégica de la calidad</i>	12
<i>Dirección técnica y operativa</i>	13
<i>Gestión de la calidad</i>	14
4.2 <i>Gestión administrativa y calidad</i>	15
<i>Control de la documentación</i>	15
<i>Acciones correctivas y preventivas</i>	16
<i>Auditorías internas</i>	17
<i>Satisfacción del cliente</i>	19
<i>Medición de la prestación del servicio</i>	20
<i>Mejora continua</i>	21
5. Anexos.....	23



1. INTRODUCCIÓN

1.1 Objetivos

La implantación de la Oficina Fiscal (OF) tiene como objetivo prioritario instaurar un nuevo modelo de organización del trabajo en las distintas Fiscalías que, abarcando diferentes ámbitos, permitan lograr una mayor eficacia y eficiencia en la gestión del trabajo.

Bajo esta perspectiva, se hace necesario dotar a la OF de la metodología e instrumentos necesarios para asumir y avanzar en el proceso de mejora continua, y poder dar respuesta a las exigencias de sus usuarios con niveles de calidad incrementales. Con esta finalidad se ha elaborado el **Sistema de Gestión de la Calidad en la OF**, a través del cual se pretende incorporar la calidad como cultura: entender que la satisfacción del usuario, ya sea interno (Fiscales, otras áreas de Fiscalía, etc.) o externo (los ciudadanos, otras entidades a las que se presta servicio, etc.) ha de ser el centro de la Organización, y toda iniciativa o compromiso debe estar orientado a éste, creando una dinámica de progreso continuo

El presente documento recoge el Sistema de Gestión de la Calidad en la OF, es decir, describe la política, compromisos, procesos y responsabilidades que en materia de calidad, son necesarios para conseguir el aseguramiento de la calidad de los servicios prestados así como la satisfacción de los usuarios de la OF.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- Adaptar los criterios generales del **Modelo de Referencia del Sistema de Calidad Judicial** a las particularidades propias de la Nueva Oficina Fiscal y establecer los mecanismos de colaboración y coordinación con el resto de integrantes.
- Definir un **Sistema de Gestión de la Calidad** propio de la Nueva Oficina Fiscal, integrado en el Modelo de Referencia, que pueda ser trasladado a cada una de las Fiscalías, considerando las características y particularidades propias de cada una de ellas.
- Establecer los **mecanismos adecuados para la implantación y puesta en marcha del Sistema** de Gestión de la Calidad en cada OF.
- Facilitar a las distintas Administraciones públicas las **herramientas e instrumentos metodológicos necesarios** para la implantación efectiva del Sistema de Gestión de la Calidad en las distintas Fiscalías.



1.2 Metodología

El Sistema de Gestión de la Calidad en la OF forma parte del Sistema de Calidad Judicial. De esta forma, se engloba dentro del **Modelo de Referencia del Sistema de Calidad Judicial**, como parte de la estrategia de mejora continua de la Justicia y compromiso de las administraciones e instituciones por mejorar.

De acuerdo con esta premisa de partida, para la elaboración del Sistema de Gestión de la Calidad en la OF se ha seguido un criterio de adaptación de los diferentes aspectos que contempla dicho Modelo de Referencia a las especificidades de la Nueva Oficia Fiscal, y que se desarrollarán en detalle en los siguientes apartados:

- ☑ **Arquitectura institucional:** se define una composición específica de los Equipos Responsables de Calidad para garantizar la implantación efectiva y gestión operativa del Sistema de Gestión de Calidad en cada una de las Fiscalías.
- ☑ **Procesos y procedimientos:** se incluyen fichas reducidas, partiendo de la información contenida en el Modelo de Referencia, que describen los aspectos fundamentales de los procedimientos necesarios para realizar una adecuada gestión de la calidad en las Oficinas Fiscales.
- ☑ **Indicadores:** se define un conjunto de indicadores que permiten conocer la calidad de la gestión de la OF. Agrupados por procesos y procedimientos, facilitan la identificación de cuellos de botella y la evaluación de la eficacia y eficiencia en la operativa diaria de las Oficinas Fiscales, y por tanto la proposición e implantación de acciones de mejora.

Es por ello que, a la hora de su aplicación práctica, el presente Sistema de Gestión de la Calidad debe utilizarse junto con el Modelo de Referencia del Sistema de Calidad Judicial. Ambos instrumentos deben entenderse como una única herramienta de cara a asegurar la correcta implantación y desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en la OF.

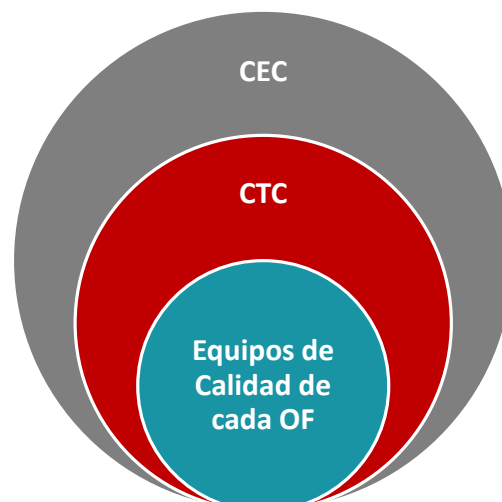
2. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL

2.1 Organización

Al igual que en el Modelo de Referencia de Calidad Judicial, la arquitectura institucional se estructura en tres niveles:

- ☑ **Comisión Estatal de Calidad (CEC):** pretende crear un espacio de cooperación, intercambio de opiniones, colegiación de esfuerzos y desarrollo de políticas compartidas para la creación de un modelo reconocible de Sistema de Gestión de Calidad.
- ☑ **Comisión Territorial de Calidad (CTC):** definida por cada Administración Pública (Ministerio de Justicia o Comunidad Autónoma, según se hayan transferido o no las competencias en Justicia), asume la alta dirección de calidad en su territorio de competencia. Es el órgano territorial/ autonómico encargado de decidir en última instancia las acciones a adoptar en cada OF en materia de calidad, **ejerciendo la supervisión y el seguimiento a la gestión de la calidad** en las Oficinas Fiscales del ámbito de su competencia, y coordinando e impulsando el despliegue y ejecución de la calidad en las mismas.
- ☑ **Equipo de Calidad de cada OF:** garantizan la implantación efectiva y operativa del Sistema de Gestión de la Calidad en cada una de las Fiscalías.

El siguiente esquema representa la organización institucional definida para la puesta en marcha y seguimiento a la gestión de la calidad en las Oficinas Fiscales:



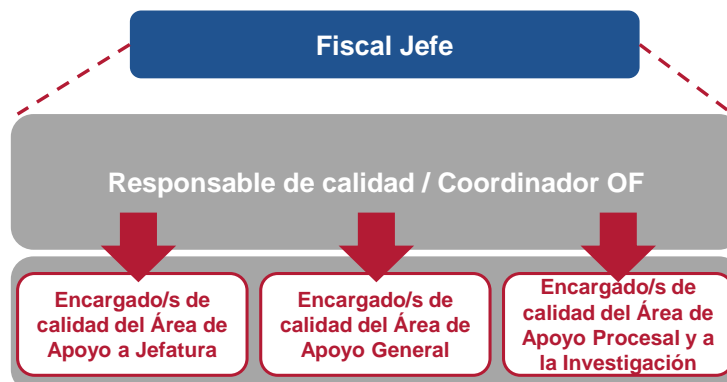
En el presente Manual, se define una composición diferenciada para los Equipos de Calidad respecto a lo dispuesto en el Modelo de Referencia del Sistema de Calidad Judicial, ya que: la CEC cuenta entre sus miembros con un representante de la Fiscalía General del Estado, y el diseño de la CTC es responsabilidad de cada Administración. No obstante, se puntualiza que deberán formar parte de la CTC el Fiscal Superior de la CCAA y una representación de Fiscales Jefe Provinciales, junto con los demás miembros de la carrera judicial.

2.2 Equipo de Calidad de cada OF

Para asegurar la efectividad de la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad y con ello, del proceso de mejora y retroalimentación del sistema, habrá de existir un equipo en cada OF encargado de implantar y ejecutar el Sistema de Gestión de la Calidad, por medio de un conjunto de actividades que aseguren la plena satisfacción de los usuarios en los servicios que en ellas se prestan.

El Equipo de Calidad se concibe como el equipo que gestiona, desarrolla, implanta y mantiene el Sistema de Gestión de la Calidad en cada OF, por medio de un conjunto de actividades que aseguran la plena satisfacción de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de los servicios prestados en ella.

La **estructura básica** de los Equipos de Calidad se define en dos niveles: el nivel superior, que asumirá la dirección del equipo, y el segundo nivel, que deberá determinarse en cada Fiscalía dependiendo del tipo y tamaño de la misma.





Con carácter general, el Equipo de Calidad de cada OF será el encargado de implantar, ejecutar, divulgar y socializar el Sistema de Gestión de Calidad en las Oficinas Fiscales, recopilando las incidencias y elevando las propuestas correspondientes a la CTC.

Los distintos agentes que formarán parte de los Equipos de Calidad, así como las funciones que desarrollarán, se especifican en la siguiente tabla:

NIVEL	RESPONSABLES	FUNCIONES
Dirección de los equipos de calidad	Fiscal Jefe	<ul style="list-style-type: none"> • Asume la alta dirección y el liderazgo estratégico del equipo de calidad de la OF. • Supervisa directamente y valida las acciones desarrolladas por el Coordinador de la OF. • Coordina la calidad a nivel provincial donde existan Fiscalías de Área y Secciones Territoriales.
	Coordinador OF	<ul style="list-style-type: none"> • Asume la dirección operativa del equipo de calidad de la OF. • Bajo la supervisión del Fiscal Jefe, emite las directrices y criterios y elabora la planificación de la calidad en la OF respectiva.
	Fiscales Decanos	<ul style="list-style-type: none"> • En aquellas Fiscalías en las que su tamaño o tipología así lo aconseje, podrán nombrarse Fiscales Decanos encargados de la calidad. • Ejercerán el liderazgo del equipo de calidad en su ámbito de competencia (por ejemplo Sección Territorial o especialidad), por delegación del Fiscal Jefe y reportarán a éste.
Segundo nivel	Responsable de control de registro, estadística y calidad de la OF	<ul style="list-style-type: none"> • Gestiona, desde un punto de vista operativo, el Sistema de Gestión de la Calidad de la OF. • Lleva a cabo, siguiendo las directrices del Coordinador de la OF, la gestión operativa de la calidad a fin de promover la mejora continua de los servicios prestados en la OF. • En aquellas Fiscalías donde no exista este puesto, estas funciones serán desarrolladas por el Coordinador de la OF.
	Encargados de calidad por áreas / grupos funcionales	<ul style="list-style-type: none"> • En aquellas Fiscalías en las que su tamaño o tipología así lo aconseje, podrán nombrarse funcionarios encargados de la calidad para las distintas áreas o grupos funcionales de la OF. • Prestarán apoyo al Responsable de calidad /

