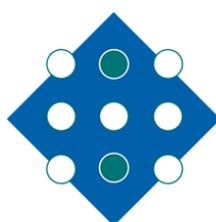
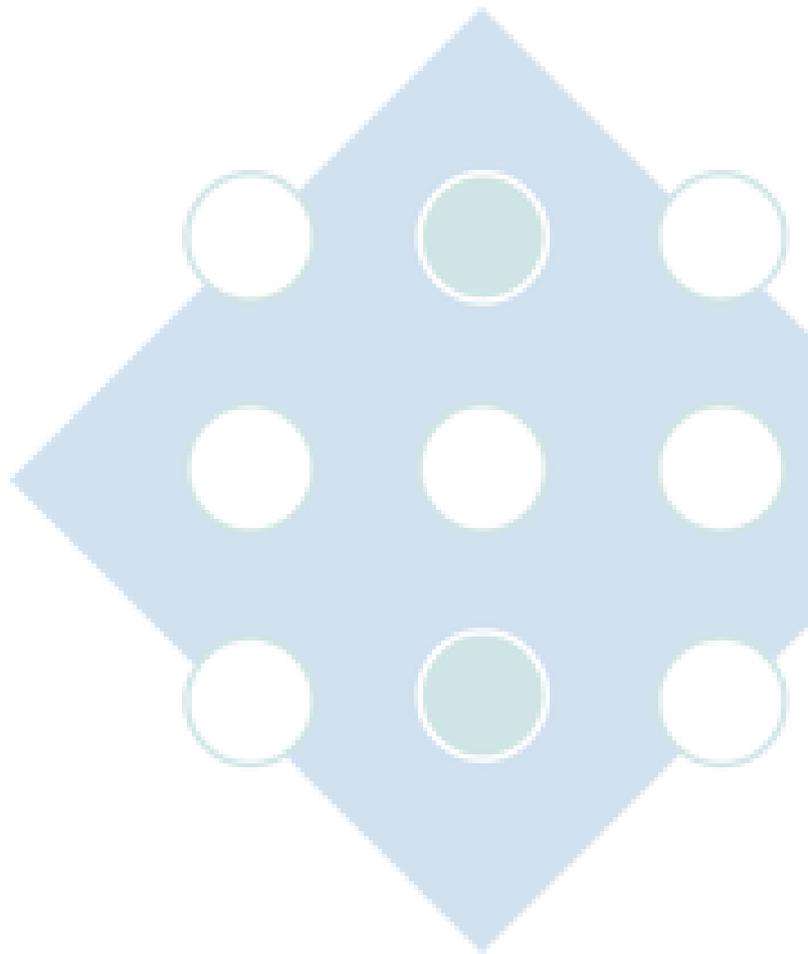


Plan de calidad 2021-2024



Institut
d'Investigació Sanitària
Illes Balears

IdISBa

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
V.1	Aprobación inicial en reunión del Patronato del IdISBa	03.11.2021
V.2	Actualización Funciones Comisión de Calidad y Anexo III – Criterios de Calidad del ISCIII	28.04.2022
V.3	Actualización indicadores 1.1.2 y 1.1.3 tras la revisión del Plan	31.03.2023

Índice

1. Introducción	1
2. Metodología	3
3. Política de calidad	3
4. Estructura de gestión.....	5
5. Estrategia.....	7
5.1 Objetivo estratégico 1: Organización y gestión – consolidación y excelencia..	8
5.2 Objetivo estratégico 2: Excelencia investigadora	9
5.3 Objetivo estratégico 3: Organización actividad de gestión	9
5.4 Objetivo estratégico 4: Asegurar el control de los procesos.....	10
5.5 Indicadores de seguimiento y cronograma	11
6. Criterios de calidad de la reacreditación del Instituto	13
7. Sistemas de gestión.....	13
7.1. Mapa de procesos	14
7.2. Control documental.....	15
8. Evaluación	16
8.1. Cuadro de mando.....	16
8.2. Encuestas de satisfacción	16
8.3. Autoevaluaciones y auditorías	16
8.4. No conformidades y acciones correctoras	17
8.5. Memorias.....	18
9. Divulgación.....	18
10. Canales de participación	19

Anexo I – Responsabilidad documental.....	20
Anexo II – Áreas y unidades de gestión.....	22
Anexo III – Criterios de calidad del ISCIII.....	30
1) Gerencia.....	30
2) Unidad de Gestión Económica y Contratación.....	43
3) Unidad de RR. HH.	46
4) Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicación.....	49
5) Unidad de Proyectos Competitivos	50
6) Unidad de Proyectos Privados.....	53
7) Unidad de Formación	54
8) Unidad de Comunicación.....	58
9) Unidad de Producción Científica.....	65
10) Unidad de Innovación y Transferencia de Resultados de Investigación.....	72
11) Unidad de Infraestructuras y Laboratorios	78
12) Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad	80
13) Gestión Científica	84

1. Introducción

Para el desarrollo apropiado de su actividad central, el fomento y desarrollo de la investigación traslacional, el IdISBa precisa de una adecuada coordinación y alineamiento de los distintos elementos que lo componen, para lo que es esencial articular un adecuado plan de calidad.

La orientación a la calidad y mejora de la organización y actividad del IdISBa quedaba ya recogida en sus estatutos entre sus fines:

Fines fundacionales

- Realizar una investigación relevante para mejorar la salud de la población siguiendo los estándares internacionales de calidad.
- Promover la utilización óptima de los recursos puestos al servicio de la investigación, asegurando la eficacia, eficiencia y calidad como elemento característico del sistema sanitario público.
- Garantizar el principio de legalidad, los principios éticos y la deontología profesional en el desarrollo de la investigación y gestión del conocimiento.

Asimismo, la acreditación como Instituto de Investigación Sanitaria obtenida en el 2019, por parte del Instituto de Salud Carlos III, ya es un reconocimiento de excelencia de los resultados científicos y de los retornos beneficiosos en el ámbito asistencial, social y económico de la investigación.

El *Plan Estratégico 2021-2024* del Instituto también recoge, en relación con el ámbito de la calidad y mejora que nos ocupa, el siguiente objetivo:

Objetivo

Definir un sistema de evaluación continua, a través de indicadores y estándares definidos en las políticas nacionales e internacionales de referencia en excelencia investigadora, que permitan obtener un seguimiento y valoración de la actividad del Instituto.

Este objetivo, desplegado de forma implícita a lo largo de todo el desarrollo estratégico de la institución, se concreta en la actualización de todos los planes y procesos de gestión del instituto, así como la preparación de la futura reacreditación por parte del ISCIII, siempre cumpliendo con los requisitos establecidos en la *Guía técnica de evaluación de acreditaciones*

de institutos de investigación biomédica o sanitaria, publicada por el ISCIII el 12 de abril de 2019.

Por todo lo expuesto, este documento recoge la política de calidad del Instituto para el periodo 2021-2024, así como todas las acciones que se desarrollan para asegurar su correcta implantación y actualización.

Para ello el plan se organiza en los siguientes apartados:

Metodología de elaboración	Descripción de la metodología utilizada para llevar a cabo la elaboración e implantación del plan de calidad.
Política de calidad	Actualización de los objetivos y la política de calidad en línea con los objetivos definidos en el <i>Plan Estratégico 2021-2024</i> .
Estructuras de gestión de calidad	Descripción de las estructuras y órganos existentes en el Instituto que son responsables de la supervisión y ejecución de las actividades en el ámbito de la calidad y mejora.
Estratégica	Objetivos y actuaciones de calidad. Se establecen los objetivos y las actuaciones e instrumentos que permiten la implantación de la política de calidad en el IdISBa.
Reacreditación	Revisión de todos los indicadores mencionados en la nueva guía de acreditación del ISCIII y asignación de cada una de las áreas de gestión.
Sistema de gestión	Revisión del mapa de procesos de la organización con el fin de establecer las bases del sistema de gestión de calidad.
Evaluación	Definición del sistema de evaluación del plan de calidad para garantizar el cumplimiento de los objetivos.
Difusión y comunicación	Identificación de los principales canales de difusión y comunicación del plan a todas las partes interesadas, tanto internas como externas.
Canales de participación	La calidad es un ámbito de desarrollo bidireccional, por lo que deben establecerse los correctos canales de participación de todas las partes interesadas para trabajar en el proceso de mejora continua de la organización.

2. Metodología

La definición y elaboración del presente plan de calidad toma como base la versión del plan elaborado en 2017, con el objetivo de mantener una continuidad en la política y orientación a la calidad en la organización. En esta línea se ha realizado un ejercicio reflexivo para actualizar las actuaciones planificadas e incorporar nuevas aportaciones. Las fases de elaboración e implantación del plan son las siguientes:

1	Actualización de los objetivos y política de calidad: en línea con la nueva planificación estratégica, definida para 2021-2024, se ha llevado a cabo una revisión tanto de la política de calidad general del Instituto como de los objetivos de calidad a alcanzar en los próximos años.
2	Revisión del anterior plan de calidad del 2017.
3	Incorporación de nuevos objetivos y actuaciones.
4	Revisión y actualización del resto de procesos complementarios: se ha revisado el proceso de evaluación del plan, así como sus vías de difusión. Adicionalmente, se han adaptado los canales de participación del personal en base a los planes de actuación descritos.

3. Política de calidad

La política de calidad del IdISBa se concreta partiendo de los siguientes objetivos del *Plan Estratégico IdISBa 2021-2024*:

1	Consolidar las estructuras de gestión que conforman el IdISBa, mejorando su operativa interna. Asegurar y promover la captación de recursos en investigación, especialmente de RR. HH., incluyendo su retención y desarrollo profesional.
2	Fomentar la ciencia excelente, implantando una estrategia de política científica común que promueva la investigación de excelencia con impacto en salud y especialmente enfocada a la internacionalización.
3	Potenciar la innovación y traslación eficaz de los resultados de la investigación en salud para asegurar el impacto en la sociedad.
4	Acercar a la sociedad los resultados de la investigación que se realiza en el entorno IdISBa.

Se diseña a raíz de estos objetivos una política que garantice a profesionales investigadores del Instituto y a los organismos que lo financian, la calidad de los servicios prestados, la eficiencia de los procesos, la búsqueda de la mejora continua, y el mayor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Las directrices y compromisos básicos que rigen las actuaciones derivadas de este plan son:

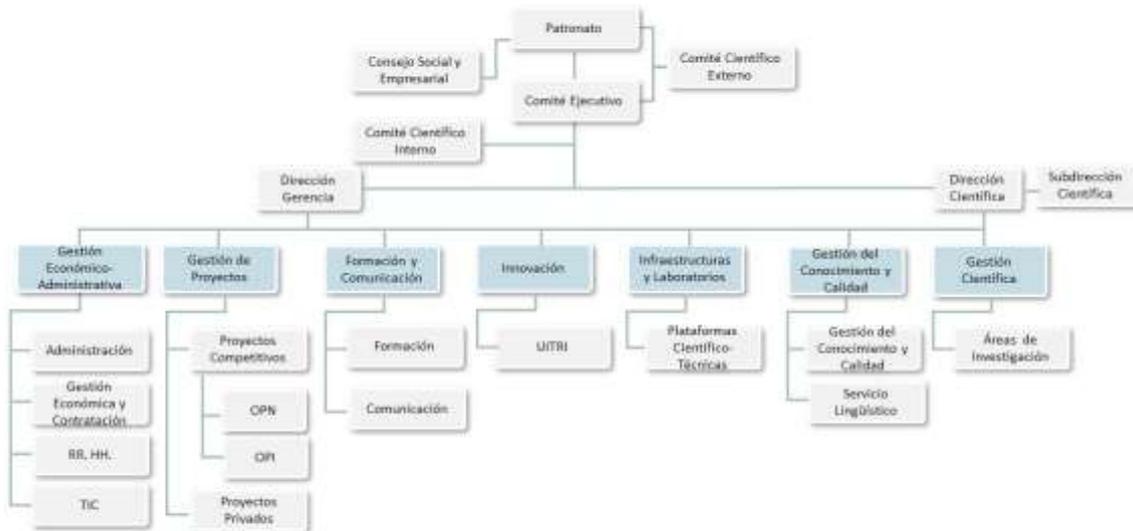
- Asegurar la imparcialidad, independencia e integridad y la competencia técnica de sus actuaciones en materia de investigación biomédica.
- Sistema de gestión de calidad implantado para evaluar los procesos del IdISBa según los requisitos de la guía de acreditación para institutos de investigación sanitaria del Instituto de Salud Carlos III.
- Alcanzar, sin perjuicio de los principios precedentes, la satisfacción del personal investigador interno y externo, para mantener y mejorar las relaciones con este.
- Establecer una comunicación eficaz con el investigador que propicie la adaptación a sus necesidades y expectativas.
- Buscar la excelencia y la mejora continua mediante la identificación de oportunidades de mejora, orientando los esfuerzos a la prevención, y con una perspectiva de optimización como objetivo final.
- Potenciar el factor humano, ya que la calidad solo puede conseguirse con la comunicación, la participación activa y el trabajo en equipo de todos.
- Proporcionar formación e información, de forma planificada y permanente, a todos los niveles de la organización con el objetivo de que cada persona disponga de la cualificación necesaria para realizar su trabajo.
- Promover la igualdad de oportunidades y trato entre todos sus trabajadores.
- Apoyar y promover los 10 Principios del Pacto Mundial de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos, trabajo, medio ambiente y lucha contra la corrupción.
- Promover la captación, retención y desarrollo profesional de investigadoras e investigadores.

El IdISBa apuesta así por la aplicación de un modelo de calidad basado en la filosofía de una mejora continua, que inspire la totalidad de sus acciones. Con este objetivo se dota de las estructuras y los mecanismos adecuados para impulsar la cultura de calidad en todos los profesionales y áreas y se cuenta con la implicación de sus órganos de dirección y coordinación para su desarrollo y su aplicación en las mejores condiciones.

4. Estructura de gestión

La orientación a la calidad y mejora en el IdISBa se encuentra implantada en la organización a todos los niveles. De esta forma, existen diferentes órganos y cargos dentro de su estructura organizativa con competencias en materia de calidad, ética, buenas prácticas y mejora.

Para facilitar la gestión del IdISBa, y para adecuar sus características a las necesarias de un Instituto de Investigación Sanitaria acreditado, se ha establecido la estructura organizativa que muestra el esquema. Las funciones de cada unidad se encuentran descritas en el anexo II.



Adicionalmente, el IdISBa dispone de una estructura exclusiva de calidad, la Comisión de Calidad, tal y como se describe con mayor detalle en el siguiente apartado. También se hace mención de los órganos con funciones directamente relacionadas con la gestión de la política de calidad del IdISBa.

Cargos y órganos con competencia en calidad, ética y mejora

Los órganos y cargos del instituto con competencias explícitas en calidad, ética y mejora son:

- a) El **Patronato** tiene entre sus funciones la aprobación del plan de calidad del Instituto, así como la guía escrita que asegure la calidad, ética y buena práctica científica en investigación.
- b) El **Comité Ejecutivo** evalúa la ejecución y operatividad de las actividades de la Fundación y revisa el sistema de gestión, actividades y resultados de la investigación de la Fundación.
- c) El **Comité Científico Externo** es el órgano encargado de asesorar sobre las actividades científicas de la Fundación y velar por su calidad científica. Entre sus funciones está velar por la calidad científica, ética y las buenas prácticas científicas de la Fundación.
- d) El **Comité Científico Interno** entre sus funciones revisa la guía escrita que asegure la calidad, ética y buena práctica científica en investigación y el cumplimiento de las disposiciones legales y los principios comúnmente aceptados en este ámbito de actuación.

Comisión de Calidad

Para garantizar la implantación del sistema de gestión de calidad se crea la Comisión de Calidad, cuyas funciones son:

Funciones de la Comisión de Calidad	Verificar el cumplimiento del plan de calidad.
	Elaborar y proponer la aprobación de métodos e instrumentos de evaluación de la calidad.
	Colaborar en el diseño, ejecución y seguimiento de las actividades de evaluación.
	Seguimiento de las no conformidades o incidencias identificadas.
	Identificar acciones correctivas.
	Aprobar el informe de evaluación anual del <i>Plan Estratégico 2021-2024</i> .