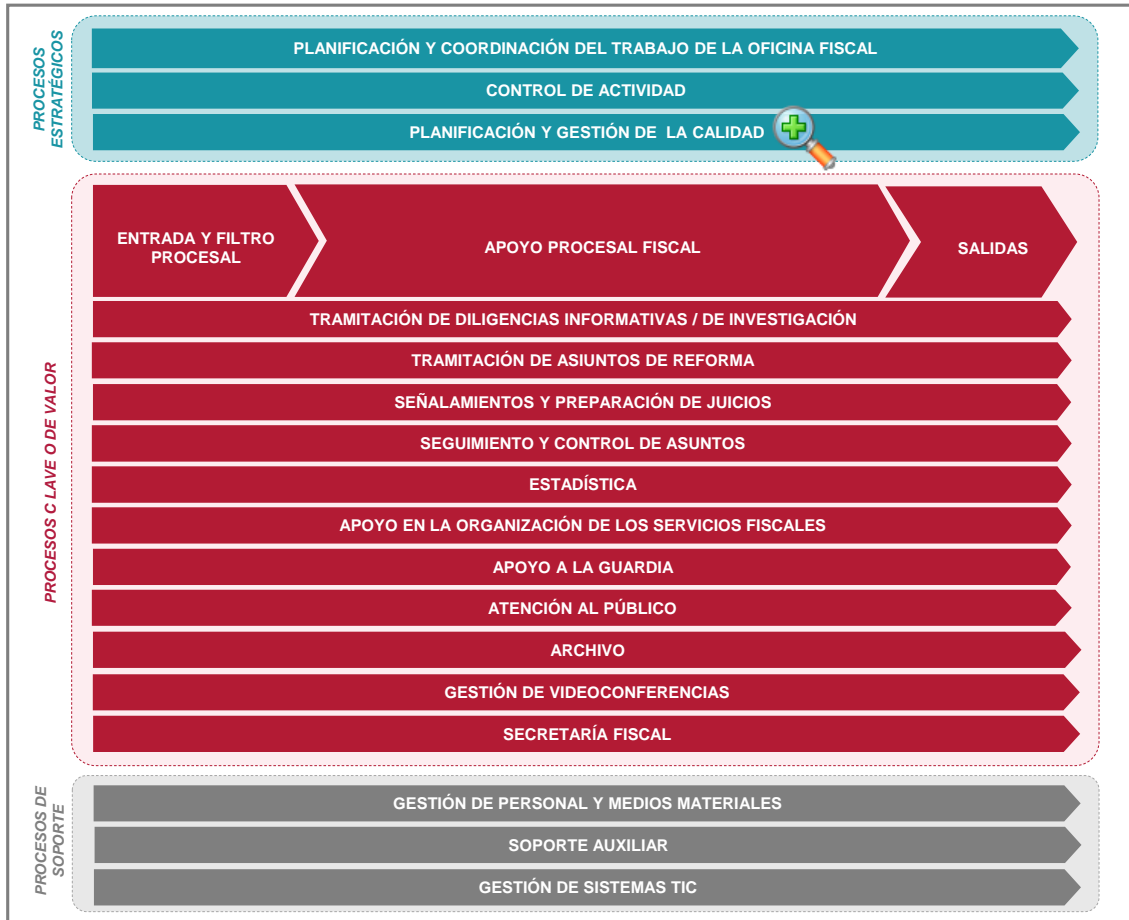


		Coordinador OF en la gestión operativa de la calidad, por ejemplo en la recogida y tratamiento de datos para la medición de indicadores.
--	--	--

3. PROCESOS DE CALIDAD

3.1 Mapa de procesos

El Mapa de Procesos de la OF ofrece una visión general, desde el punto de vista operativo y de gestión, de los procesos que se llevan a cabo en la OF. En él se encuadran los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, tal y como muestra la siguiente ilustración:



El Sistema de Gestión de la Calidad de la OF se articula en 3 procesos: planificación estratégica, gestión administrativa y calidad, y un último proceso de soporte o apoyo. Para cada uno de dichos procesos, se especifican a continuación los procedimientos necesarios para realizar una adecuada gestión de la calidad en las Oficinas Fiscales:



Procesos	Procedimientos
Planificación estratégica	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento de planificación estratégica de la calidad• Procedimiento de dirección técnica y operativa• Procedimiento de gestión de la calidad
Gestión administrativa y calidad	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento del control de documentación• Procedimiento de acciones correctivas y preventivas• Procedimiento de auditorías internas• Procedimiento de satisfacción del cliente• Procedimiento de medición de la prestación del servicio• Procedimiento de mejora continua
Soporte o apoyo	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento de gestión de los sistemas de información• Procedimiento de la gestión de los Sistemas TIC• Procedimiento de gestión de recursos humanos y formación

3.2 Descripción de procedimientos

Al objeto de establecer un paralelismo con el Modelo de Referencia del Sistema de Calidad Judicial, y de acuerdo con la metodología establecida para la elaboración del presente documento, para describir los procedimientos se incluye una versión reducida de las fichas del Modelo de Referencia que incorporan la siguiente información:



Código: asocia el procedimiento a su tipología. Las 3 primeras letras identifican si pertenece al proceso de planificación (DIR) o de gestión (GCA). Las segundas indican que se trata de procedimiento (PDM), en contraposición a actividad (ACT). La numeración hace referencia al listado consecutivo de procedimientos por proceso

Versión: estado actual de la ficha, mediante numeración de versiones

Nombre del procedimiento. Se asocia un color diferente dependiendo de la tipología del procedimiento (planificación o gestión)

Objetivo: propósito fundamental del procedimiento

Alcance: ámbito de actuación del procedimiento

Actividades del Procedimiento: actuaciones necesarias para llevar a cabo el procedimiento. La codificación sigue la misma metodología que para los procedimientos

Entradas y salidas: inputs y outputs del procedimiento

Responsables: agentes encargados de realizar el procedimiento

PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD	
Objetivo	Determinar los objetivos específicos de calidad de cada OF y planificar el despliegue e implantación de las actividades e iniciativas de calidad propuestas para controlar, mejorar y consolidar los procesos y servicios prestados por cada OF.
Alcance	A partir de la Política y Objetivos Globales de Calidad, se analiza el contexto interno y externo para la fijación de objetivos específicos de calidad de cada OF, así como las líneas de actuación asociadas para garantizar el cumplimiento de dichos objetivos. Se establece asimismo una planificación a medio plazo de estas líneas de actuación, y los mecanismos para su seguimiento y evaluación.
Actividades del Procedimiento	1. DIR-ACT-PDM-01-01 V 1.0. Elaboración del Plan Específico de Calidad. 2. DIR-ACT-PDM-01-02 V 1.0. Revisión y actualización.
Entradas a Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> Necesidades de los Usuarios Planes de Mejora
Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> Plan específico de calidad de cada OF
Responsables	<p>Comisión Autonómica/Territorial de Calidad: definirá los objetivos específicos (OE) de calidad, marcará las líneas de actuación que se deben identificar en cada OF para alcanzarlos y validará el Plan Específico de Calidad (PEC) propuesto.</p> <p>Dirección del equipo de calidad: El Coordinador de la OF, bajo la supervisión del Fiscal Jefe (y sujeto a su aprobación), será responsable de la definición de las líneas de actuación asociadas a cada OE, siguiendo las pautas marcadas por la Comisión Territorial de Calidad y la guía de elaboración del PEC y sus anexos detallada en el Modelo de Referencia.</p>

De esta forma se pretende establecer a grandes rasgos los roles y responsabilidades correspondientes al Sistema de Gestión de la Calidad de la OF, modificando lo necesario por ser de aplicación a la OF y no a la OJ. Por lo tanto, para obtener mayor detalle de los procedimientos y los correspondientes flujogramas, deberá acudir al Modelo de Referencia.

Asimismo, es preciso señalar que no se incluyen fichas específicas para los procedimientos de soporte, puesto que estos procedimientos ya aparecen descritos en el Manual de Procedimientos de la OF.



4. PROCEDIMIENTOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA OF

4.1 Planificación estratégica

Planificación estratégica de la calidad

		COD	DIR-PDM-01 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD			
Objetivo	Determinar los objetivos específicos de calidad de cada OF y planificar el despliegue e implantación de las actividades e iniciativas de calidad propuestas para controlar, mejorar y consolidar los procesos y servicios prestados por cada OF.		
Alcance	A partir de la Política y Objetivos Globales de Calidad, se analiza el contexto interno y externo para la fijación de objetivos específicos de calidad de cada OF, así como las líneas de actuación asociadas para garantizar el cumplimiento de dichos objetivos. Se establece asimismo una planificación a medio plazo de estas líneas de actuación, y los mecanismos para su seguimiento y evaluación.		
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIR-ACT-PDM-01-01 V 1.0. Elaboración del Plan Específico de Calidad. 2. DIR-ACT-PDM-01-02 V 1.0. Revisión y actualización. 		
Entradas a Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de los Usuarios • Planes de Mejora 		
Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Plan específico de calidad de cada OF 		
Responsables	<p>Comisión Autónoma/Territorial de Calidad: definirá los objetivos específicos (OE) de calidad, marcará las líneas de actuación que se deben identificar en cada OF para alcanzarlos y validará el Plan Específico de Calidad (PEC) propuesto.</p> <p>Dirección del equipo de calidad: el Coordinador de la OF, bajo la supervisión del Fiscal Jefe (y sujeto a su aprobación), será responsable de la definición de las líneas de actuación asociadas a cada OE, siguiendo las pautas marcadas por la Comisión Territorial de Calidad y la guía de elaboración del PEC y sus anexos detallada en el Modelo de Referencia.</p>		



Dirección técnica y operativa

		COD	DIR-PDM-02 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE DIRECCIÓN TÉCNICA Y OPERATIVA			
Objetivo	Definir y especificar las características técnicas de los servicios a prestar y determinar las normas, los procedimientos y los medios necesarios para su realización, que permitan satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios / clientes de la OF.		
Alcance	Determinar, especificar y comunicar las características de los servicios, así como la normativa interna que sea necesaria para su correcta prestación.		
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIR-ACT-PDM-02-01 V 1.0. Determinación de los servicios. 2. DIR-ACT-PDM-02-02 V 1.0. Definición de las especificaciones de los servicios. 3. DIR-ACT-PDM-02-03 V 0.1. Elaboración de criterios de organización y normas internas de funcionamiento de las áreas de cada OF. 		
Entradas a Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de los Usuarios. • Catálogo de Servicios Marco. 		
Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Especificaciones y requisitos de los servicios. • Catálogo de Servicios Específico de cada OF. • Criterios de organización y normas internas de funcionamiento de las áreas de cada OF. 		
Responsables	<p>Administración competente: define los servicios a prestar en las OF de su territorio.</p> <p>Comisión Territorial de Calidad: adopta las especificaciones de prestación de los servicios, a través mecanismos como catálogo de servicios, instrucciones y circulares y protocolos de actuación.</p> <p>Coordinador de la OF, bajo la supervisión y aprobación del Fiscal Jefe: adapta las especificaciones de prestación de los servicios en cada OF, determinando los criterios y normas internas de funcionamiento y organización.</p>		



Gestión de la calidad

		COD	DIR-PDM-03 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
Objetivo	Establecer, desarrollar, mantener y mejorar, de forma continua, la Gestión de la Calidad, con el fin de entregar productos y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios y cumplir la legislación vigente.		
Alcance	La Gestión de la Calidad se aplica a todas las actividades y funciones que cubren la prestación de servicios proporcionados.		
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIR-ACT-PDM-03-01 V 1.0. Organización de la calidad. 2. DIR-ACT-PDM-03-02 V 1.0. Implantación de las líneas de actuación definidas en el PEC y puesta en marcha de los procesos de gestión administrativa y calidad. 3. DIR-ACT-PDM-03-03 V 1.0. Seguimiento y evaluación de las líneas de actuación del PEC. 4. DIR-ACT-PDM-03-04 V 1.0. Comunicación de resultados. 		
Entradas a Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de Mejora Continua. 		
Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Informe consolidado de Mejora de la Calidad de la OF. • Objetivos anuales de Calidad. 		
Responsables	<p>Comisión Territorial de Calidad: será el Órgano encargado de liderar el procedimiento de gestión de la calidad, y responsable último de organizar la calidad en cada OF, en particular:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Define los objetivos de calidad, y los actualiza en las ocasiones en las que se requiere. ○ Implanta las líneas de actuación del PEC. ○ Define las directrices para la puesta en marcha de los procesos de gestión administrativa y calidad. ○ Realiza el seguimiento y evaluación final de la calidad en cada OF a través de la revisión de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los Planes de Calidad Específicos de cada OF. ○ El informe anual de mejora continua consolidado de la OF. <p>Dirección del equipo de calidad: el Coordinador de la OF será el agente</p>		



	<p>responsable de la ejecución del proceso, en concreto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejecutando la puesta en marcha de los procesos de gestión administrativa y calidad. ○ Realizando los informes que permiten el seguimiento y evaluación final de la calidad en cada OF, en particular: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los Planes Específicos de Calidad de cada OF. ○ La revisión y análisis de los informes anuales de mejora continua. ○ La elaboración del informe anual de mejora continua consolidado de la OF.
--	---

4.2 Gestión administrativa y calidad

Control de la documentación

		COD	GCA-PDM-01 V 0.1
PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN			
Objetivo	Establecer la forma de sistematizar las actividades que son necesarias para elaborar y controlar la documentación de la OF.		
Alcance	<p>El alcance de este procedimiento comprende las distintas tipologías de documentación existentes en la OF y clasificadas en dos grandes grupos:</p> <p>Documentación interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentación asociada al Sistema de Gestión de la Calidad de la OF: Protocolos de Actuación, Manual del Sistema de Gestión de la Calidad, Formularios, Instrucciones... ▪ Documentación interna relacionada con la operativa diaria de la OF. <ul style="list-style-type: none"> ○ Manuales de Puestos, Procedimientos y Optimización. ○ Normas de organización interna. <p>Documentación externa.</p> <p>Leyes, Reglamentos, Acuerdos.</p>		
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. GCA-ACT-PDM-01-01 V 0.1. Control de la documentación. 2. GCA-ACT-PDM-01-02 V 0.1. Elaboración de nuevos registros y nueva documentación y modificación de registros y documentación existente. 		



Entradas a Procedimiento	Nuevas necesidades documentales o propuestas de modificación
Salidas de Procedimiento	Documentos y registros asociados a la prestación de servicios
Responsables	<p>Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad: realizará el control de toda la documentación de la OF, incluidas la codificación del documento y actualización de las hojas de control. Específicamente, en el caso de los Manuales de Puestos, Procedimientos y Optimización, se observará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El Responsable de Control estará encargado de identificar las necesidades de actualización/adaptación de los Manuales. Propondrá dichos cambios al Coordinador para que decida sobre su procedencia y actualizará los Manuales según las instrucciones recibidas del Coordinador. Las propuestas de actualización validadas por el Fiscal Jefe/Superior, deberán remitirse a la Fiscalía General del Estado para su aprobación. ▪ En el supuesto de que el impacto de las modificaciones a incluir en los Manuales exceda del ámbito de la actividad interna de la Fiscalía en cuestión, podrán elevarse dichas modificaciones a la Comisión Territorial de Calidad para que se decida sobre su procedencia. <p>Se podrá nombrar, en su caso, un funcionario que será el responsable de proceder a la sustitución de los registros y destrucción de aquellos que resulten obsoletos.</p>