La Comisión de Calidad está formada por:

- Dirección Científica del IdISBa.
- Dirección Gerencia del IdISBa.
- Responsable de la Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad.
- Responsable de la Unidad de Recursos Humanos.
- Responsable de la Unidad de Gestión Económica y Contratación.
- Responsable de la Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Responsable de la Unidad de Proyectos Privados.
- Responsable de la Oficina de Proyectos Nacionales.
- Responsable de la Oficina de Proyectos Internacionales.
- Responsable del Área de Formación y Comunicación.
- Responsable de la Unidad de Innovación y Transferencia de Resultados de Investigación.
- Responsable de la Unidad de Infraestructuras y Laboratorio.
- Responsable de la Unidad de Servicio Lingüístico.

5. Estrategia

Objetivos del plan

El *Plan de calidad IdISBa* se ha concebido con el objetivo de seguir y cumplir los objetivos estratégicos que se destacan a continuación.

Objetivos estratégicos	
1	Organización y gestión: consolidación y excelencia.
2	Excelencia investigadora.
3	Organización de la actividad en gestión.
4	Asegurar el control de los procesos.

En la próxima sección, estos son desarrollados en profundidad.

Plan de acción

5.1 Objetivo estratégico 1: Organización y gestión – consolidación y excelencia

OBJETIVO 1	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONSOLIDACIÓN Y EXCELENCIA		
Línea estratégica 1.1	Transparencia y calidad		
Objetivo operativo 1.1.1	Evaluación de la actividad de las áreas de gestión del Instituto.		
Fecha inicio:	2021	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento anual de los indicadores del Instituto. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Evolución del cuadro de mando IdISBa hacia el POWER BI. 		
Periodicidad	Implantar el POWER BI		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Comisión de Calidad 		

OBJETIVO 1	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONSOLIDACIÓN Y EXCELENCIA		
Línea estratégica 1.1	Transparencia y calidad		
Objetivo operativo 1.1.2	Implantación del plan de calidad y mapa de procesos.		
Fecha inicio:	2022	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Implantar mapa procesos por áreas de gestión: funciones/responsabilidades. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Nº de planes y procesos revisados. 		
Periodicidad	Anual		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad 		

OBJETIVO 1	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONSOLIDACIÓN Y EXCELENCIA		
Línea estratégica 1.1	Transparencia y calidad		
Objetivo operativo 1.1.3	Seguimiento de la satisfacción de los investigadores, personal de apoyo.		
Fecha inicio:	2021	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de encuestas de satisfacción anual y difusión de los resultados. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas de satisfacción de personal investigador. Encuestas de satisfacción de personal contratado. Encuestas de satisfacción de agentes financieros. Encuestas de satisfacción de actores clave no científicos. 		
Periodicidad	Anual		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad 		

OBJETIVO 1	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONSOLIDACIÓN Y EXCELENCIA		
Línea estratégica 1.1	Transparencia y calidad		
Objetivo operativo 1.1.4	Mantenimiento de la acreditación por parte del ISCIII.		
Fecha inicio:	2023	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Someterse a la auditoría de reacreditación del ISCIII. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluaciones anuales GTE ISCIII. Auditoría interna del Instituto. Resultado de reacreditación ISCIII. 		
Periodicidad	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluaciones anuales GTE ISCIII – Anual. Auditoría interna del Instituto – 1 cada 2 años. Resultado reacreditación ISCIII – Auditoría 2023. 		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad DG de Investigación en Salud, Formación y Acreditación Comisión de Calidad Dirección Gerencia y Dirección Científica 		

5.2 Objetivo estratégico 2: Excelencia investigadora

OBJETIVO 2	EXCELENCIA INVESTIGADORA		
Línea estratégica 2.1	Evaluación y consolidación de las áreas y grupos		
Objetivo operativo 2.1.1	Implantar el modelo de evaluación de los grupos		
Fecha inicio:	2021	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Perseguir la consecución de los estándares en excelencia investigadora de las áreas y grupos de investigación. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento anual de los indicadores de los grupos de investigación 		
Periodicidad	Anual		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad 		

5.3 Objetivo estratégico 3: Organización actividad de gestión

OBJETIVO 3	ORGANIZACIÓN ACTIVIDAD DE GESTIÓN		
Línea estratégica 3.1	Transparencia organizativa		
Objetivo operativo 3.1.1	Implantación mapa de procesos		
Fecha inicio:	2022	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas y funciones del personal de gestión. Revisión del mapa de procesos por área. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar ficha de tareas y funciones. Actualizar mapa de procesos por área. 		
Periodicidad	Anual		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad. Unidad de RR. HH. 		

5.4 Objetivo estratégico 4: Asegurar el control de los procesos

OBJETIVO 4	ASEGURAR EL CONTROL DE LOS PROCESOS		
Línea estratégica 4.1	Proceso de mejora continua		
Objetivo operativo 4.1.1	Implantar las acciones de mejora		
Fecha inicio:	2021	Fecha fin:	2024
Actividades que realizar:			
<ul style="list-style-type: none"> Control y análisis de las sugerencias de mejora, no conformidades y acciones de mejora implantadas. 			
Indicadores de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> N.º de sugerencias de mejora identificadas. N.º de sugerencias de mejora implantadas. N.º de no conformidades identificadas. N.º de acciones de mejora implantadas. 		
Periodicidad	Anual		
Responsables	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad 		

5.5 Indicadores de seguimiento y cronograma

Resumen de los indicadores de seguimiento para dar cumplimiento a los objetivos descritos en el presente plan

Objetivo	Línea estratégica	Objetivo operativo	Responsable	Indicadores
1. Organización y gestión: consolidación y excelencia	1.1 Transparencia y calidad	1.1.1. Evaluación de la actividad de las áreas de gestión del Instituto	Comisión de Calidad	• Evolución del cuadro de mando IdISBa hacia POWER BI
		1.1.2. Implantación del plan de calidad y mapa de procesos	Calidad	• Nº de planes y procesos revisados
		1.1.3. Seguimiento de la satisfacción de los investigadores, personal de apoyo	Calidad	• Encuestas de satisfacción de personal investigador. • Encuestas de satisfacción de personal contratado. • Encuestas de satisfacción de agentes financieros. • Encuestas de satisfacción de actores clave no científicos
		1.1.4. Mantenimiento de la acreditación por parte del ISCIII	Calidad	• Autoevaluaciones anuales GTE ISCIII
			DG de Investigación en Salud, Formación y Acreditación.	• Auditoría interna del Instituto
	Dirección / Comisión de Calidad	• Resultado reacreditación ISCIII		
2. Excelencia investigadora	2.1 Evaluación y consolidación de áreas y grupos	2.1.1. Implantar el modelo de evaluación de los grupos	Calidad	• Seguimiento anual de los indicadores de los grupos de investigación
3. Organización actividad de gestión	3. Transparencia organizativa	3.1.1. Implantación mapa de procesos	Calidad / RR. HH.	• Elaborar ficha de tareas y funciones
			Calidad	• Actualizar mapa de procesos por área
4. Asegurar el control de los procesos	4.1 Procesos de mejora continua	4.1.1. Implantar las acciones de mejora	Calidad	• N.º de sugerencias de mejora identificadas • N.º de sugerencias de mejora implantadas • N.º de no conformidades identificadas • N.º de acciones de mejora implantadas

Cronograma

Para llevar a cabo el Plan de Calidad del IdISBa se propone el siguiente calendario de trabajo:

Plan de Calidad IdISBa Cronograma	2021				2022				2023				2024			
	T1	T2	T3	T4												
1. Organización y gestión: consolidación y excelencia	2021				2022				2023				2024			
1.1.1. Evaluación de la actividad de las áreas de gestión del Instituto.																F
1.1.2. Implantación del plan de calidad y mapa de procesos.																F
1.1.3. Seguimiento de la satisfacción de los investigadores, personal de apoyo.																F
1.1.4. Mantenimiento de la acreditación por parte del ISCIII.																F
2. Excelencia investigadora	2021				2022				2023				2024			
2.1.1. Implantar el modelo de evaluación de los grupos																F
3. Organización actividad de gestión	2021				2022				2023				2024			
3.1.1. Implantación mapa de procesos																F
4. Asegurar el control de los procesos	2021				2022				2023				2024			
4.1.1. Implantar las acciones de mejora																F

6. Criterios de calidad de la reacreditación del Instituto

Con el objetivo de preparar la futura reacreditación del IdISBa por parte del Instituto de Salud Carlos III e implantar los principios de investigación e innovación responsable, RRI, (ética, igualdad de género, gobernanza responsable, acceso abierto, educación científica y participación de la sociedad) la *Guía técnica de evaluación de acreditaciones de institutos de investigación biomédica o sanitaria* es el instrumento prioritario para planificar las acciones que se van a llevar a cabo en los próximos años.

La tabla recogida en el Anexo III clasifica los criterios de calidad de la guía técnica del ISCIII por cada unidad de gestión responsable de estos.

7. Sistemas de gestión

El sistema de gestión de calidad del IdISBa evalúa los procesos, actividades, formatos y procedimientos. La orientación hacia la calidad y mejora de los procesos se encuentra organizado según el ciclo PDCA: sistemática usada para implantar un sistema de mejora continua cuyo principal objetivo es la autoevaluación.

VERIFICAR

Comprobar los logros obtenidos en relación a los objetivos marcados.

PLANIFICAR

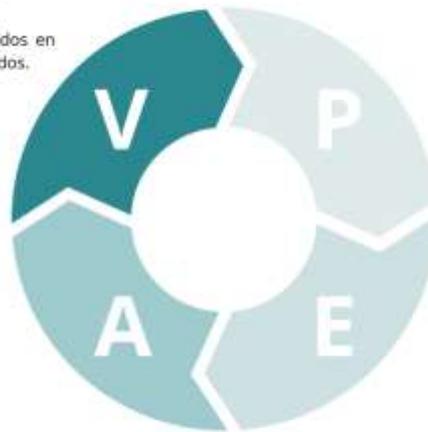
Identificar actividades susceptibles de mejora, establecer objetivos a alcanzar, fijar indicadores de control y definir métodos o herramientas para conseguir los objetivos.

ACTUAR

Realizar acciones correctivas y preventivas que permitan mejorar las áreas de mejora.

EJECUTAR

Desarrollar e implantar el Plan de Acción.



7.1. Mapa de procesos

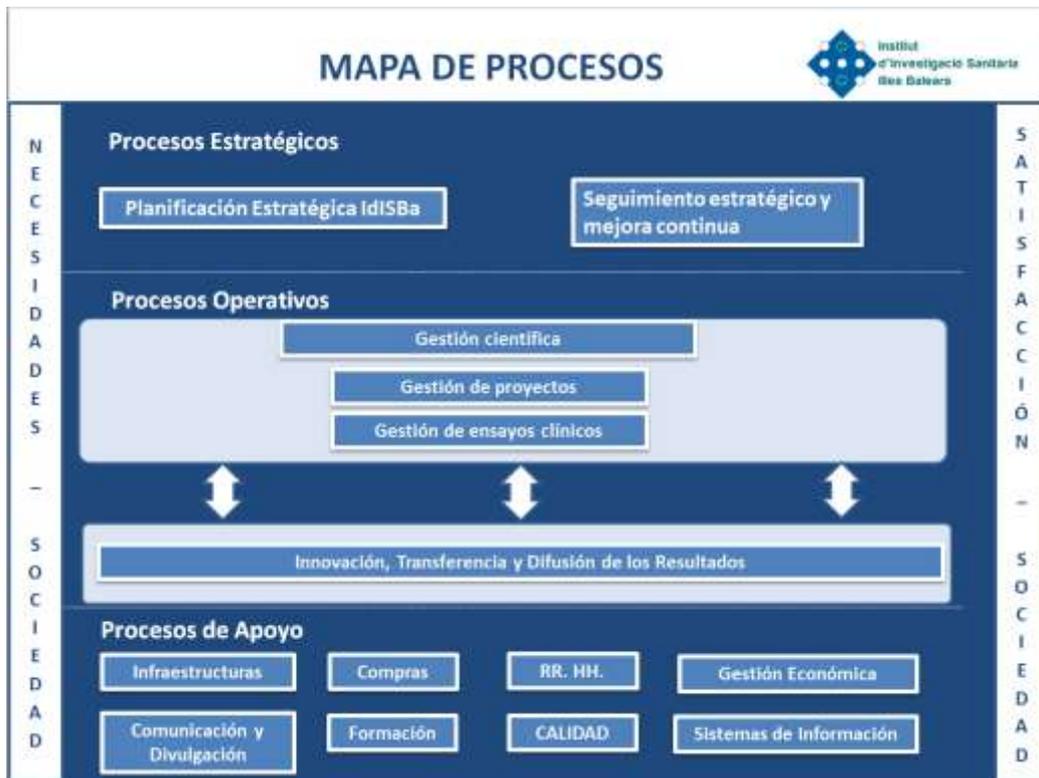
Para la elaboración del mapa de procesos se han seguido los siguientes pasos:

- Identificar los procesos estratégicos, operativos y de apoyo a la investigación.
- Elaborar el mapa de procesos.
- Asignar cada proceso a su responsable.
- Desarrollo de cada proceso identificado.

El mapa de procesos se organiza en tres niveles:

Procesos estratégicos	Son aquellos procesos que no están directamente implicados en las actividades, pero marcan el camino correcto para su desarrollo.
Procesos operativos	Son los procesos cuyo resultado es el producto o servicio que se entrega al cliente.
Procesos de apoyo	Son los procesos que facilitan el apoyo necesario para el correcto desempeño de los procesos operativos.

Los procesos del IdISBa se detallan en el siguiente mapa de procesos:



7.2. Control documental

Los documentos que definen el sistema de calidad son:

Planes

Programa de actuación que consiste en aclarar qué pretendemos conseguir y cómo nos proponemos conseguirlo. Esta programación se plasma en un documento de consenso donde concretamos las grandes decisiones que van a orientar nuestra marcha hacia la gestión excelente.

Procedimientos generales

Documentos que desarrollan el plan de gestión de calidad y describen actividades de carácter general de gestión.

Procedimientos específicos de plataformas científico-técnicas

Estas actividades pueden estar recogidas en normas, manuales, especificaciones técnicas, etc. Su utilización está dirigida al personal responsable de realizar las actividades de su alcance.

Instrucciones técnicas

Documentos que describen de forma resumida actividades de carácter técnico (p.e. utilización de equipos).

Formularios

Hojas normalizadas destinadas a recoger información derivada de una actividad concreta. Una vez cumplimentados se convierten en registros de calidad.

Documentos externos

Documentos procedentes de fuentes externas que son utilizados como bibliografía o referencia en la elaboración de los documentos internos o bien son aplicados directamente en la realización de alguna actividad, ya sea de gestión o técnica.

La tabla recogida en el Anexo I refleja los responsables de la elaboración, revisión y aprobación de cada uno de los documentos.

8. Evaluación

Resulta trascendental para el IdISBa tener un conocimiento directo de sus actuaciones a fin de poder desarrollar el principio de la mejora continua. En esta línea el Instituto dispone de diversos mecanismos de identificación, los cuales se definen a continuación.

8.1. Cuadro de mando

El IdISBa dispone de un cuadro de mando donde se recogen una serie de indicadores que son medidos anualmente y que sirven de base para la mejora continua del Instituto. El cuadro de mando recoge indicadores ligados al *Plan Estratégico 2021-2024* y ligados a cada uno de los planes implantados en el Instituto.

8.2. Encuestas de satisfacción

El IdISBa dispone de encuestas de satisfacción de los usuarios como herramienta de participación en la mejora y en la toma de decisiones del Instituto. El cuestionario se difunde a través del Área de Comunicación del IdISBa y de la página web, y se invita a cumplimentarla a todo el personal interno y externo que acude al IdISBa para realizar trámites.

Se realizan cuatro tipos de encuestas:

1	Encuesta de satisfacción del personal investigador.
2	Encuesta de satisfacción del personal de gestión.
3	Encuesta de satisfacción de los agentes financieros.
4	Encuestas de satisfacción de actores clave no científicos / pacientes.

8.3. Autoevaluaciones y auditorías

El IdISBa entiende las autoevaluaciones y las auditorías como fuentes de acciones de mejora. En el ámbito de la calidad y la mejora continua, es importante realizar de forma periódica autoevaluaciones de todas las actividades de gestión con el fin de analizar los resultados y conclusiones que se obtienen y así establecer acciones de mejora.

El Àrea de Qualitat realitza autoevaluacions anuals a fin de comprobar el cumplimientu de los requisitos establecidos en el RD 279/2016 y en la *Guía de evaluación de institutos de investigación sanitaria*.

Los resultados de las autoevaluaciones serán remitidos anualmente a la Comisión de Calidad.