Acciones correctivas y preventivas

		COD	GCA-PDM-02 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS			
Objetivo	Establecer el método para el tratamiento y resolución de las No Conformidades (reales o potenciales) detectadas durante el desarrollo de los procedimientos y/o prestación de servicios.		
Alcance	<p>Aplica a todas las No Conformidades detectadas en la generación y prestación de servicios (<i>una No Conformidad es un incumplimiento de un requisito (necesidad, condición necesaria, característica especificada)</i>)</p> <p>La detección una No Conformidad suele ser el resultado de evidencias o pruebas de desviaciones respecto a las características especificadas, encontradas en cualquier actividad de los procedimientos. Son el incumplimiento de los requisitos acordados o de una mala prestación de los</p>		



	servicios que interrumpen éstos durante un tiempo.
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> GCA-ACT-PDM-02-01 V 0.1. Identificación y Registro de No Conformidades reales o potenciales. GCA-ACT-PDM-02-02 V 0.1. Análisis de las causas de las No Conformidades. GCA-ACT-PDM-02-03 V 0.1. Control y Seguimiento de las Acciones.
Entradas a Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas, sugerencias y recomendaciones de clientes y/o usuarios • Indicadores de gestión. • Auditorías Internas. • Encuestas de Satisfacción. <p><i>NOTA: en esta fase de arranque las acciones correctivas estarán asociadas a las desviaciones detectadas en los indicadores de gestión establecidos en cada OF.</i></p>
Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de Calidad y Control de Acción Correctiva. • Informe Anual de Acciones Correctivas.
Responsable	<p>Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad: estará a cargo de la identificación de las No Conformidades, contando para ello con el apoyo de los funcionarios encargados de calidad designados. Deberá asimismo proponer acciones de mejora, que deberán ser aprobadas por el Coordinador de la OF y el Fiscal Jefe. Posteriormente realizará el seguimiento de las medidas para verificar si las No Conformidades han sido superadas.</p>

Auditorías internas

		COD	GCA-PDM-03 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS			
Objetivo	Describir el método para la realización de las Auditorías Internas de los servicios, con el fin de verificar el cumplimiento de todos los procedimientos; asegurar la correcta realización de los procesos de forma que las no conformidades o incumplimientos detectados y las acciones correctivas tomadas sean efectivas, y así mismo identificar áreas de mejora.		
Alcance	La auditoría es una actividad interna planificada y documentada; es un reconocimiento de las evidencias de la correcta realización de las actividades y de los procesos relacionados con la prestación de servicios de la OF. En		



	<p>particular el alcance del procedimiento comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar las auditorías internas, todos los años, y elaborar para ello un Plan Anual de Auditoría. • Realizar las auditorías planificadas, para ello el Responsable de Calidad elabora los distintos Planes de Auditoría, tantos como áreas o grupos funcionales a auditar. • Celebrar una reunión de cierre de la Auditoría, al finalizar la recogida de evidencias, entre el Responsable de Calidad y los integrantes del grupo auditado, con el objeto de presentar los resultados y asegurarse de que han sido entendidos por los auditados. • Elaborar los Informes de cada Auditoría, con los resultados de las mismas, en estos se indican las No Conformidades detectadas. El tratamiento y resolución de las No Conformidades se analiza y resuelve en la forma descrita en el Procedimiento de Acciones Correctivas. • Elaborar el Informe Anual de Auditorías, como documento resultado de las auditorías realizadas a las diferentes unidades.
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. GCA-ACT-PDM-03-01 V 1.0. Elaboración del Plan Anual de Auditoría. 2. GCA-ACT-PDM-03-02 V 1.0. Elaboración de Planes de Auditoría y Ejecución de la misma. 3. GCA-ACT-PDM-03-03 V 1.0. Elaboración de los Informes de Auditoría. 4. GCA-ACT-PDM-03-04 V 1.0. Elaboración del Informe Anual de Auditoría.
Entradas a Procedimiento	Listas de chequeo de los registros y evidencias o pruebas de la correcta realización y cumplimiento de actividades.
Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Anual de Auditoría. • Planes de Auditorías Internas. • Informe de Auditorías.
Responsables	<p>Comisión Territorial de Calidad: es el responsable último del procedimiento, ya que se encarga de realizar el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad: será el encargado de ejecutar dicho Plan, bajo la supervisión del Coordinador de la OF y el Fiscal Jefe.</p>



Satisfacción del cliente

COD

GCA-PDM-04 V 1.0

PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

<p>Objetivo</p>	<p>Definir la forma de obtener los datos que permitan conocer el grado de satisfacción del usuario y/o cliente: opinión cualitativa, información y datos cuantitativos de los servicios prestados desde la OF con el fin de desarrollar un Proceso de Mejora Continua.</p>
<p>Alcance</p>	<p>Los instrumentos utilizados para obtener información y datos, que permiten determinar la satisfacción de los clientes y/o usuarios, pueden ser métodos directos o indirectos.</p> <p>Los directos son del tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de Percepción de la Satisfacción de los clientes y/o usuarios. • Entrevistas Personales con los clientes y/o usuarios. • Foros y Grupos de Trabajo con clientes y/o usuarios. <p>Los indirectos son del tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quejas, Sugerencias y Reclamaciones de clientes y/o usuarios. • Documentación procedente de los Informes de Auditorías y Seguimiento de Acciones Correctivas. • Indicadores de los Procesos Operativos. <p>La valoración de la satisfacción de los clientes y/o usuarios se puede realizar a través de cualquiera de los instrumentos mencionados, no siendo necesario recurrir siempre a todos ellos, es suficiente con la elección de algún método de entre los mencionados.</p>
<p>Actividades del Procedimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. GCA-ACT-PDM-04-01 V 0.1. Determinación de las actuaciones asociadas a la medida de la satisfacción 2. GCA-ACT-PDM-04-02 V 1.0. Obtención y análisis de información. 3. GCA-ACT-PDM-04-03 V 0.1. Medida de la satisfacción. 4. GCA-ACT-PDM-04-04 V 0.1. Elaboración del informe anual de medida de satisfacción del cliente.
<p>Entradas a Procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de Quejas, Sugerencias y Reclamaciones. • Encuestas de satisfacción. • Informes de Grupos de trabajo.
<p>Salidas de Procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones asociadas a la medida de Satisfacción del Cliente de la OF. • Informe de Medida de Satisfacción del Cliente.
<p>Responsables</p>	<p>Comisión Territorial de Calidad: es la responsable última de la definición y del análisis de resultados de las acciones asociadas a la medida de Satisfacción del Cliente de la OF.</p>