Estas autoevaluaciones incluirán:

- a) Revisión de los planes, procedimientos y mapa de procesos.
- b) Informe anual de los resultados de los indicadores del cuadro de mando.
- c) Informe anual de los resultados de los indicadores del plan estratégico.
- d) Informe anual de los resultados de los indicadores de la *Guía técnica de evaluación de acreditaciones de IIS* y del cuadro de mando del ISCIII.
- e) Informe anual de la evaluación de los grupos de investigación.
- f) Memoria científica del IdISBa.
- g) Auditorías internas.
- h) Informe anual de la encuesta de satisfacción.
- i) Análisis de las no conformidades, sugerencias de mejora recibidas y acciones de mejora propuestas.

El objetivo de la reunión de la Comisión de Calidad es identificar áreas de mejora que serán implantadas en la siguiente anualidad para corregir las desviaciones identificadas.

Las auditorías son realizadas por personal externo al IdISBa y dependiente de la Dirección General de Investigación en Salud, Formación y Acreditación.

8.4. No conformidades y acciones correctoras

El IdISBa tiene descrito un procedimiento para la detección y documentación de las no conformidades (PG/IdISBa/03). Una vez detectada una no conformidad, se analizan las causas que la motivaron para determinar el origen del problema y poder actuar en consecuencia.

La evaluación se realiza, básicamente, con el fin de determinar las causas que originaron la no conformidad, los efectos producidos y las medidas (acciones correctoras) que se han de tomar para su eliminación, teniendo en cuenta las repercusiones internas y externas que haya podido tener.

El cierre de la no conformidad solo puede realizarse una vez se haya verificado el cumplimiento de la acción correctora. Aunque la no conformidad esté cerrada, se supervisará que las acciones correctivas implantadas han sido eficaces. La eficacia de una acción correctiva se pondrá de manifiesto si no vuelve a producirse la no conformidad que trataba de corregir.

En el caso de que la no conformidad sea derivada de una actuación externa, el IdISBa procederá a informar, por escrito, a la persona o entidad que inició el proceso sobre las acciones correctivas propuestas, los plazos previstos y los resultados.

8.5. Memorias

El IdISBa elabora anualmente la memoria de actividad científica a partir del análisis de los resultados de la información recibida, por una parte, de la evaluación de los indicadores marcados en cada una de las unidades de gestión del IdISBa y, por otra parte, del análisis de la información de la productividad científica de todos los grupos de investigación, aportada por cada responsable de grupo.

Una vez elaborada, se envía al Comité Científico Interno para su validación y se distribuye a los miembros del Comité Científico Externo y Patronato para su información. La memoria del IdISBa se difunde a través de su página web, correo electrónico y redes sociales.

9. Divulgación

El plan de calidad y su política de calidad debe ser conocido y aplicado por todos los profesionales de la organización.

En cumplimiento de este objetivo, el plan de calidad y la política de calidad son difundidos a través de los siguientes canales:

1	Publicación del plan de calidad en la página web del IdISBa.
2	Envío en versión electrónica a través del correo electrónico.
3	Difusión del plan de calidad en redes sociales.

10. Canales de participación

La participación de todos los profesionales involucrados en la actividad cotidiana de gestión del Instituto es clave para alcanzar los objetivos establecidos y dar respuesta a las necesidades del personal.

Los canales de participación del personal del IdISBa, así como de las partes externas implicadas en la organización, son los siguientes:

1	Encuestas de satisfacción.
2	Comisión de Igualdad.
3	Buzón de sugerencias de la página web del Instituto.
4	Correo corporativo: calidad.idisba@ssib.es.
5	Otros canales que puedan derivarse de implantar los planes del IdISBa.

Plan de igualdad

La Comisión de Igualdad será la encargada de realizar la planificación de medidas indicadas en el *Plan de Igualdad IdISBa* para alcanzar en la organización la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, y a eliminar la discriminación por razón de sexo. Las medidas que pondrá en marcha la comisión consistirán tanto de medidas transversales como actuaciones concretas en los ámbitos de actuación que se identifiquen.

Protocolo de prevención y actuación ante el acoso

El IdISBa tiene implantado un protocolo para reconocer, prevenir y en su caso, erradicar todos aquellos comportamientos y factores organizativos que pongan de manifiesto conductas de violencia en el ámbito laboral y promover un ambiente de clima laboral saludable, tanto físico como psicológico.

Guía de buenas prácticas en investigación

El IdISBa tiene desarrollada su *Guía de buenas prácticas en investigación* en materia de buenas prácticas científicas, integridad y ética en investigación. Esta guía establece un código ético de comportamiento para el personal del IdISBa, tanto del personal propio como vinculado, que marca las pautas para evitar conflictos, a fin de no incurrir en prácticas desleales o falsear los resultados y de garantizar el respeto a la autoría de las publicaciones y la propiedad de los descubrimientos.

Anexo I – Responsabilidad documental

Documentos	Elaboración	Revisión	Aprobación	Periodicidad	Responsable revisión del plan
Plan estratégico	Equipo técnico IdSBa	Dirección Científica / Dirección Gerencia CCI / CCE	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Comisión de Calidad
Plan estratégico resumen ejecutivo	Equipo técnico IdSBa	Dirección Científica / Dirección Gerencia / CCI / CCE	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Comisión de Calidad
Plan científico compartido	Gestión Científica	Dirección Científica	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Gestión Científica / Calidad / Producción científica
Listado de áreas científicas	Gestión Científica	Dirección Científica	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Gestión Científica
Plan de apoyo grupos emergentes	Gestión Científica	Dirección Científica	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Gestión Científica
Listado de grupos emergentes	Gestión Científica	Dirección Científica	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Gestión Científica
HR Strategy for Researches	RR. HH.	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	RR. HH.
Plan de integración	Calidad Infraestructuras y Laboratorios	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Comisión de Calidad
Plan de infraestructuras	Infraestructuras y Laboratorios	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Infraestructuras y Laboratorios
Guía de buenas prácticas clínicas	Gestión Científica	Dirección Científica	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Gestión Científica
Plan de calidad	Calidad	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Calidad

Documentos	Elaboración	Revisión	Aprobación	Periodicidad	Responsable revisión del plan
Plan de formación	Formación	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Formación
Plan de comunicación	Comunicación	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Comunicación
Plan de igualdad	RR. HH.	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	RR. HH.
Plan de RR. HH.	RR. HH.	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	RR. HH.
Plan de innovación	Innovación	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Innovación
Plan de internacionalización	Proyectos Internacionales	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Proyectos Internacionales
Plan de residuos	Infraestructuras y Laboratorios	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Comité Ejecutivo / Patronato	Anual	Infraestructuras y Laboratorios
Procedimientos generales	Responsable de la implantación del procedimiento	Calidad	Dirección Gerencia	Anual	Responsable de la implantación del procedimiento
Procedimientos específicos de plataformas científico-técnicas	Personal técnico de Plataformas	Infraestructuras y Laboratorios	Dirección Científica	Anual	Infraestructuras y Laboratorios
Instrucciones técnicas	Personal técnico de Plataformas	Infraestructuras y Laboratorios	Dirección Científica	Anual	Infraestructuras y Laboratorios
Formularios	Responsable de la implantación del procedimiento	Calidad / Responsable Infraestructuras y Laboratorios	Dirección Científica / Dirección Gerencia	Anual	Calidad / Responsable Infraestructuras y Laboratorios

Anexo II – Áreas y unidades de gestión

Para el correcto desarrollo de la gestión y el apoyo al personal investigador en el desarrollo de su actividad investigadora, el Instituto cuenta con una estructura organizada en áreas y unidades de gestión, las cuales se describen brevemente a continuación:

Área de Gestión Económico-Administrativa

Responsable de los procesos de gestión administrativa, contabilidad, tesorería, clientes, control de cuentas y gestión económica, compras, proveedores y gestión de activos. Responsable de los procesos de convocatorias de personal y procesos de contratación laboral y administrativa. Además, también es responsable del mantenimiento y gestión de las infraestructuras relacionadas con las TIC.

Unidad de Administración

- Apoyo a Dirección.
- Atención telefónica y correspondencia institucional.
- Control y archivo de documentación y registro de entrada/salida.
- Petición de autorizaciones de pago a investigadores y control de caja.
- Material y pedidos.
- Relaciones con el Patronato y preguntas parlamentarias.
- Clasificación y registro de CV para las convocatorias de ofertas de empleo.

Unidad de Gestión Económica y Contratación

- Gestión de proveedores/acreedores.
- Gestión de la facturación y compras de activos.
- Gestión de la actividad contable de la institución.
- Gestión del presupuesto, incluyendo administración tributaria, tesorería, impuestos y tributos.
- Desarrollo de auditorías económicas.
- Gestión de compras y procesos de auditoría de contratos y concursos de compra pública según la legislación vigente.

Unidad de Recursos Humanos

- Definir y aplicar la política laboral de la entidad.
- Dar solución a las peticiones e informaciones del personal propio.
- Tramitar y gestionar los procesos de gestión de RR. HH. (permisos, licencias, vacaciones, pluriempleos, etc.).
- Gestión de todo tipo de contratación de RR. HH., tanto altas de nuevo personal como la renovación del existente.
- Gestión de incidencias, consultas o trámites laborales.
- Control y archivo de la documentación relacionada con el área de RR. HH.
- Realizar convocatorias de selección de personal.
- Tramitar las solicitudes de contratación pertinentes frente a terceros organismos.
- Coordinación de actividades empresariales con diversos centros y organismos en los que la Fundación desarrolla su investigación.
- Apoyo a los departamentos de proyectos, competitivos y no competitivos.
- Preparación presupuestaria relativa a los costes de personal.
- Apoyo en la implementación del plan de igualdad y atención a la diversidad.
- Seguimiento, vigilancia y medidas de corrección relacionadas con la protección de riesgos laborales.

Unidad de Tecnologías de la Información

- Dirección, diseño y coordinación de la estrategia TIC.
- Coordinación y despliegue de las instalaciones de *software* y *hardware*.
- Apoyo en la toma de decisiones para la adquisición de soluciones *hardware* y *software*.
- Apoyo en análisis, desarrollo e implementación de módulos, sistemas y aplicaciones informáticas.
- Apoyo en el diseño, desarrollo y mantenimiento de la web.
- Apoyo en reuniones y actividades que requieran de los servicios informáticos.
- Evaluación de las ofertas técnicas de equipamiento en concursos de compra de material e infraestructuras.
- Búsqueda de alternativas a las soluciones tecnológicas actuales y planificación de nuevas necesidades.

Área de Gestión de Proyectos

Responsable de los procesos de asesoramiento del personal investigador, seguimiento de convocatorias de ayudas oficiales, gestión y seguimiento de proyectos competitivos, contratos y cualquier tipo de proyecto o colaboración con la industria u otros agentes.

Unidad de Gestión de Proyectos Competitivos

Esta unidad se estructura en dos oficinas diferenciadas en función el ámbito de los proyectos:

Oficina de Proyectos Competitivos Nacionales (OPN)

- Ayuda en la obtención y gestión de financiación externa a través de fondos competitivos.
- Difusión de oportunidades de financiación de organismos públicos, privados, nacionales y regionales.
- Actuar como enlace entre los investigadores y las entidades financiadoras, favoreciendo la actividad científica.
- Proveer el asesoramiento necesario en la fase de presentación de propuestas.
- Elaboración y seguimiento de justificaciones.
- Apoyo en resolución de incidencias, desde la solicitud hasta el cierre del proyecto.

Oficina de Proyectos Competitivos Internacionales (OPI)

- Impulsar la participación de la Fundación en proyectos de investigación europeos e internacionales.
- Análisis del encaje de proyectos de I+D+I del IdISBa y mapeo de los programas y convocatorias europeas de financiación.
- Planificación, gestión, asesoramiento y revisión de propuestas europeas e internacionales. Encaje de proyectos en los diferentes *topics* y elaboración presupuestaria.
- Aportación y gestión de la documentación técnica y formularios para la presentación de proyectos y realizar el seguimiento hasta la aprobación final.
- Contribuir al fortalecimiento de los consorcios establecidos y búsqueda de socios.
- Gestión y justificación financiera de los proyectos europeos e internacionales (seguimiento económico, entregables técnicos, etc.) en coordinación con el departamento financiero del IdISBa.
- Preparación de auditorías.

- Interlocución y comunicación con los diferentes actores de los proyectos, desde los socios de cada proyecto hasta con las entidades y agencias gestoras y financiadoras de proyectos europeos e internacionales.
- Coordinación y organización de jornadas y reuniones científicas relacionados con los proyectos europeos financiados.
- Organización y realización de cursos, talleres y jornadas formativas para promover e incrementar la participación del cuerpo de investigación de la Fundación en convocatorias europeas.
- Difusión de las oportunidades europeas de financiación y de eventos formativos.
- Apoyo de cualquier acción en las iniciativas y proyectos que se gestionen en la Oficina de Proyectos Internacionales de la Fundación.
- Dar apoyo a la Unidad de Innovación y Transferencia de Resultados del IdISBa en los aspectos de propiedad intelectual e industrial de los proyectos solicitados o concedidos.

Unidad de Proyectos Privados

- Gestión de ensayos clínicos: negociación contractual, control de documentación y aprobaciones necesarias para llevar a cabo el estudio, elaboración de presupuesto económico y gestión de firmas.
- Facturación de ensayos clínicos: control presupuestario del estudio y facturación. Aviso y gestión de cobros de obligaciones y seguimiento de la memoria económica.
- Gestión de donaciones: emisión de solicitud y certificado de donativo.
- Formalización de contratos privados de prestación de servicios, patrocinio, formación: negociación contractual, gestión de firmas y control de facturación.

Área de Formación y Comunicación

Responsable de la gestión y seguimiento de las actividades de formación y los convenios de colaboración de carácter formativo con entidades externas. Responsable del seguimiento de la productividad científica de los investigadores. Responsable de la gestión de la comunicación y visibilidad del IdISBa, coordinación de actos y jornadas de investigación.

Unidad de Formación y Comunicación

- Gestión e implementación del plan de formación.
- Comunicación interna y externa.
- Visibilidad exterior.
- Relaciones institucionales.

- Actos y jornadas de investigación en salud.
- Gestión de la actividad científica y productividad investigadora.
- Memoria de la actividad anual.

Unidad de Divulgación Científica

- Apoyo en la redacción del *Plan de Igualdad IdISBa*.
- Actividades para el fomento y divulgación de la investigación.
- Organización de la Jornada de Puertas Abiertas.
- Colaboración en la Jornada de Open Access organizada conjuntamente entre IdISBa, CEI-IB y Bibliosalut.

Área de Innovación

El 26 de junio de 2015 se firmó un convenio entre el Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ib-Salud) y el IdISBa para la adscripción de actividades de investigación y la asunción de funciones en materia de desarrollo de las actividades de apoyo y gestión de la investigación y la innovación tecnológica. Este acuerdo permite que el IdISBa realice las tareas de gestión de la explotación y la transferencia de resultados de la investigación y la innovación tecnológica del personal del Ib-Salud, gestionar los servicios de apoyo a la investigación y la innovación y gestionar las actividades de apoyo a los proyectos empresariales promovidos por el Ib-Salud. Estas funciones son llevadas a cabo por parte del Área de Innovación del IdISBa.

Unidad de Innovación y Transferencia de Resultados de Investigación

- Gestión e implantación del plan de innovación y transferencia tecnológica.
- Coordinación y gestión de todas las actividades implicadas en el ciclo de la innovación: fomento de la cultura innovadora, protección de la propiedad intelectual.
- Valorización de la cartera tecnológica.
- Valoración económica de activos intangibles de la Fundación.
- Solicitud y tramitación de patentes y otros tipos de registros de propiedad intelectual e industrial.
- Promoción de acuerdos y alianzas con agentes externos a nivel empresarial e institucional.
- Desarrollo de negocio y apoyo a los investigadores en la gestión y negociación de acuerdos en materia de investigación e innovación.

Área de Infraestructuras y Laboratorios

Responsable de la gestión de las instalaciones y del equipamiento de las plataformas y laboratorios de apoyo del IdISBa. Responsable del correcto funcionamiento de los equipos a través de la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) y del cumplimiento de los criterios y procesos establecidos en el RD 279/2016.