	<p>Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad: será responsable de la ejecución del Plan de Satisfacción del Cliente de la OF, bajo la supervisión del Coordinador de la OF y del Fiscal Jefe.</p>
--	--

Medición de la prestación del servicio

		COD	GCA-PDM-05 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO			
Objetivo	<p>Asegurar el seguimiento de las especificaciones del servicio para verificar el eficaz cumplimiento de los requerimientos del mismo y de los objetivos del SGC, mediante el establecimiento y medición de indicadores capaces de suministrar información de las actividades desarrolladas en la OF.</p>		
Alcance	<p>Determinación de los Planes de Control de realización del servicio, mediante el establecimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores¹ que permitan verificar la capacidad para cumplir con las especificaciones y los objetivos planificados, así como para obtener información sobre las desviaciones detectadas. Los indicadores deben ser coherentes, medibles y cuantificables. • La periodicidad y sistemática de medición de los indicadores. • Adopción de criterios de aceptación de resultados, delimitación de desviaciones y adopción de correcciones. • Evaluación e interpretación de resultados. • Propuestas de toma de decisiones sobre la idoneidad de proceder a determinar una No Conformidad, para una vez aprobadas o estimadas, se han de aplicar, medir, evaluar conforme con los objetivos inicialmente propuestos. 		
Actividades del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. GCA-ACT-PDM-05.01 V 1.0. Establecimiento de los Planes de Control del servicio. 2. GCA-ACT-PDM-05.02 V 1.0. Medición y revisión de los resultados de la prestación del servicio. 		
Entradas a Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de la ejecución de los procesos operativos. 		

¹ Se incluye como **Anexo 1** un listado de indicadores para evaluar los servicios prestados por la OF, agrupados según los procedimientos contenidos en el Manual de Procedimientos.



Salidas de Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Control. • Resultados de las mediciones. • Informes de análisis de desviaciones.
Responsables	<p>Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad: elaborará el Plan de Control y consolidará los datos recogidos por los funcionarios para analizar las posibles desviaciones.</p> <p>Funcionarios encargados de la calidad en las respectivas áreas o grupos funcionales: realizarán la recogida de datos para medir los indicadores.</p>

Mejora continua

		COD	GCA-PDM-06 V 1.0
PROCEDIMIENTO DE MEJORA CONTINUA			
Objetivo	<p>Revisar y analizar los resultados de los servicios proporcionados por la OF, identificando actividades concretas para mejorar la calidad de procesos de gestión.</p>		
Alcance	<p>La mejora continua es el procedimiento que recopila las acciones, los resultados y las líneas de mejora asociadas de cada uno de los procedimientos relacionados con la calidad bajo un solo documento denominado Informe de Mejora Continua de la OF.</p> <p>Transcurrido un tiempo prudencial después de realizar la implementación de las distintas medidas de actuación, el Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad de la OF, con carácter anual, completará dicho informe debiendo evaluar el grado de avance de los objetivos específicos y actuaciones en materia de calidad perseguidas.</p> <p>En particular se pretende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar una valoración periódica de las actividades en materia de calidad realizadas por la OF. ○ Analizar los indicadores de resultados. ○ Verificar el cumplimiento los objetivos planteados. ○ Detectar desviaciones. <p>Este documento de carácter anual, lo conforman el compendio de la información anual asociada a las Quejas y Sugerencias recabadas en el año, las acciones correctivas, los resultados de las auditorías internas realizadas, los resultados del procedimiento análisis de la satisfacción de los clientes / usuarios, y los resultados recabados de los indicadores de gestión de cada</p>		