Unidad de Infraestructuras y Laboratorios

- Definición y planificación de plataformas científico-técnicas.
- Desarrollo y ejecución de un plan de emergencias, seguridad y eliminación de residuos.
- Planificación de las inversiones en infraestructuras y equipamientos de laboratorio y gestión de las compras.
- Diseño, implantación, mantenimiento y difusión del plan de calidad de los laboratorios.
- Coordinación del uso de las infraestructuras y definición de la cartera de servicios de las diferentes plataformas.
- Elaboración del procedimiento de uso, calibración, mantenimiento de equipos y control de las plataformas científico-técnicas.
- Elaboración de un plan de formación para el uso de equipos.

Área de Gestión del Conocimiento y Calidad

Responsable de la gestión y de la implantación del plan de calidad. Responsable de la gestión y análisis de los indicadores institucionales. Responsable de velar por el cumplimiento de los requisitos legales y de cliente y gestionar la mejora continua.

Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad

- Coordinación, recogida y análisis de los indicadores institucionales, de actividad científica y de innovación.
- Diseño e implementación de nuevas herramientas para el seguimiento y evaluación de la actividad.
- Apoyo en el diseño y seguimiento de los planes de mejora del IdISBa.
- Gestionar la comunicación entre los diferentes departamentos del Instituto para favorecer la transmisión del conocimiento.
- Apoyo en la redacción de las memorias de actividad del IdISBa, así como otros documentos técnicos de transferencia del conocimiento.

- Definir el proceso para realizar la transferencia de conocimiento y desarrollar mecanismos para crear, organizar y distribuir el conocimiento al Instituto mediante el uso de bases de datos, ERP de gestión del conocimiento, cuadro de mando, boletines informativos, etc.
- Integrar los recursos de información y conocimientos internos y externos necesarios.

Unidad de Servicio Lingüístico

- Participación en el proceso de internacionalización del Instituto.
- Traducción y corrección de proyectos y artículos científicos en inglés.
- Traducción de documentación propia de la institución.
- Asistencia al personal en servicios de interpretación simultánea en sesiones, reuniones, etc.
- Traducción de convocatorias propias para su difusión internacional.
- Apoyo a la Unidad de Formación, Comunicación y Divulgación Científica

Áreas de investigación

El Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears ha identificado 7 áreas científicas de interés, que engloban a los 52 grupos de investigación y a más de 800 investigadores e investigadoras de las diferentes entidades constituyentes:

A1	Área Transversal de Ciencia y Tecnología en Salud
A2	Salud Pública, Epidemiología, Clínica y Servicios de Salud
A3	Enfermedades Infecciosas, Resistencia Antibiótica y Respuesta Inmunológica
A4	Enfermedades Cardiovasculares, Metabólicas, Renales y Nutrición
A5	Enfermedades Respiratorias
A6	Neurociencias
A7	Oncología y Hematología

Gestión Científica

- Establecer un canal de comunicación e interacción eficiente con los diferentes grupos de investigación.
- Coordinar y proponer mecanismos e indicadores para la evaluación continua de los grupos de investigación.
- Reuniones científicas intramurales e impulsar medidas para el fomento y la colaboración de los grupos de investigación.
- Aumentar las alianzas estratégicas con otros centros y empresas de I+D+i.
- Prestación de servicios externos ligados a las plataformas tecnológicas.
- Incrementar la competitividad de los proyectos solicitados, nacionales e internacionales, mediante el análisis de las propuestas presentadas en la valoración de los evaluadores y las reuniones conjuntas con los grupos de investigación.
- Plan de internacionalización orientado a incrementar la presencia del IdISBa en las convocatorias internacionales.
- Captación de recursos en investigación, especialmente de RR. HH., incluyendo su retención y desarrollo profesional.
- Plan de movilidad de los investigadores.
- Potenciar la transferencia eficaz de los resultados de la investigación en salud.
- Aumentar la valoración de la I+D+i que realiza el Instituto.
- Acercar a la sociedad los resultados de la investigación que se realizan en el entorno IdISBa, política Open Science, organización de reuniones científicas y de conferencias orientadas al público en general.

Anexo III – Criterios de calidad del ISCIII

1) Gerencia

VÍNCULO JURÍDICO		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.1.1.1	<p>El vínculo jurídico vigente debe definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alcance. b) Funciones. c) Capacidad del instituto de investigación sanitaria (IIS) para desarrollar su actividad. d) Capacidad plena para la toma de decisiones. e) Cuál será el mecanismo de seguimiento del convenio. f) Procedimiento de incorporación y, en su caso, salida de instituciones del IIS. 	<p>Deben constar todos los aspectos que cita el criterio de a) a f).</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 a)</p>
1.1.1.2	<p>El vínculo jurídico es único, incorpora a todas las instituciones que integran el IIS y recoge los compromisos asumidos por todas y cada una de ellas.</p>	<p>El convenio de creación del IIS debe ser único y debe incluir todas las instituciones que tienen aportación curricular al mismo.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 a)</p>

<p>1.1.1.3</p>	<p>El vínculo jurídico especifica que el núcleo del IIS es un hospital docente del SNS. En caso de que hubiera varios hospitales o entidades con actividad asistencial incorporados al IIS, el vínculo establecerá cuál de ellos es el núcleo del IIS.</p> <p>En casos excepcionales podrán reconocerse dos hospitales como núcleo del IIS.</p>	<p>Verificar que se explicita el hospital núcleo del IIS, en el vínculo jurídico.</p> <p>Renovación de acreditación: de forma excepcional se considera cumplido este criterio en los casos de IIS que, desde su acreditación, tienen como núcleo dos hospitales, y se acredita una contribución equivalente de ambos en los programas científicos del IIS y resultados alcanzados.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 3.2</p>
<p>1.1.1.4</p>	<p>El conjunto de centros asistenciales que configuran el IIS tienen capacidad investigadora y docente demostrada en un periodo no inferior a 3 años en el caso de nueva acreditación o de 5 años en el caso de reacreditación.</p>	<p>Verificar con memorias asistenciales y docentes de los centros asistenciales para valorar su capacidad docente.</p> <p>Periodo evaluado: últimos 3 años previos al año de solicitud en el caso de solicitudes de nueva acreditación; 5 años en el caso de solicitudes de reacreditación.</p> <p>RD: art. 3.1 y 3.2</p>
<p>1.1.1.5</p>	<p>El vínculo recoge los grupos de investigación que se incorporan al IIS procedentes de cada una de las instituciones que lo constituyen. El IIS ha definido unas condiciones de adscripción para los grupos que se incorporan al IIS con posterioridad a su constitución. Estas condiciones han sido validadas por el CCE.</p>	<p>En el vínculo se describen los grupos de cada institución que se incorporan al IIS en su constitución. Las condiciones de adscripción de grupos, una vez constituido el IIS, están aprobadas por el CCE y los órganos de gobierno. (Verificar en las correspondientes actas).</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p>

1.1.1.6	<p>Se especifican las aportaciones en el momento de la constitución del IIS, y los compromisos de gestión en las sucesivas anualidades, de cada institución al IIS en términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructurales. • Infraestructuras. • Personal. • Económicos. • Aquellos otros que se consideren. 	<p>Es imprescindible que especifique las aportaciones por parte de cada uno de los miembros del IIS. Debe darse cumplimiento a lo establecido en el RD.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4.1 a)</p>
1.1.1.7	<p>Se establece un protocolo de separación entre las entidades firmantes con actividad económica y la entidad gestora con capacidad de recepción de ayudas públicas, para dar con ello cumplimiento a la legislación europea en esta materia.</p>	<p>Verificar documentalmente el protocolo aprobado por el órgano de gobierno del IIS.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p>

HOSPITAL / ATENCIÓN PRIMARIA NÚCLEO DOCENTE E INVESTIGADOR

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.1.2.1	<p>El hospital núcleo del IIS es un hospital docente que debe haber firmado un concierto con la Universidad, de acuerdo al RD 1558/1986, para la formación de estudiantes de Medicina, Enfermería y otros títulos en Ciencias de la Salud. Dicha colaboración se establecerá para la formación clínica y sanitaria de</p>	<p>Verificación: pedir el concierto firmado y las actas de la comisión con sus acuerdos y seguimiento de acuerdos.</p> <p>Deben estar vigentes al menos las acreditaciones para la docencia de grado en:</p>

	<p>los alumnos de todas las titulaciones sanitarias.</p> <p>En el concierto, estará prevista la existencia de una Comisión Universidad-Institución sanitaria encargada de velar por la correcta aplicación del mismo, que deberá reunirse al menos una vez al año.</p>	<p>a) Medicina. b) Enfermería.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 3.1 a)</p>
1.1.2.2	<p>El hospital, los centros sanitarios y sus unidades asistenciales están acreditados para la formación sanitaria especializada, de acuerdo al RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (modificado su artículo 26.3 por el artículo 8 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones). O las normas vigentes sobre esta materia, en caso de su derogación. La acreditación especificará las unidades asistenciales, con el número de plazas docentes acreditadas.</p>	<p>Verificación: pedir la acreditación firmada por el órgano directivo competente en materia de formación sanitaria especializada del ministerio correspondiente.</p> <p>Deben estar vigentes las acreditaciones docentes para la formación sanitaria especializada (MIR, EIR, FIR, PIR, BIR, etc.), al menos para:</p> <p>a) Medicina. b) Enfermería.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 3.1 a)</p>
1.1.2.3	<p>Habrà al menos 25 unidades docentes acreditadas de formación sanitaria especializada.</p>	<p>Ver catálogo de plazas acreditadas en la convocatoria anual de formación sanitaria especializada correspondiente al año anterior a la solicitud de acreditación.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p>

ÓRGANOS DE GOBIERNO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.2.1.1.	Los órganos de gobierno del IIS (Patronato, Consejo Rector, Comisión Delegada u otros órganos con la máxima capacidad de decisión en el IIS) están debidamente establecidos, su funcionamiento reglado y llevan funcionando al menos 3 años previos al de solicitud de acreditación.	<p>La composición de los órganos de gobierno debe aparecer en la página web. Verificar si se dispone de un reglamento aprobado para su funcionamiento. Comprobar que hay actas en los 3 años anteriores al año de solicitud. Deben cumplirse las 3 condiciones.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.</p>
1.2.1.2.	La composición de los órganos de gobierno del IIS guarda la adecuada proporcionalidad respecto a las capacidades y entidades que se integran en el IIS. Se tendrán en cuenta los principios de igualdad de género en la designación de miembros, salvedad hecha de aquellos órganos en los que su composición está determinada por el cargo ocupado.	<p>La composición debe aparecer en la página web. Verificar que estén representadas todas las instituciones que figuran en el convenio.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 a) RRI</p>
1.2.1.3.	Los órganos de gobierno del IIS tienen asignada la misión de hacer seguimiento y evaluación, con frecuencia al menos anual, de los resultados de actividad del IIS.	<p>Seguimiento y evaluación anual: debe haber constancia documentada de ambos. Verificar en las actas de los órganos de gobierno correspondientes a los 3 años previos al de la solicitud de acreditación.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 a)</p>

1.2.1.4.

Los órganos de gobierno han aprobado el plan anual de actividades, teniendo en cuenta los informes del Comité Científico Externo en relación al plan estratégico.

Contrastar las recomendaciones del informe anual del CCE que se refieren al PE y el plan de actividades aprobado por los órganos de gobierno. El plan debe incorporar recomendaciones referidas al PE.

Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.

RD: art. 11 b)

DIRECCIÓN CIENTÍFICA

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.2.2.1.	<p>El IIS cuenta con un procedimiento para la elección de director científico. El procedimiento incluye, entre otros, la valoración de la trayectoria científica, la capacidad de liderazgo y la experiencia directiva.</p> <p>El director científico debe pertenecer al ámbito del núcleo del IIS descrito en el punto 1.1.1.3.</p>	<p>Verificar documentalmente la existencia del procedimiento y su aprobación por el órgano rector del IIS (Acta). La elección del director del IIS se realizó según lo establecido en el citado procedimiento.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 b)</p>
1.2.2.2.	<p>El director científico tiene capacidad ejecutiva para el desarrollo de las competencias que establece el vínculo jurídico y los estatutos del IIS.</p>	<p>Verificar documentalmente con ejemplos de toma de decisiones.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 b)</p>

COMITÉ CIENTÍFICO EXTERNO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.2.3.1.	El CCE tiene asignada en el reglamento la misión de ser el órgano asesor/consultivo del IIS, haciendo una evaluación anual de los asuntos mencionados en el punto 1.2.1.4 y emitiendo un informe para los órganos de gobierno.	Reglamento de funcionamiento del CCE con fecha de aprobación. Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 e)
1.2.3.2.	El reglamento del CCE establece: <ul style="list-style-type: none"> • Que es un órgano con independencia de criterio y autonomía de decisión, en el cumplimiento de sus funciones, respecto al IIS. • Que se deben levantar actas de todas sus reuniones, sean presenciales o por medios telemáticos. • Que su composición cumple con los principios de igualdad de género. 	Verificar la existencia de actas del CCE, aprobadas por sus miembros (firma o comunicación de la aprobación), con la periodicidad establecida en el reglamento (se excluyen las actas de reuniones extraordinarias para establecer la periodicidad). Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 e) RRI
1.2.3.3.	El reglamento del CCE establece que sus miembros deben acreditar la ausencia de conflicto de interés.	Verificar la existencia del documento de conflicto de interés firmado por cada uno de los componentes. Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 e) RRI
1.2.3.4.	El reglamento del CCE establece que, al menos, uno de los miembros de CCE sean científicos no residentes en España.	Verificar con el perfil curricular de los miembros del CCE. Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.2.4.1.	<p>Existe un Comité Científico Interno (CCI), presidido por el director científico del IIS, cuyo reglamento establece que está integrado por investigadores, incluyendo investigadores en formación, en representación de las áreas científicas prioritarias del IIS.</p> <p>Deben estar representados los diferentes tipos de investigadores y cumplir con los principios de igualdad de género. Debe incorporar a los responsables de formación, innovación y calidad del IIS, según lo establecido en la organización del IIS.</p>	<p>Reglamento del CCI vigente.</p> <p>Composición del CCI.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) RRI</p>
1.2.4.2.	<p>El CCI cumple con las funciones establecidas en su reglamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la Dirección del IIS en todos los temas científicos, estratégicos y organizativos del mismo. • Analizar y hacer propuestas en todos los planes y normativas de funcionamiento del IIS, especialmente en el plan estratégico, incluyendo el plan de integración y el plan de formación. • Realizar un seguimiento de las actividades del IIS, especialmente con relación a esos planes. • Validar la memoria científica anual. • Proponer al órgano de gobierno los objetivos científicos 	<p>Verificar que el reglamento recoge todas las actividades que se citan en el criterio. Verificar que el reglamento se cumple (comprobar con actas).</p> <p>Ambas condiciones son necesarias para cada una de las funciones (descripción de acciones y cumplimiento).</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) y 11.1. b)</p>

anuales que se han de alcanzar y el plan de acción que los desarrolle.

- Ser el órgano de participación de las áreas y grupos de investigación en la gobernanza científica del IIS.
- Evaluar la calidad de las propuestas de solicitud de proyectos y establecer su priorización, si así está recogido en su reglamento.

FUNCIONAMIENTO DE LOS ÓRGANOS COLEGIADOS

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.3.2.1.	<p>El CCE elabora un informe, al menos con periodicidad anual, sobre las actividades del IIS teniendo como referencia el plan estratégico (PE).</p> <p>Incluye la evaluación de las áreas/programas científicos y de los grupos de investigación del IIS.</p>	<p>Informe anual del CCE del año anterior al evaluado. Verificar la fecha del informe. Comprobar si en algún punto se hace una valoración de las actividades en relación con el PE. Revisar la periodicidad de los informes en las actas de CCE de los 3 años previos al de solicitud de acreditación.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 e)</p>
1.3.2.2.	<p>Constan en acta firmada los puntos del orden del día, deliberaciones realizadas y decisiones tomadas, en cada una de las reuniones realizadas en los 3 años previos al de solicitud.</p>	<p>El número de actas dependerá de la periodicidad de las reuniones que indique el reglamento del CCE.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 e)</p>

<p>1.3.2.3.</p>	<p>El IIS ha puesto en marcha las recomendaciones del CCE, una vez aprobadas por el órgano de gobierno.</p>	<p>Informe del CCE del año anterior al evaluado (comprobar recomendaciones). Verificar recomendaciones del CCE aprobadas por el órgano de gobierno. Verificar documentalmente las recomendaciones que han generado cambios en el IIS y la naturaleza de los mismos.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 e)</p>
<p>1.3.2.4.</p>	<p>El CCI se ha reunido, en condiciones de <i>quorum</i>, para cumplir con sus funciones con la periodicidad establecida en su reglamento. (ver 1.2.4.2).</p>	<p>Entrevista con CCI. Actas de CCI del periodo evaluado. Verificar fechas y contenidos de las actas. Deben aparecer las actividades que forman parte de sus funciones.</p> <p>Periodo evaluado: 3 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 b)</p>
<p>1.3.2.5.</p>	<p>Constan en acta, firmada, de cada reunión de CCI: orden del día, asistentes, deliberaciones realizadas y decisiones tomadas.</p>	<p>Actas de CCI del periodo evaluado. Todas las actas recogen: orden del día, asistentes, deliberaciones y decisiones.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 b)</p>
<p>1.3.2.6.</p>	<p>En las actas de las sucesivas reuniones del CCI se puede verificar el seguimiento de la ejecución de las decisiones tomadas.</p>	<p>Actas de CCI del periodo evaluado. Debe haber constancia del seguimiento de las decisiones tomadas en las actas posteriores a la decisión.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 b)</p>

GESTIÓN ÚNICA Y SEPARADA

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.4.1.1.	Existe un director de gestión, nombrado por los órganos de gobierno del IIS, con conformidad del director científico, que pertenecerá a la plantilla del órgano de gestión. El director de gestión tiene capacidad ejecutiva y es garante de la independencia de gestión económica del IIS.	<p>Verificar nombramiento del director de gestión. Verificar documentalmente las competencias atribuidas al director de gestión en el vínculo jurídico y/o estatutos del IIS.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4, c)</p>
1.4.1.2.	El IIS dispone de un órgano de gestión propio, que está separado de la estructura de gestión asistencial y docente, con plena autonomía y capacidad jurídica para la toma de decisiones.	<p>Verificar documentalmente la existencia de un órgano de gestión independiente, con personalidad jurídica propia, establecido en el vínculo jurídico como la estructura única de gestión del IIS, que tiene como funciones las descritas en el RD 279/2016, de 24 de junio.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4, c)</p>
1.4.1.3.	La estructura de gestión del IIS asume las áreas económico-administrativas y de recursos humanos, de forma que los servicios reflejados en los indicadores del criterio 1.4.2 se proveen por la estructura de gestión del IIS.	<p>Verificar si el vínculo jurídico y los estatutos del órgano de gestión recogen todos los aspectos de este criterio.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 c)</p>
1.4.2.2.	La estructura de gestión del IIS ofrece el soporte necesario para el	Entrevistas a los investigadores de diferentes áreas científicas y tipología

desarrollo y la gestión eficaz de la investigación.

(sénior, emergente, clínico asociado...). Recabar ejemplos de este apoyo en respuesta a las necesidades de los investigadores.

Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.

RD: art. 4 c) y 11.1 e)

PLAN ESTRATÉGICO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.1.1.1	Existe un PE que cumple lo previsto en el RD 279/2018, art. 5. Está aprobado por los órganos de gobierno hace más de 3 años y está vigente.	<p>Verificar con revisión del plan estratégico vigente. Acta del órgano de gobierno con la aprobación del PE vigente.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5</p>
2.1.1.2.	<p>El PE contiene al menos los tres objetivos estratégicos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación traslacional: orientado a asegurar que el IIS es una organización de investigación traslacional que genera conocimiento que tiene impacto en el SNS. • Innovación: orientado a los productos, procesos y prácticas organizativas útiles para la organización sanitaria. • Posicionamiento internacional, orientado a: <ul style="list-style-type: none"> ○ La generación de conocimiento reconocido internacionalmente. 	<p>Comprobar que al menos hay estos tres objetivos, que a su vez están alineados con los elementos verificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación traslacional: 3.3.2.1 y 3.2.2.1. • Innovación en procesos y productos: 3.3.1.2; 3.3.2.1; 3.3.2.2 y 3.3.2.3. • Internacionalización: 2.2.3.5; 2.2.3.6 y 2.3.2.3. • Soporte organizativo a los tres objetivos: 1.4.1.3 y 1.4.1.4. <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> o Posicionamiento en procesos de captación de recursos de concurrencia competitiva internacionales de investigación e innovación. 	RRI
2.1.1.3.	El PE desarrolla la estrategia sobre cómo alcanzar al menos los tres objetivos descritos en 2.1.1.2, incluyendo acciones que desarrollar y la sistemática de seguimiento.	<p>Verificar para cada uno de los 3 objetivos del 2.1.1.2 si la estrategia plantea las acciones que desarrollar y la sistemática de seguimiento.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5</p>
2.1.1.4.	El PE tiene un soporte organizacional que permite el desarrollo de al menos los tres objetivos citados en 2.1.1.2.	<p>Verificar con revisión del plan estratégico vigente. Ver 1.4.1.3 y 1.4.1.4.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5 y 11.1 b)</p>
2.1.1.5.	El PE describe los vínculos con otros grupos afines del mismo entorno para trabajar en redes estables, así como redes internacionales.	<p>Verificar con revisión del plan estratégico vigente.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5 i)</p>
2.1.2.1.	Existe un sistema de monitorización y de evaluación del PE con indicadores y cronograma.	<p>Se deben especificar los indicadores que van a monitorizar, con qué periodicidad y responsable de hacerlo en cada caso.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5 d)</p>

2.1.2.3.	El PE ha sido evaluado en el último año por el CCE y los órganos de gobierno.	<p>Ver actas CEE y órganos de gobierno.</p> <p>Periodo de evaluación: año anterior al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5 d)</p>
----------	---	---

2) Unidad de Gestión Económica y Contratación

ESTRUCTURA ÚNICA Y SEPARADA		
N.º Código	Criterio de Calidad	Observaciones
1.4.1.5	El órgano de gestión del IIS gestiona, de forma efectiva, los fondos obtenidos por los grupos de investigación que se adscriben al IIS.	<p>Verificación de los fondos obtenidos por los grupos de investigación adscritos al IIS y la gestión realizada de los mismos por el órgano de gestión del IIS, durante cada anualidad en el periodo evaluado.</p> <p>Cálculo*: Fondos* obtenidos gestionados por el órgano de gestión. Total fondos* obtenidos.</p> <p>*Se incluyen los fondos, de procedencia tanto pública como privada, con independencia de la forma de concesión (subvención en convocatoria competitiva, contrato, donación...), obtenidos por el total de miembros de los grupos de investigación adscritos al IIS en cada periodo anual.</p>

		<p>Solo se contabilizará como documento aceptable curricularmente, en la evaluación de una renovación de acreditación, aquellos proyectos que sean solicitados y gestionados a través del órgano de gestión del IIS.</p> <p>Periodo evaluado en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo evaluado en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 90 %; Aceptable 50-89 %; No cumple < 50 % RD: art. 4 c)</p>
1.4.1.6	<p>El IIS tiene una estructura y organización para la captación de recursos económicos competitivos y no competitivos, filantrópicos o de mecenazgo para la sostenibilidad económica, fortalecimiento de la estructura y autofinanciación.</p>	<p>Verificar que existen recursos humanos y una organización para llevar a cabo acciones proactivas de captación de recursos competitivos, no competitivos y filantrópicos.</p> <p>Fuentes: sistema de información y gestión del IIS, plan de actividad anual y memorias anuales.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud. RD: art. 4 c)</p>

GESTIÓN ECONÓMICA DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LOS PROYECTOS

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.4.2.1.	<p>Los órganos de gobierno aprueban en cada ejercicio el presupuesto anual y la correspondiente memoria de ejecución económica. Las cuentas son auditadas por un auditor externo.</p>	<p>Verificar en actas: aprobación de presupuesto anual y la correspondiente memoria de ejecución al cierre de cada ejercicio por los órganos de gobierno en los 3 últimos años.</p> <p>Periodo de evaluación: 3 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art 11.1 e)</p>
1.4.2.3.	<p>Al menos el 20 % de los costes indirectos recibidos anualmente se dedican a acciones orientadas a apoyo de los investigadores del IIS: tales como capacitación, formación, cofinanciación de contratos, proyectos propios del IIS para grupos emergentes, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teniendo en cuenta los informes de CCE y CCI. • Realizando evaluación anual de resultados de dichas acciones. 	<p>Cálculo: (Fondos, con origen en costes indirectos, recibidos por el IIS en el periodo evaluado dedicados a acciones de apoyo a RR. HH. / Cuantía total costes indirectos recibidos por el IIS en el periodo evaluado) x 100.</p> <p>Revisar: plan de actuaciones previstas; evidencias de acciones realizadas y su evaluación.</p> <p>Se excluye específicamente cualquier tipo de financiación para la contratación o cofinanciación de gestores.</p> <p>Periodo evaluado en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo evaluado en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥30 %; Aceptable 20 %-29 %; No cumple <20 %.</p>

3) Unidad de RR. HH.

RECURSOS HUMANOS Y MASA CRÍTICA		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.2.1	<p>El IIS tiene un plan de recursos humanos dirigido a personal investigador, técnico y de gestión. Este plan incluye al menos acciones específicas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carrera investigadora. • Relevo generacional. • Liderazgo femenino. 	<p>Debe haber un plan explícito, concretando acciones o actividades, para fomentar el desarrollo de la carrera investigadora, el recambio generacional y el liderazgo femenino (Ej.: cuántos años y qué cargos).</p> <p>El plan recoge los indicadores y metodología de evaluación periódica de cumplimiento de objetivos.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
2.2.2.2	<p>El plan de recursos humanos incluye acciones de captación, desarrollo profesional, talento investigador, con referencia explícita a la incorporación de grupos clínicos y desarrollo de los grupos emergentes.</p>	<p>Deben existir estrategias concretas a corto y medio plazo. Evidencias documentales de las acciones desarrolladas en los 3 años anteriores a la solicitud de acreditación en estos aspectos. Entrevistas a investigadores para valorar su efectividad y satisfacción percibida.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 5 h) RRI</p>

<p>2.2.2.3</p>	<p>El plan de recursos humanos incluye acciones de igualdad de género y gestión de la diversidad, que abordan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos de igualdad de oportunidades y de equidad en la carrera investigadora. • Consideraciones en la política de incorporación del personal investigador, técnico, de gestión y otros servicios. • Aspectos de representación en los distintos órganos y comisiones. 	<p>El plan contempla los 3 aspectos que cita el criterio. Evidencias documentales de las acciones desarrolladas en los 3 años anteriores a la solicitud de acreditación en estos aspectos. Entrevistas a investigadores para valorar su efectividad y satisfacción percibida.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. RD: art. 5 h) RRI</p>
<p>2.2.2.4</p>	<p>El plan de recursos humanos define una política para la <i>Open, transparent and merit-based recruitment of researchers</i>.</p>	<p>Revisar si el abordaje está de acuerdo con el marco OTM-R.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. RRI</p>
<p>2.2.2.5</p>	<p>El IIS informa internamente de los servicios de la web EURAXESS y anuncia sus ofertas de empleo para investigadores, gestores y técnicos en EURAXESS Jobs.</p>	<p>Ver ejemplos de información interna y publicación de ofertas. El anuncio en EURAXESS Jobs se valorará únicamente para las ofertas de empleo que por su alcance o perfil así lo justifiquen.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. RRI</p>
<p>2.2.2.6</p>	<p>El IIS está adherido a la Carta europea del investigador y al Código de conducta para la contratación de investigadores (C&C).</p>	<p>Debe existir un documento de adhesión con registro oficial de la DG europea correspondiente.</p>

		<p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
2.2.2.7	El IIS tiene un plan de cumplimiento e implantación de los principios definidos en la C&C aprobado por los órganos de gobierno.	<p>Disponen de indicadores para seguimiento de la implantación del C&C y se aportan resultados de la evaluación periódica de los mismos (anual). Revisar qué acciones han realizado.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
2.2.2.8	El IIS evalúa cada 2 años el plan de recursos humanos y el plan de igualdad de género y gestión de la diversidad usando la metodología establecida en el mismo.	<p>Verificar que se dispone de indicadores para seguimiento del plan de RR. HH. y se aportan resultados de la evaluación periódica de los mismos. Verificar documentalmente el resultado de la evaluación. Se considera cumplido verificando documentalmente haber realizado la evaluación prevista en el programa <i>Human Resources Strategy for Researchers</i>, en el caso de IIS con certificado HR Excellence in Research.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
2.2.2.9	Se han implantado las medidas de mejora necesarias de acuerdo con la evaluación del plan de recursos humanos.	

4) Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicación

PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.3.1.3.	Existe una página web que cumple los requisitos contemplados en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.	Verificar web activa. RRI

ÉTICA, BUENAS PRÁCTICAS E INTEGRIDAD EN LA INVESTIGACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.3.3.4	Se acredita el cumplimiento de la normativa de protección de datos vigente.	Verificar documentalmente con ejemplos de informes del responsable de protección de datos designado para el IIS. Periodo evaluado: año anterior al de solicitud de acreditación. RD: art. 4 h) y 11.1 c)

5) Unidad de Proyectos Competitivos

REGISTRO DE INVESTIGADORES		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.2.10	En el último año, el n.º de investigadores del IIS que son investigadores principales (IP) con proyectos activos financiados en convocatorias públicas competitivas, de ámbito estatal, europeo o internacional, es superior o igual a 30.	<p>Cálculo: N.º de IP con proyectos activos financiados en convocatorias públicas competitivas de ámbito estatal, europeo o internacional en el año anterior a la solicitud. En caso de proyectos con IP y co-IP del mismo IIS, solo se contabiliza para 1 IP.</p> <p>Periodo de evaluación: año anterior al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 60; Aceptable 30-59; No cumple- < 30</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>

CAPTACIÓN DE RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.3.1	El IIS ha obtenido financiación en convocatorias públicas competitivas de ámbito estatal, europeo o internacional, durante los últimos 5 años, para al menos 60 proyectos.	<p>Cálculo: N.º de proyectos financiados en convocatorias públicas competitivas, de ámbito estatal, europeo o internacional, durante los últimos 5 años.</p> <p>Importante revisar que los proyectos competitivos internacionales sean realmente competitivos. Ver Glosario convocatorias competitivas.</p>

		<p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 100; Aceptable 60-99; No cumple- < 60</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.2.3.2</p>	<p>El IIS ha conseguido financiación en convocatorias públicas competitivas de ámbito estatal, para, al menos, 20 % de los proyectos solicitados en los últimos 5 años.</p>	<p>Calculo: $(N.^{\circ} \text{ de proyectos financiados en convocatorias estatales públicas competitivas} / N.^{\circ} \text{ total de proyectos solicitados en convocatorias estatales públicas competitivas}) \times 100$.</p> <p>Ámbito: Convocatorias públicas competitivas de ámbito estatal. Ver Glosario convocatorias competitivas.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente $\geq 50 \%$; Aceptable 20 %-49 %; No cumple- $< 20 \%$</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.2.3.3</p>	<p>La financiación, competitiva y no competitiva, dependiente de fondos públicos, no sobrepasa el 70 % del presupuesto anual.</p>	<p>Cálculo: $(\text{Financiación pública competitiva} + \text{no competitiva} / \text{total financiación anual}) \times 100$. Ver auditoría contable del último año anterior a la solicitud de acreditación.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente 20 %-50 % ; Aceptable 50 %-70 %; No cumple- $> 70 \%$</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>

2.2.3.4	La financiación media conseguida por IP (competitiva y no competitiva) en 5 años es superior a 45 000 €.	<p>Cálculo: Financiación total conseguida por los IP del IIS en los últimos 5 años / N.º de IP que hayan obtenido financiación en los últimos 5 años.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud. Total de IP de 5 años previos a la solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente $\geq 80\,000$ €; Aceptable 45-79 999 €; No cumple- $< 45\,000$ € RD: art. 11.1 c)</p>
2.2.3.5	El número de proyectos financiados en convocatorias competitivas públicas europeas, en los últimos 5 años es de 1 por cada 10 IP del IIS.	<p>Cálculo: N.º de proyectos obtenidos por los IP del IIS en convocatorias públicas competitivas europeas en los últimos 5 años / N.º de IP del IIS en los últimos 5 años.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud. Total de IP de 5 años anteriores al año la solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente > 0.5; Aceptable 0.1-0.5; No cumple- < 0.1 RD: art. 11.1 c)</p>
2.2.3.6	La financiación media conseguida por IP en fondos europeos en 5 años es igual o superior a 15 000 €.	<p>Cálculo: Financiación de fuentes europeas conseguida por el IIS en los últimos 5 años / N.º de IP del IIS con financiación de fuentes europeas en los últimos 5 años.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud. Total de IP de los últimos 5 años.</p> <p>Umbrales: Excelente $> 50\,000$ €; Aceptable 15-50 999 €; No cumple- $< 15\,000$ € RD: art. 11.1 c)</p>