	<p>uno de los procesos operativos de la OF.</p> <p><i>Por tanto, la mejora continua se materializa a través del Informe Anual de Mejora Continua, y se basa en el análisis de los datos objetivos de los procesos y procedimientos citados anteriormente y de las propuestas de actuación asociadas a dichos análisis.</i></p> <p>Este informe realimenta el Procedimiento Estratégico de Gestión de la Calidad y ayuda a la Dirección de los Equipos de Calidad, en su conjunto, a la toma de decisiones asociada a la calidad.</p> <p>Asimismo, este procedimiento promueve y ejecuta como herramienta participativa de búsqueda de la mejora continua grupos de mejora formado por funcionarios de la OF, que analizan causas de problemas, sugieren soluciones a los mismos, y en global, trabajan sobre las distintas soluciones que satisfacen mejor las necesidades de los clientes / usuarios.</p>
<p>Actividades del Procedimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. GCA-ACT-PDM-04-01 V 1.0. Recopilación de informes e identificación de propuestas de mejora. 2. GCA-ACT-PDM-04-02 V 1.0. Cumplimentación de la plantilla del informe de mejora continua. 3. GCA-ACT-PDM-04-03 V 1.0. Determinar acciones de mejora. 4. GCA-ACT-PDM-04-04 V 1.0. Envío del Plan de Mejora a la Comisión de Calidad.
<p>Entradas a Procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe Anual de Quejas, Sugerencias y Reclamaciones. • Informe Anual Satisfacción de los Clientes y/o Usuarios. • Informe Anual de Acciones Correctivas. • Informe Anual de Auditorías Internas. • Informe Anual Indicadores de Procesos Operativos.
<p>Salidas de Procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de propuestas de Mejora. • Plan de Mejora.
<p>Responsables</p>	<p>Dirección del Equipo de Calidad: serán los responsables de la validación del informe anual de mejora.</p> <p>Responsable de Control de Registro, Estadística y Calidad: con el apoyo de los funcionarios encargados de calidad, será responsable de la recopilación del total de los datos, de la identificación de distintas propuestas de mejora asociadas al servicio y de la elaboración del informe anual de mejora.</p>



5. ANEXOS

Anexo 1: Indicadores de Calidad de la OF

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS	INDICADOR/ES
CONTROL DE ACTIVIDAD	Control de registro e información	Nº de incumplimientos o desviaciones producidas, por tipología (registro, documentación, etc.)
	Control de la guardia	Nº o porcentaje de registros mal efectuados durante la guardia
ENTRADA Y FILTRO PROCESAL	Recepción, clasificación y reparto	<ul style="list-style-type: none"> Nº de registros iniciales / día. Tiempo medio entre la recepción física/telemática y el registro de procedimientos iniciales. Tiempo medio entre la recepción física/telemática y el registro de documentos de trámite.
	Filtro procesal	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo medio de despacho de vistos. Nº de vistos rechazados por Fiscal de turno. Vistos gestionados por Entrada, Clasificación y Filtro Procesal.
TRAMITACIÓN DE DILIGENCIAS DE INVESTIGACIÓN	Tramitación de diligencias informativas / de investigación	<ul style="list-style-type: none"> Nº de diligencias abiertas vs denuncias recibidas. Tiempo medio de despacho de diligencias. Nº de denuncias y querellas presentadas ante el órgano judicial vs Nº de diligencias abiertas. Nº de diligencias archivadas.
TRAMITACIÓN DE ASUNTOS DE REFORMA	Tramitación de asuntos de reforma	Tiempo medio de tramitación del expediente de reforma



SEÑALAMIENTOS Y PREPARACIÓN DE JUICIOS	Registro y comprobación de señalamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo medio entre la recepción de una notificación de Señalamiento en Fiscalía y el registro de salida del visto. • Nº de notificaciones de señalamientos registradas. • Tiempo medio entre la fecha de recepción de una notificación y fecha del señalamiento.
	Preparación de juicios	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo medio entre el registro de la notificación y la recepción de la carpetilla por el Fiscal. • Tiempo medio entre la recepción de la carpetilla y la fecha de juicio. • Registros informáticos de celebraciones / juicios realizados con asistencia del Fiscal.
	Gestión de conformidades	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de solicitudes de conformidad atendidas por periodo. • % solicitudes de conformidad con cumplimiento positivo sobre el total de solicitudes recibidas.
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ASUNTOS	Seguimiento e impulso de asuntos	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de asuntos inactivos por más de 3 meses. • Nº de asuntos pendientes de dictamen.
	Control y reporte de prisiones provisionales	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de prisiones provisionales activas por periodo. • Nº de prórrogas de prisiones provisionales solicitadas. • Nº de prisiones provisionales caducadas.
	Control y reporte de ejecutorias	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de ejecutorias finalizadas. • Nº de ejecutorias pendientes de dictamen. • Nº de ejecutorias despachadas por periodo.



	Apoyo al control de plazos	Nº de plazos incumplidos por periodo
ESTADÍSTICA	Elaboración de informes estadísticos	Tiempo medio de realización de informes estadísticos
APOYO A LA GUARDIA	Apoyo a la guardia	Nº de asuntos despachados durante la guardia
ATENCIÓN AL PÚBLICO	Información al público y profesionales	Nº de consultas atendidas por periodo
	Atención a víctimas de violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Nº de denuncias por maltrato registradas por periodo. Nº de diligencias de investigación abiertas por periodo. Porcentaje de diligencias de investigación abiertas sobre denuncias recibidas.
	Recepción, atención y documentación de comparecencias	<ul style="list-style-type: none"> Nº de comparecencias atendidas. Nº de diligencias de investigación abiertas por periodo. Porcentaje de diligencias de investigación abiertas sobre comparecencias atendidas.
ARCHIVO	Preparación de cajas para archivo definitivo	Nº de cajas enviadas a archivo definitivo por periodo
GESTIÓN DE VIDEOCONFERENCIAS	Gestión de videoconferencias	Nº de videoconferencias realizadas por periodo
GESTIÓN DE PERSONAL Y MEDIOS MATERIALES	Gestión de necesidades de formación	Horas de formación impartidas anualmente
	Gestión de medios materiales	Gastos anual en nuevos medios materiales
SOPORTE AUXILIAR	Traslado físico de documentación y expedientes	Nº de expedientes extraviados