6) Unidad de Proyectos Privados

GESTIÓN ECONÓMICA DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LOS PROYECTOS		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.4.2.4.	La entidad gestora del IIS actúa como promotor de los ensayos clínicos académicos concedidos en convocatorias públicas de financiación de ámbito regional, estatal o internacional.	<p>Verificar que el promotor de los ensayos clínicos académicos, concedidos con fondos públicos a grupos IIS, es la entidad gestora del IIS. Se tomará en consideración para la valoración del criterio la acreditación documental, de ser el caso, de normativa autonómica que impide la actuación como promotor del órgano de gestión.</p> <p>Periodo de evaluación: 3 años anteriores al de solicitud.</p>

7) Unidad de Formación

REGISTRO DE INVESTIGADORES		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.2.13	Al menos el 10 % de los investigadores del IIS han tenido una estancia de, al menos, 2 meses en otros centros de investigación en los últimos 5 años.	<p>Cálculo: $(N.º \text{ de investigadores con estancia de al menos 2 meses en los últimos 5 años} / \text{Media del n.º de investigadores del IIS en los últimos 5 años previos a la solicitud}) \times 100$.</p> <p>Estancia con fines formativos o de investigación, autorizada y evaluada por el CCI, y realizada en centros de investigación diferentes a los que constituyen el IIS.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. Para cada año, el número de investigadores se contabiliza a 31 de diciembre.</p> <p>Umbrales: Excelente >30 % ; Aceptable 10 %-30 %; No Cumple- <10 % RD: art. 11.1 c)</p>

PLAN DE FORMACIÓN

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.4.1	<p>El IIS tiene un plan de formación que especifica la estrategia de capacitación de los recursos humanos del IIS vinculado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas de posgrado, preferentemente doctorado, y su contribución a la promoción de las líneas estratégicas y emergentes y de apoyo e integración de los diferentes investigadores, grupos y entidades que forman el IIS. 	<p>El plan de formación incluye acciones orientadas a estos aspectos. Participación de los investigadores del IIS en programas de doctorado, con especial mención a los liderados desde el IIS.</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al de la solicitud. RD: art. 4 g), art. 5 c) y art. 11.1 d)</p>
2.2.4.2	<p>El IIS tiene un plan de formación que especifica la estrategia de capacitación de los recursos humanos del IIS vinculado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competencias transversales de liderazgo en ciencia, comunicación con decisores clínicos, sanitarios y actores sociales. 	<p>Verificar que el plan de formación incluye estos aspectos (liderazgo y comunicación) en alguna de las acciones formativas.</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al de la solicitud. RD: art. 4 g), art. 5 c) y art. 11.1 d)</p>
2.2.4.3	<p>El IIS tiene un plan de formación que especifica la estrategia de capacitación de los recursos humanos del IIS vinculado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formación técnica especializada dirigida a los profesionales de las unidades de apoyo. 	<p>Documentar que el plan de formación contiene materias dirigidas a las unidades de apoyo (ej.: técnicos del animalario o del microscopio).</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al de la solicitud. RD: art. 4 g), art. 5 c) y art. 11.1 d)</p>
2.2.4.4	<p>El plan de formación incluye actuaciones que se corresponden con las necesidades formativas de las áreas de investigación identificadas por el CCI.</p>	<p>Verificar la correspondencia de las acciones formativas anuales con las necesidades de formación de las áreas científicas del IIS identificadas en el periodo anterior y comunicado al CCI.</p>

		Periodo evaluado: 2 años anteriores al de la solicitud. RD: art. 4 g), art. 5 c) y art. 11.1 d)
2.2.4.5	EL IIS tiene definida la interrelación de la estructura y organización de la investigación del IIS, con el centro/centros sanitarios que lo integran, en términos de complementariedad en las actividades de formación y práctica clínica en lo relativo a I+D+I.	Verificar con ejemplos realizados. Entrevistas a investigadores. Periodo evaluado: 2 años anteriores al de la solicitud. RD: art. 11.1 d)
2.2.4.6	El plan de formación incluye actuaciones de tutela dirigidas a centros y grupos emergentes de investigación que formen parte del instituto o de su entorno.	Ver glosario para definición de grupo emergente. Programa, asistentes y evaluación de las actuaciones realizadas en los dos años previos a la solicitud. Periodo evaluado: 2 años anteriores al de la solicitud. RD: art. 4 g) y art. 5 c)

FORMACIÓN A CIENTÍFICOS ORIENTADA AL IMPACTO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.2.1.1.	Al menos una vez en el último año se han realizado actividades de formación sobre comunicación científica dirigida a actores clave no científicos .	Actividades de formación para personal del IIS con el objetivo de aumentar sus competencias de comunicación científica dirigida a ciudadanos sin perfil investigador. Verificar en memoria del plan de formación y registros de actividades formativas en el sistema de información del IIS.

		<p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbral: Excelente ≥ 10 ; Aceptable 2-9; No cumple < 1</p> <p>RD: art. 4 g) y 11.1 d) RRI</p>
<p>3.2.1.2</p>	<p>Al menos una vez en el último año se han realizado actividades de formación sobre los mecanismos para la traslación a la práctica asistencial.</p>	<p>Actividades de formación para personal del IIS con el objetivo de aumentar sus competencias en traslación de los resultados de investigación. Verificar evidencias en la memoria del plan de formación del IIS.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbral: Excelente ≥ 4; Aceptable 1-3</p> <p>RD: art. 4 g) y 11.1 d) RRI</p>
<p>3.2.1.3</p>	<p>Al menos una vez en los últimos 2 años se han realizado actividades de formación sobre participación y cocreación en investigación científica u otras formas de abrir la participación en la investigación a los actores clave no científicos.</p>	<p>Verificar documentalmente en la memoria del plan de formación del IIS. Ver Glosario para definición de cocreación y participación.</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbral: Excelente ≥ 4; Aceptable 1-3</p> <p>RD: art. 4 g) y 11.1 d) RRI</p>

8) Unidad de Comunicación

PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.3.1.1.	Hay un plan de comunicación interna del IIS que define unos canales y cauces para la comunicación y participación interna.	<p>Ver plan de comunicación interna y verificar si hace referencia a los aspectos que se citan en el criterio.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 11.1 b)</p>
1.3.1.2.	Los canales y cauces son operativos y efectivos para la transparencia interna, la comunicación de información necesaria y útil para los investigadores y demás personal del IIS y su participación activa en el IIS. Responden a los objetivos de comunicación y participación.	<p>En función de lo que diga el plan de comunicación, se piden ejemplos documentados de esta comunicación y de la participación del personal del IIS. No se considera suficiente la comunicación a través de la web del IIS. Para verificarlo se incluirán preguntas específicas en las entrevistas a los investigadores y demás personal del IIS, sobre su existencia y utilidad.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.</p> <p>RD: 11.1 b) RRI</p>
1.3.1.4.	<p>Existe una página web que ofrece, al menos, información en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituciones que conforman el IIS y órganos de gobierno. • Organigrama del IIS. • Centros físicos que forman el IIS. 	<p>Comprobar que la página web del IIS tiene todos los ítems que se citan en el criterio.</p> <p>Revisar fecha de última actualización de la página web.</p>

- Relación de áreas científicas/programas científicos, con los grupos incluidos en cada área.
- Nombre y CV resumido de: director científico, responsables de cada área científica y de cada grupo de investigación.
- Información de contacto de: director científico; área de gestión; áreas científicas y grupos de investigación.
- Resumen de su plan estratégico.
- Memoria científica de, al menos, los dos últimos años.
- Cartera de productos de potencial interés para el sector productivo.
- Guías de práctica clínica (GPC) elaboradas con participación de investigadores IIS.
- Mecanismos para la participación ciudadana.
- Oportunidades de empleo y contratación.
- Resumen de la memoria económica de, al menos, dos últimos ejercicios.

En IIS acreditados, la web informa de esta acreditación e incorpora el logotipo del ISCIII.

Verificar actualización periódica de sus contenidos en los 12 meses previos a la solicitud de acreditación.

RRI

MEMORIA CIENTÍFICA

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.6.1	<p>Se elabora una memoria científica anual, que incorpora la perspectiva de género, con el siguiente contenido mínimo:</p> <p style="text-align: center;">RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Áreas científicas: objetivos anuales planteados y grado de ejecución alcanzado. ○ Personal de investigación: evolución anual (investigadores clasificados según su perfil en la carrera investigadora europea). ○ Personal de administración y gerencia. ○ Personal investigador financiado total o parcialmente a través de convocatorias competitivas y redes de investigación. ○ Grupos de investigación en cada área. 	<p>La memoria tiene que hacer mención a todos los ítems citados en el criterio.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.</p>
2.2.6.2	<p>Se elabora una memoria científica anual, que incorpora la perspectiva de género, con el siguiente contenido mínimo:</p> <p style="text-align: center;">DATOS ECONÓMICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ingresos (fondos de origen competitivo, fondos de origen no competitivo). Explicitar costes indirectos según origen. ○ Gastos (gastos ejecutados, auditados y aprobados por el 	<p>La memoria tiene que hacer mención a todos los ítems citados en el criterio.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.</p>

Patronato). Explicitar utilización de los costes indirectos correspondientes.

- Balance de situación (activo, pasivo).

Se elabora una memoria científica anual, que incorpora la perspectiva de género, con el siguiente contenido mínimo:

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

- Número de proyectos de investigación concedidos (convocatorias competitivas y no competitivas).
- Número de publicaciones científicas, según categoría (artículos originales, revisiones...).
- Porcentaje de originales en publicaciones de primer decil y primer cuartil en el año de su publicación.
- Listado exhaustivo del conjunto de las publicaciones científicas derivadas de la actividad del IIS.
- Relación de las cinco publicaciones que cada área seleccione como más relevantes en la anualidad.
- Número total de ensayos clínicos activos.
- Guías de práctica clínica (GPC) (ver Glosario) desarrolladas por investigadores del IIS en la anualidad correspondiente.
- Relación de las GPC desarrolladas por investigadores del IIS implantadas en los centros sanitarios del IIS.
- Número de innovaciones generadas por el IIS (*Innovación* según se define en el Glosario).

2.2.6.3

La memoria tiene que hacer mención a **todos** los ítems citados en el criterio.

Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informe de seguimiento de innovaciones en desarrollo por el IIS. ○ Número de patentes o modelos de utilidad (solicitadas, concedidas y licenciadas/transferidas). ○ Número de <i>spin-offs</i> y <i>start-ups</i> creadas y activas. ○ Número de tesis doctorales defendidas. Número con mención europea. 	
<p>2.2.6.4</p>	<p>Para el seguimiento del plan estratégico se elabora una memoria científica anual con el siguiente contenido mínimo:</p> <p style="text-align: center;">PLATAFORMAS / INFRAESTRUCTURAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relación de las plataformas existentes, con indicación de las plataformas ISCIII; indicadores de actividad anual y número de personas que trabajan en cada una de ellas. 	<p>La memoria tiene que hacer mención a todos los ítems citados en el criterio.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.</p>
<p>2.2.6.5</p>	<p>Para el seguimiento del plan estratégico se elabora una memoria científica anual con el siguiente contenido mínimo:</p> <p style="text-align: center;">COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de sesiones/jornadas de comunicación realizadas. ○ Número de notas de prensa difundidas. ○ Número de noticias publicadas en prensa escrita. ○ Noticias en otros medios audiovisuales (radio, TV). ○ Número de visitas a la página web. 	<p>La memoria tiene que hacer mención a todos los ítems citados en el criterio.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.</p>

2.2.6.6	La memoria científica anual se publica en la web del IIS.	Las memorias de los 2 últimos años deben aparecer en la página web. Observación directa de su cumplimiento al menos en los dos años previos a la solicitud de auditoría.
----------------	---	---

PLAN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.2.2.1	Hay un plan de comunicación científica orientado al exterior del IIS y también a crear sinergias internas entre líneas de investigación.	Verificar documentalmente. Confirmar con los participantes de líneas diferentes. Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. RRI
3.2.2.2	El plan de comunicación alinea los objetivos del PE y el plan de traslación e impacto a la sociedad (ver 3.1.1).	Verificar documentalmente las evidencias aportadas. Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. RRI
3.2.2.3	La comunicación científica externa incluye al menos 2 acciones anuales para: <ul style="list-style-type: none"> • Dar visibilidad al IIS. • Reforzar los objetivos del PE. 	Relación de las actividades desarrolladas. Verificar documentalmente la organización, asistentes y evaluación de las acciones realizadas. Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.

	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el plan de traslación e impacto en la sociedad y el SNS. 	<p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente >5; Aceptable 2-5; No cumple <2</p> <p>RRI</p>
<p>3.2.2.4</p>	<p>La comunicación científica interna incluye, al menos, acciones para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseminar el conocimiento en el IIS y el entorno hospitalario y de AP. • Identificar y potenciar sinergias entre líneas de investigación. 	<p>Relación de las actividades desarrolladas.</p> <p>Registro de actividades del IIS en el sistema de información.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 10; Aceptable 5-9; No cumple <5</p> <p>RRI</p>
<p>3.2.2.5</p>	<p>El número de actividades de difusión hacia el público general muestra una progresión en los últimos 5 años. Alcanza un número de 5 acciones anuales en el momento de solicitar la acreditación.</p>	<p>Relación de las actividades desarrolladas.</p> <p>Registro de actividades del IIS en el sistema de información.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 4; Aceptable 1-3</p> <p>RRI</p>
<p>3.2.2.6</p>	<p>El IIS participa activamente en las actividades de difusión científica organizadas por el ISCIII junto con otros IIS.</p>	<p>Verificar documentalmente.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>

9) Unidad de Producción Científica

SISTEMA DE INFORMACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.5.5	Existe una normativa de filiación aprobada por los órganos de gobierno del IIS.	<p>Verificar documento de filiación y acta de órgano de gobierno donde se aprueba.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud. RD: art. 4 h)</p>
2.2.5.6	La normativa de filiación del IIS es conocida por los miembros del IIS.	<p>Verificar formas de difusión. Valorar grado de conocimiento en las entrevistas con los investigadores.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud. RD: art. 4 h)</p>

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.3.2.1	<p>Indicador de impacto normalizado:</p> <p>Tasa de citación normalizada durante el periodo evaluado ≥ 1.</p>	<p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.</p>

		<p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al anterior al de solicitud. Así, en solicitudes presentadas en 2019, el periodo a evaluar será 2016 y 2017.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 1.5; Aceptable 1–1.4; No cumple- > 1</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.2</p>	<p>El 45 % de las publicaciones indexadas están publicadas en revistas del primer cuartil, durante el periodo evaluado.</p>	<p>Cálculo: $(N.^{\circ} \text{ publicaciones en revistas Q1 en JCR} / N.^{\circ} \text{ total publicaciones indexadas en revistas JCR en el período evaluado}) \times 100$.</p> <p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente $\geq 65 \%$; Aceptable 45-64 %; No cumple $< 45 \%$</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.3</p>	<p>El 10 % de las publicaciones indexadas están publicadas en revistas del primer decil durante el periodo evaluado.</p>	<p>Cálculo: $(N.^{\circ} \text{ publicaciones en revistas D1 en JCR} / N.^{\circ} \text{ total de publicaciones en revistas indexadas en JCR en el periodo evaluado}) \times 100$.</p> <p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p>

		<p>Umbrals: Excelente >40 %; Aceptable 10-40 %; No cumple <10 % RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.4</p>	<p>Indicador de colaboración internacional. Porcentaje de publicaciones con colaboración internacional, en el último año, ≥ 20 %.</p>	<p>Cálculo: $(N.^{\circ} \text{ de publicaciones firmadas por autores de instituciones distintas y diferente nacionalidad con, al menos, autoría de un investigador del IIS} / \text{Total publicaciones del IIS en el periodo evaluado}) \times 100$.</p> <p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbrals: Excelente ≥ 35 %; Aceptable 20-34 %; No cumple <20 % RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.5</p>	<p>Indicador de colaboración intra-instituto. Porcentaje de publicaciones en colaboración entre grupos de diferentes áreas científicas y/o instituciones que forman el IIS, en el último año, ≥ 20 %.</p>	<p>Cálculo: $(N.^{\circ} \text{ publicaciones con autoría de investigadores adscritos al menos a dos áreas científicas del IIS} / \text{Total publicaciones del IIS en el periodo evaluado}) \times 100$.</p> <p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbrals: Excelente ≥ 40 %; Aceptable 20-39 %; No cumple <20 % RD: art. 11.1 c)</p>

<p>2.3.2.6</p>	<p>Indicador de impacto global. Porcentaje de publicaciones del IIS que se incluyen entre el 10 % de las publicaciones más citadas del mundo en su área de conocimiento científico, sobre el total de publicaciones de la misma área, ≥ 10 %.</p>	<p>Cálculo: $N.^{\circ}$ de publicaciones del IIS incluidas en el D1 de las más citadas de su área temática / $N.^{\circ}$ total de publicaciones del área temática.</p> <p>Publicaciones altamente citadas (<i>Highly Cited Papers</i> 10 %, HCP 10 %): publicaciones situadas en el 10 % de las más citadas en el ámbito internacional, teniendo en cuenta la categoría temática y el año en que han sido publicados. Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al anterior al de solicitud. Así, en solicitudes presentadas en 2019, el periodo a evaluar será 2016 y 2017.</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.7</p>	<p>Indicador de liderazgo. Porcentaje de publicaciones en las que un autor del IIS es autor de correspondencia, primer o último autor ≥ 20 %.</p>	<p>Cálculo: (Publicaciones del IIS con un investigador adscrito como primer, último o autor de correspondencia / Total publicaciones del IIS en el periodo evaluado) $\times 100$.</p> <p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p>

		<p>Umbrals: Excelente ≥ 50 %; Aceptable 20-49 %; No cumple < 20 % RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.8</p>	<p>Indicador de excelencia con liderazgo. Número de publicaciones del IIS consideradas de excelencia (incluidas en el 10 % de las más citadas del mundo en su área de conocimiento) que verifican el criterio de liderazgo (primer, último o autor de correspondencia es investigador del IIS) ≥ 1.</p>	<p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al anterior al de solicitud. Así, en solicitudes presentadas en 2019, el periodo a evaluar será 2016 y 2017.</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
<p>2.3.2.9</p>	<p>Indicador de visibilidad. Porcentaje de publicaciones, publicados en el último año, por investigadores del IIS, en los que se recoge la filiación del IIS ≥ 70 %.</p>	<p>Cálculo: $(N.^{\circ} \text{ publicaciones de investigadores del IIS con adecuada filiación al IIS} / \text{Total publicaciones del IIS en el periodo evaluado}) \times 100$.</p> <p>Publicaciones a considerar: artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el JCR.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbrals: Excelente ≥ 95 %; Aceptable 70-94 %; No cumple < 70 % RD: art. 11.1 c)</p>

POLÍTICA OPEN SCIENCE

N.º Código	Criterios de calidad	Observaciones
2.3.4.1	<p>El IIS ha establecido y desarrolla una política definida de <i>Open Science</i> que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El mandato y los incentivos para fomentar el acceso abierto a las publicaciones, en medios <i>Open Access</i> y en repositorios reconocidos, normalizados y compatibles con las infraestructuras europeas (ej.: OpenAire). • Facilitar la publicación en abierto de datos en repositorios normalizados y reconocidos en la disciplina. Se toma como referencia la infraestructura europea de datos en abierto EOSC (European Open Science Cloud). 	<p>Verificar documento de política de <i>Open Science</i> del IIS vigente. Debe abordar los dos aspectos señalados.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>
2.3.4.2	<p>Al menos el 25 % de las publicaciones, derivadas de proyectos financiados con fondos públicos, realizadas durante el periodo de evaluación, se han hecho en medios <i>Open Access</i>.</p>	<p>Cálculo: $(N.º \text{ publicaciones en medios OA de resultados de proyectos financiados con fondos públicos del IIS} / N.º \text{ total publicaciones de resultados de proyectos financiados con fondos públicos del IIS en el periodo evaluado}) \times 100$.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 50 %; Aceptable 25-49 %; No cumple < 25 %</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>

2.3.4.3	<p>En el último año, al menos el 50 % de los datos de investigación procedentes de los proyectos financiados con fondos públicos, siguiendo los principios FAIR (<i>Findable, Accessible, Interoperable and Reusable</i>), están disponibles en abierto en repositorios de datos abiertos normalizados y reconocidos en la disciplina.</p>	<p>Cálculo: (Datos de investigación de proyectos del IIS financiados con fondos públicos disponibles en repositorios / Total datos de investigación de proyectos del IIS financiados con fondos públicos en el periodo evaluado) × 100.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥90 %; Aceptable 50-89 %; No cumple <50 %</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>
2.3.4.4	<p>El IIS facilita apoyo y asesoramiento a los investigadores sobre obligaciones, opciones de publicación en OA, copyright o licencias <i>Creative Commons</i>, etc.</p>	<p>El IIS debe explicar cómo realiza este apoyo y asesoramiento (a través de una oficina de transferencia del conocimiento, actividades específicas...). Verificar documentalmente o con entrevistas.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>RD art. 11.1 c) RRI</p>

10) Unidad de Innovación y Transferencia de Resultados de Investigación

ESTRUCTURA ÚNICA Y SEPARADA		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.4.1.4.	La estructura de gestión del IIS actúa como oficina de gestión de la innovación y de transferencia de resultados de investigación.	<p>Verificar si el convenio recoge este aspecto desarrollado por la estructura de gestión, bien con recursos propios o de alguna de las instituciones que forman el IIS.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 c)</p>

TRASLACIÓN E INNOVACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.1.1.1	Existe un plan de traslación de resultados científicos del IIS a la práctica clínica y al sector productivo, en el propio entorno y a nivel global. Esta estrategia incluye acciones para la participación de actores clave.	<p>Existencia del plan de traslación aprobado por los órganos rectores del IIS.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 11.1 c) / RRI</p>
3.1.1.2	Se han realizado las actuaciones previstas en el plan de traslación.	Evidencias documentales de las acciones realizadas en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación.

		<p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>
<p>3.1.1.3</p>	<p>Se hace un seguimiento y evaluación del objetivo de <i>innovación en salud</i> del PE, que incluye los objetivos relativos a la innovación en productos, en servicios y en procesos en el entorno de la asistencia clínica y los servicios sanitarios.</p>	<p>Ver PE. Debe contemplar los indicadores o elementos para hacer el seguimiento del plan. Actas de la Comisión de Innovación. Entrevista con responsables OTRI. Verificar documentalmente la realización de la evaluación.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
<p>3.1.1.4</p>	<p>En los 2 últimos años se han llevado a cabo al menos cuatro acciones entre los investigadores para promover al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aumento de las patentes registradas y licenciadas. b) Transferencia de conocimiento al sector productivo. c) Desarrollo de nuevos productos sanitarios o dispositivos comercializables. d) Implementación de nuevos procesos clínicos. e) Creación de <i>spin-offs</i> y <i>start-ups</i>. f) Ensayos o estudios clínicos académicos. 	<p>Entrevista con responsables OTRI. Informes de actividad de la Comisión de Innovación o responsable de esta área en el IIS. Verificar que se han realizado las 4 acciones de promoción de innovaciones en alguno de los temas citados por el criterio.</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbral: Excelente ≥ 6; Aceptable 4-5; No cumple < 4</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>

TRASLACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.1.2.1	En los últimos 5 años, el número de GPC publicadas en revistas indexadas, más el número de documentos institucionales en los que ha participado el IIS, es ≥ 10 .	<p>Verificar listado de GPC y documentos institucionales aportada por el IIS. Originales publicados. Ver Glosario.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 20; Aceptable 10-19; No cumple < 10</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>
3.1.2.2	Se recogen en el sistema de información del IIS y difunden las GPC, elaboradas como resultado de la actividad de investigación del IIS, tanto en la web del IIS como activamente a los servicios del hospital y atención primaria del IIS.	<p>Verificar en web propia del IIS. Verificar con S. Información envío de GPC a hospital y AP. Actuaciones de difusión recogidas en la memoria del IIS y/o planes de comunicación del IIS en los últimos 12 meses.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD art. 11.1 c) RRI</p>
3.1.2.3	Se presentan evidencias de su implantación, con análisis de impacto en términos de indicadores de proceso y/o resultados de salud.	<p>Verificar documentalmente resultados de análisis de impacto, en proceso o resultados, de la implantación de las GPC durante el periodo evaluado.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RRI</p>

<p>3.1.2.4</p>	<p>En los últimos 5 años se han trasladado a la práctica asistencial, al menos en los centros sanitarios que conforman el IIS, 5 o más resultados de la investigación realizada en el IIS.</p>	<p>Se aportan evidencias documentales, que explicitan el traslado de 5 resultados de investigación sobre alguno de los temas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Implementación de alternativas terapéuticas coste-efectivas. b) Avances producidos en los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, etc. <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 10 ; Aceptable 5-9; No cumple < 5</p> <p>RD: art. 11.1 c) / RRI</p>
<p>3.1.2.5</p>	<p>El IIS ha identificado los resultados de investigación de potencial interés para la actividad asistencial.</p> <p>Se han realizado al menos 2 acciones en los últimos 12 meses para dar a conocer estos resultados a las instituciones sanitarias y profesionales asistenciales, al menos del entorno del IIS. Cartera de productos de interés para la práctica clínica.</p>	<p>Verificar los procedimientos establecidos por el IIS para la identificación de resultados de «potencial interés» para la actividad asistencial. Verificación documental de proceso de identificación ocurrido en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación.</p> <p>Interés: potencialidad de mejora organizativa o asistencial. Pedir lista o relación de resultados que se han considerado de «potencial interés» para el IIS. Verificar documentalmente las acciones realizadas (programa de presentación, invitación, convocatoria, <i>mailing</i>...) referentes a alguno de ellos.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 4; Aceptable 2-3; No Cumple < 2</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>

TRASLACIÓN AL SECTOR PRODUCTIVO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.1.3.1	Se ha identificado la cartera de productos y resultados de investigación de potencial interés para instituciones y empresas.	<p>Pedir cartera de productos del IIS que se han difundido a las empresas.</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
3.1.3.2	En los últimos 2 años, se ha organizado al menos una acción anual para dar a conocer la cartera de productos y resultados de investigación de potencial interés a las instituciones y empresas potencialmente interesadas.	<p>Verificar documentalmente las acciones realizadas (programa de la presentación, convocatoria, relación de asistentes...).</p> <p>Periodo evaluado: 2 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 4; Aceptable 2-3; No cumple < 2</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>
3.1.3.3	Número de publicaciones del IIS que han sido citados en una patente los últimos cinco años > 5 .	<p>Verificación: Bases de datos externas de publicaciones / PATSTAT (www.epo.org).</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente ≥ 10; Aceptable 5-9; No cumple < 5</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
3.1.3.4	Hay un aumento de ingresos por explotación en los últimos 5 años.	<p>Verificar con cuenta de explotación y/o auditoría de cuentas.</p> <p>Aumento: cualquier incremento entre los ingresos por explotación entre el</p>

		<p>primer y quinto año del periodo evaluado.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrals: Excelente $\geq 50\%$; Aceptable 25-49%; No cumple $< 25\%$</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>
3.1.3.5	<p>Número de registros de propiedad industrial / <i>know-how</i> licenciados, o número de registros de propiedad intelectual licenciados, o número de nuevos productos sanitarios o dispositivos licenciados en los últimos 5 años ≥ 2.</p>	<p>No incluye patentes solicitadas ni marcas registradas.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al año de solicitud.</p> <p>Umbrals: Excelente ≥ 10; Aceptable 2-9; No cumple < 2</p> <p>RD: art. 11.1 c)</p>

11) Unidad de Infraestructuras y Laboratorios

INFRAESTRUCTURAS PARA LA INVESTIGACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.1.1.	El IIS dispone de una superficie de, al menos, 2000 m ² exclusivamente dedicada a investigación y bajo gestión directa de la Dirección Científica del IIS.	<p>Ver planos. Observación <i>in situ</i>. Se valorará como elemento de calidad que los espacios estén ubicados en el núcleo del IIS. Ejemplos documentados de la gestión de la Dirección Científica sobre los espacios del IIS.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente >8000 m²; Aceptable 2000-8000 m²; No cumple <2000 m²</p> <p>RD: art. 11 b)</p>
2.2.1.2.	El IIS dispone de espacio dedicado a investigación en, al menos, un centro de salud u otra estructura de apoyo a la investigación de atención primaria, en el ámbito de influencia del IIS. Se acredita documentalmente la cesión de utilización de dichos espacios al IIS para la actividad científica de los investigadores adscritos.	<p>Observación <i>in situ</i> durante la visita. Ejemplos documentados de la gestión sobre la utilización de los espacios asignados a actividad de investigación de grupos / investigadores del IIS.</p> <p>Periodo de evaluación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 11 b)</p>
2.2.1.3.	El IIS dispone imprescindiblemente de, al menos, los siguientes servicios y plataformas comunes, propios o externos, que dan apoyo a los distintos grupos de investigación, ordenados y estructurados: <ul style="list-style-type: none"> • Animalario. 	<p>Imprescindible disponer de los 6. En caso de servicios externos, documento (convenio, contrato) que formaliza las condiciones de esta prestación de servicios al IIS. Procedimientos normalizados de trabajo</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios de genómica y proteómica. • Sistemas informáticos. • Biobanco. • Epidemiología clínica y bioestadística. • Unidad de ensayos clínicos. 	<p>(PNT) de estos servicios/plataformas. Cartera de servicios y tarifas.</p> <p>Adecuación a la normativa vigente de aplicación en cada caso.</p> <p>Visitas y entrevista a responsables para conocer la organización y funcionamiento. Entrevista a investigadores usuarios de las plataformas para valorar la adecuación del servicio respecto a sus necesidades.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 11 b)</p>
<p>2.2.1.4.</p>	<p>El IIS cuenta con al menos 4 de los siguientes servicios y plataformas comunes, propios o externos, que dan apoyo a los distintos grupos de investigación, ordenados y estructurados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis estructural y molecular. • Metabolómica. • Bioimagen celular con microscopía confocal y electrónica. • Citometría y citogenética. • Bioinformática. • Sala blanca. • Cultivos celulares. 	<p>Imprescindible disponer de al menos 4. En caso de servicios externos, documento (convenio, contrato) que formaliza las condiciones de esta prestación de servicios al IIS. Procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de estos servicios/plataformas. Cartera de servicios y tarifas.</p> <p>Adecuación a la normativa vigente de aplicación en cada caso.</p> <p>Visitas y entrevista a responsables para conocer la organización y funcionamiento. Entrevista a investigadores usuarios de las plataformas para valorar la adecuación del servicio respecto a sus necesidades.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 11 b)</p>

12) Unidad de Gestión del Conocimiento y Calidad

SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.1.2.2.	El seguimiento y monitorización del PE se hace usando los recursos propios del IIS para este fin, como los sistemas de información (ver 2.2.5).	Comprobar el uso de sistemas propios con observación <i>in situ</i> del sistema de información del IIS. Comprobar ejemplos de resultados de seguimiento. Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud. RD: art. 5 d)

PLAN DE CALIDAD		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.1.3.1.	El IIS tiene un plan que desarrolla la política de calidad del IIS, está aprobado por el órgano de gobierno, y su antigüedad no supera los 5 años. El plan define: objetivos, metodología, canales de participación del personal, indicadores, cronograma y responsables.	Verificar documentalmente que cumple todos los aspectos del criterio. Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud. RD: art. 5 d) RRI
2.1.3.2.	La política de calidad está difundida y es conocida por el personal del IIS. Se verifica la utilidad de los canales de participación en las actuaciones de la Comisión de Calidad del IIS.	Actas de la comisión de calidad del IIS. Evidencias documentales de las actuaciones para difusión de la política de calidad. Evaluaciones de su efectividad. Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud. RRI

REGISTRO DE INVESTIGADORES

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.2.18	<p>Se hace seguimiento de la satisfacción de los usuarios internos del IIS (investigadores, personal de apoyo).</p> <p>Se tratan las no conformidades identificadas.</p> <p>El responsable de calidad realiza esta tarea.</p>	<p>Encuestas de satisfacción realizadas: tasa de respuesta y resultados. Evidencias documentales de no conformidades identificadas, y medidas correctoras establecidas, en relación con las acciones del plan de recursos humanos. Entrevistas con investigadores.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 3 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud. RD: art. 11.1 c)</p>

MEMORIA CIENTÍFICA

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.6.7	<p>Anualmente se realiza la evaluación de cumplimiento de criterios ISCIII. El cuestionario de evaluación normalizado correspondiente a cada año se remite al ISCIII antes del 30 de junio del año siguiente.</p>	<p>Verificar documentalmente la cumplimentación anual del cuestionario de evaluación de criterios ISCIII y su envío en plazo.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de solicitud de renovación de acreditación. No aplica en solicitud de acreditación inicial. RD: art. 18.1</p>

2.2.6.8

La memoria científica anual se envía electrónicamente al ISCIII antes del 30 de septiembre del año siguiente.

Verificar documentalmente el envío al ISCIII de la memoria científica.

Periodo evaluado: año anterior al de solicitud de renovación de acreditación. No aplica en solicitud de acreditación inicial.

RD: art. 18.2

SISTEMA DE INFORMACIÓN

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.5.1	<p>Existe un sistema de información actualizado y operativo en el que consta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de todo el personal del IIS y su vinculación a los centros que forman el IIS, que se actualiza regularmente, disponiendo de los datos correspondientes al personal investigador al cierre anual de 31 de diciembre. 	<p>Revisar la situación del registro de personal correspondiente al mes anterior a la visita de auditoría, para verificar si se han incorporado cambios (de haberlos) respecto al cierre anual de 31 de diciembre del año anterior a la auditoría. Verificación <i>in situ</i>.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.</p> <p>RD: art. 4 i)</p>
2.2.5.2	<p>Existe un sistema de información actualizado y operativo en el que consta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de recursos físicos, tecnológicos y económicos del IIS. 	<p>Registro actualizado del mes anterior a la visita. Verificar <i>in situ</i> la operatividad del sistema. Comprobar actualización con ejemplos seleccionados al azar.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud.</p> <p>RD: art. 4 j)</p>

2.2.5.3	<p>Existe un sistema de información actualizado y operativo en el que constan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de la actividad de I+D+I de titularidad y autoría del IIS, procedentes de los investigadores adscritos al IIS, incluyendo todas las actividades y proyectos con su financiación, y los resultados y productos generados: publicaciones científicas, ensayos clínicos, patentes y otros productos de la traslación y de la transferencia del conocimiento. 	<p>Registro actualizado del mes anterior a la visita. Verificar <i>in situ</i> la operatividad del sistema. Comprobar actualización con ejemplos seleccionados al azar.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud. RD: art. 4 4 j)</p>
2.2.5.4	<p>El sistema de información permite la trazabilidad de investigadores, colaboraciones, proyectos solicitados y adjudicados, fondos conseguidos y resultados primarios obtenidos de su ejecución.</p>	<p>Verificar <i>in situ</i> con ejemplos de trazabilidad de todos los ítems del criterio.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al de la solicitud. RD: art. 5 d)</p>
PARTICIPACIÓN DE ACTORES CLAVE NO CIENTÍFICOS		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.2.3.6	<p>Se consulta, al menos anualmente, la satisfacción de los actores clave no científicos que han participado en la actividad investigadora, en sus diferentes fases.</p>	<p>Verificar documentalmente la información de la consulta y/o informe presentado en el último año.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud. RRI</p>

13) Gestión Científica

PLAN DE ACTUACIÓN DE LAS ÁREAS CIENTÍFICAS. MEMORIA DE ACTIVIDAD ANUAL DE LAS ÁREAS CIENTÍFICAS DEL IIS. PLAN DE INTEGRACIÓN		
N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
1.2.5.1	<p>La investigación del IIS está organizada en torno a áreas científicas, o programas científicos, a las que el plan de actuación asigna la siguiente función:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estructurar la actividad científica de los grupos de investigación que abordan y comparten un área común de conocimiento. 	<p>El plan de actuación aporta información sobre cómo desarrollará esta función. Actas de las reuniones de áreas científicas en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, para verificar el desarrollo de esta función.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) y 11.1.b)</p>
1.2.5.2.	<p>La investigación del IIS está organizada en torno a áreas científicas, o programas científicos, a las que el plan de actuación asigna la siguiente función:</p> <ul style="list-style-type: none"> Potenciar la interacción y cooperación científica entre los grupos que conforman cada área y entre las áreas. 	<p>El plan de actuación aporta información sobre cómo desarrollará esta función. Actas de las reuniones de áreas científicas en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, para verificar el desarrollo de esta función.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) y 11.1.b)</p>

<p>1.2.5.3.</p>	<p>La investigación del IIS está organizada en torno a áreas científicas, o programas científicos, a las que el plan de actuación asigna la siguiente función:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proponer al Comité Científico Interno objetivos científicos del área e indicadores que permitan evaluar su grado de cumplimiento. 	<p>El plan de actuación aporta información sobre cómo desarrollará esta función. Actas de las reuniones de áreas científicas en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, para verificar el desarrollo de esta función.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) y 11.1. b)</p>
<p>1.2.5.4.</p>	<p>La investigación del IIS está organizada en torno a áreas científicas, o programas científicos, a las que el plan de actuación asigna la siguiente función:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer propuestas para el plan estratégico y para sus actividades anuales. 	<p>El plan de actuación aporta información sobre cómo desarrollará esta función. Actas de las reuniones de áreas científicas en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, para verificar el desarrollo de esta función.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) y 11.1. b)</p>
<p>1.2.5.5.</p>	<p>La investigación del IIS está organizada en torno a áreas científicas, o programas científicos, a las que el plan de actuación asigna la siguiente función:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proponer anualmente al CCI las necesidades de formación de los grupos que conforman el área, orientadas al cumplimiento de los objetivos científicos. 	<p>El plan de actuación aporta información sobre cómo desarrollará esta función. Actas de las reuniones de áreas científicas en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, para verificar el desarrollo de esta función.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud. RD: art. 4 b) y 11.1. b)</p>

1.2.5.6.

Existe un plan de integración de la actividad de las áreas para el cumplimiento de los objetivos del plan estratégico del IIS. Se evalúa anualmente el nivel de cumplimiento de los objetivos que establece el plan. Se verifica el cumplimiento de los objetivos anuales.

Evidencias de la actividad conjunta de grupos/investigadores de las diferentes instituciones que forman el IIS: proyectos, publicaciones, seminarios, etc. Verificar el nivel de cumplimiento de los objetivos anuales del plan de integración.

Para verificarlo se incluirán preguntas específicas en las entrevistas a los investigadores y demás personal del IIS, sobre su conocimiento del mismo y la valoración de su utilidad.

Periodo evaluado: 5 años previos al año de solicitud.

RD: art. 5 j)

REDES

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.1.5.	Los grupos del IIS forman parte de, al menos, ocho redes o consorcios de investigación cooperativa reconocidos legalmente, RETIC, CIBER y plataformas u otras figuras similares que en el futuro puedan constituirse.	<p>Ver web correspondiente a cada uno. Evidencias documentales de la participación activa en las redes/consorcios/plataformas (código asignado a los grupos miembros de las mismas/publicaciones, asistencia a reuniones, participación en los órganos de dirección, etc.).</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente >12; Aceptable 8-11; No cumple <8</p> <p>RD: art. 5 i)</p>

2.2.1.6.

El IIS participa, al menos, en dos redes o plataformas internacionales tales como EATRIS, ECRIN, COST.

Evidencias documentales de la participación activa en las redes/plataformas (código asignado a los grupos miembros de las mismas/publicaciones, asistencia a reuniones, participación en los órganos de dirección, etc.).

Periodo de evaluación: año anterior al de solicitud.

Umbrales: Excelente ≥ 4 ; Aceptable 2-3; No cumple < 2

RD: art. 5 j)

REGISTRO DE INVESTIGADORES

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.2.2.11	Tiene actividad asistencial al menos un 40 % de los IP con proyectos públicos competitivos, de ámbito estatal, europeo o internacional, activos en los últimos 5 años.	<p>Cálculo: $(N.º \text{ de investigadores asistenciales IP de, al menos, 1 proyecto en los últimos 5 años} / N.º \text{ de IP de al menos 1 proyecto en los últimos 5 años del IIS}) \times 100$.</p> <p>Proyectos públicos competitivos: proyectos financiados en convocatorias públicas de concurrencia competitiva. En caso de proyectos con dos IP, solo se contabiliza para 1 IP.</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente $\geq 60\%$; Aceptable 40-59%; No cumple $< 40\%$ RD: art. 11.1 c)</p>

2.2.2.12	Hay al menos 20 investigadores en formación (correspondencia con el perfil R1 de la clasificación europea EURAXESS de perfil investigador).	<p>Relación de investigadores en formación de los últimos 5 años, a fecha de cierre 31 de diciembre del año previo a la visita de auditoría.</p> <p>Clasificación de perfil investigador: https://euraxess.ec.europa.eu/europe/career-development/training-researchers/research-profiles-descriptors</p> <p>Periodo de evaluación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente >40; Aceptable 20-40; No cumple <20 RD: art. 11.1 c)</p>
2.2.2.14	Al menos el 10 % de los grupos son grupos emergentes.	<p>Cálculo: $(N.º \text{ total de grupos emergentes} / N.º \text{ total de grupos consolidados y emergentes del IIS}) \times 100$. Registro de grupos del IIS a 31 de diciembre del año anterior al de solicitud. Ver Glosario para la definición de grupo emergente.</p> <p>Periodo de evaluación: año anterior al de solicitud.</p> <p>Umbrales: Excelente >20 %; Aceptable 10-20 %; No cumple- <10 % RD art. 11.1 c)</p>
2.2.2.15	Al menos el 15 % de los IP serán investigadores de perfil R2 (Juan Rodés...) o R3 (Miguel Servet, Ramón y Cajal...) de la clasificación europea EURAXESS de perfil investigador.	<p>Cálculo: $(N.º \text{ de investigadores IP de al menos 1 proyecto en los últimos 5 años con perfil R2 o R3 (EURAXESS)} / N.º \text{ total de IP de al menos 1 proyecto en los últimos 5 años del IIS}) \times 100$.</p>

2.2.2.16

Los investigadores del IIS que son personal de Atención Primaria alcanzan, al menos, un porcentaje del 5 % o un número de 30 investigadores.

Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.
Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.

Clasificación de perfil investigador:

<https://euraxess.ec.europa.eu/europe/career-development/training-researchers/research-profiles-descriptors>

Umbrales: Excelente ≥ 30 %; Aceptable 15-29 %; No cumple- <15 %

Seleccionar una de las siguientes formas de cálculo:

- $(N.^{\circ} \text{ de investigadores del IIS personal de AP} / N.^{\circ} \text{ de investigadores del IIS}) \times 100$.
- Número de investigadores del IIS, personal de AP.

Registro de investigadores del IIS a 31 de diciembre del año anterior a la solicitud.

Periodo de evaluación: año anterior al de solicitud.

Umbrales: Excelente ≥ 10 % (>50); Aceptable 5-9 % (30-50);

No cumple- <5 % (<3)

RD: art. 11.1 c)

2.2.2.17

Los investigadores del IIS que desarrollan investigación en cuidados de salud alcanzan, al menos, un porcentaje del 4 % o un número de 25 investigadores.

Seleccionar una de las siguientes formas de cálculo:

- $(N.^{\circ} \text{ de investigadores que participan en investigación en cuidados de salud} / N.^{\circ} \text{ de investigadores del IIS}) \times 100.$
- Número de investigadores en el ámbito de cuidados de salud.

Registro de investigadores del IIS a 31 de diciembre del año anterior a la solicitud.

Periodo de evaluación: año anterior al de solicitud.

Umbrales: Excelente $\geq 10\%$ (>45); Aceptable 4-9 % (25-45);

No cumple- $< 4\%$ (<25)

RD: art. 11.1 c)

PROYECTO CIENTÍFICO COMPARTIDO

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.3.1.1	El PCC entre los centros integrados del IIS especifica: Las áreas científicas con su plan científico que incluye objetivos, líneas científicas comunes y actuaciones para su desarrollo.	Verificar si este contempla: <ul style="list-style-type: none"> • Planificación. • Priorización de líneas estratégicas. • Innovaciones (a 5 años vista). • Dimensión de género.
2.3.1.2	El PCC especifica: La priorización de líneas estratégicas de investigación.	
2.3.1.3	El PCC especifica: Innovaciones en salud (ver Glosario) que el IIS quiere desarrollar.	

Periodo evaluado: año previo al año de solicitud.

RD: art. 5 c)

2.3.1.4	El PCC incluye acciones para promover la integración de la dimensión de género en los contenidos de la investigación e innovación que se desarrolla.	<p>Identificar acciones realizadas en los 12 meses previos a la solicitud de acreditación.</p> <p>Periodo evaluado: año previo al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 5 c)</p>
2.3.1.5	El sistema de monitorización y de evaluación del PCC, con indicadores y cronograma se cumple en, al menos, un ciclo completo.	<p>Deben especificar los indicadores que se van a monitorizar y con qué periodicidad. Verificar la evaluación anual de los indicadores establecidos.</p> <p>Periodo evaluado: año previo al año de solicitud.</p>

ÉTICA, BUENAS PRÁCTICAS E INTEGRIDAD EN LA INVESTIGACIÓN

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
2.3.3.1	Existe una guía o código interno en materia de buenas prácticas científicas, integridad y ética en investigación, siguiendo al menos los incluidos en el <i>Código Europeo de Conducta para la Integridad en Investigación</i> de ALLEA.	<p>Verificar documentalmente la adecuación de la Guía de buenas prácticas en investigación del IIS al <i>Código Europeo de Conducta</i> para la integridad de la investigación. (<i>The European Code of Conduct for Research Integrity, Revised Edition</i>, ALLEA).</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al de solicitud de acreditación.</p> <p>RD: art. 4 h), 11.1 c)</p>

2.3.3.2	El IIS realiza acciones para la implementación y seguimiento de los principios contenidos en la guía o código interno.	<p>Cálculo: Promedio del número de acciones realizadas anualmente en el periodo evaluado. Verificar documentalmente. Entrevistas.</p> <p>Periodo evaluado: 5 años anteriores al de solicitud de acreditación.</p> <p>Umbrales: Excelente >5; Aceptable 2-5; No cumple <2</p> <p>RD: art. 4 h) y 11.1 c)</p>
2.3.3.3	Existe un órgano y procedimientos establecidos para la gestión y resolución de conflictos en relación a buenas prácticas científicas e integridad de la investigación.	<p>Verificar documentalmente. Analizar algún ejemplo seleccionado por el equipo auditor entre la relación de conflictos gestionados durante los últimos 5 años aportado por el IIS. Entrevistas con los investigadores sobre el conocimiento y valoración de estos procedimientos.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud.</p> <p>Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RD: art. 4 h) y 11.1 c)</p>
2.3.4.5	El IIS facilita apoyo para la creación de planes de gestión de datos (PGD) de investigación.	<p>El IIS debe explicar cómo realiza este apoyo.</p> <p>Verificar documentalmente o con entrevistas.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>RD: art. 11.1 c) RRI</p>

PARTICIPACIÓN DE ACTORES CLAVE NO CIENTÍFICOS

N.º Código	Criterio de calidad	Observaciones
3.2.3.1	El IIS ha contado con la participación de actores clave no científicos en alguna fase durante el diseño del plan estratégico.	<p>Actor clave no científico: no investigador del IIS, ni de cualquier otra procedencia. Glosario: ver definición de actor clave y de participación. Verificar con el equipo directivo y en documentación de las reuniones para diseño del plan estratégico vigente.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
3.2.3.2	El IIS ha contado con la participación de actores clave no científicos durante la priorización de líneas de investigación.	<p>Verificar con el equipo directivo y en registros/actas de las reuniones para la priorización.</p> <p>Periodo de evaluación en acreditación: 5 años anteriores al de solicitud. Periodo de evaluación en reacreditación: 2 años anteriores al de solicitud.</p> <p>RRI</p>
3.2.3.3	El IIS cuenta con la participación de actores clave no científicos en la captación de recursos.	<p>Verificar con el equipo directivo.</p> <p>Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud.</p> <p>RRI</p>

3.2.3.4	Los actores clave no científicos participan en los órganos de gobierno.	Actas de las reuniones de órganos de gobierno durante el periodo evaluado. Periodo evaluado: año anterior al año de solicitud. RRI
3.2.3.5	En proyectos de investigación de los 2 últimos años hay participación de actores clave no científicos en el diseño y desarrollo de la investigación. (Ver Glosario, definición de participación).	Cálculo: $(\text{Proyectos de investigación con participación de actores clave no científicos} / \text{Proyectos de investigación realizados en el IIS en los últimos 2 años}) \times 100$. Periodo evaluado: 2 años anteriores al año de solicitud. Umbrales: Excelente $\geq 50\%$; Aceptable 10-49 %; No cumple $< 10\%$ RRI