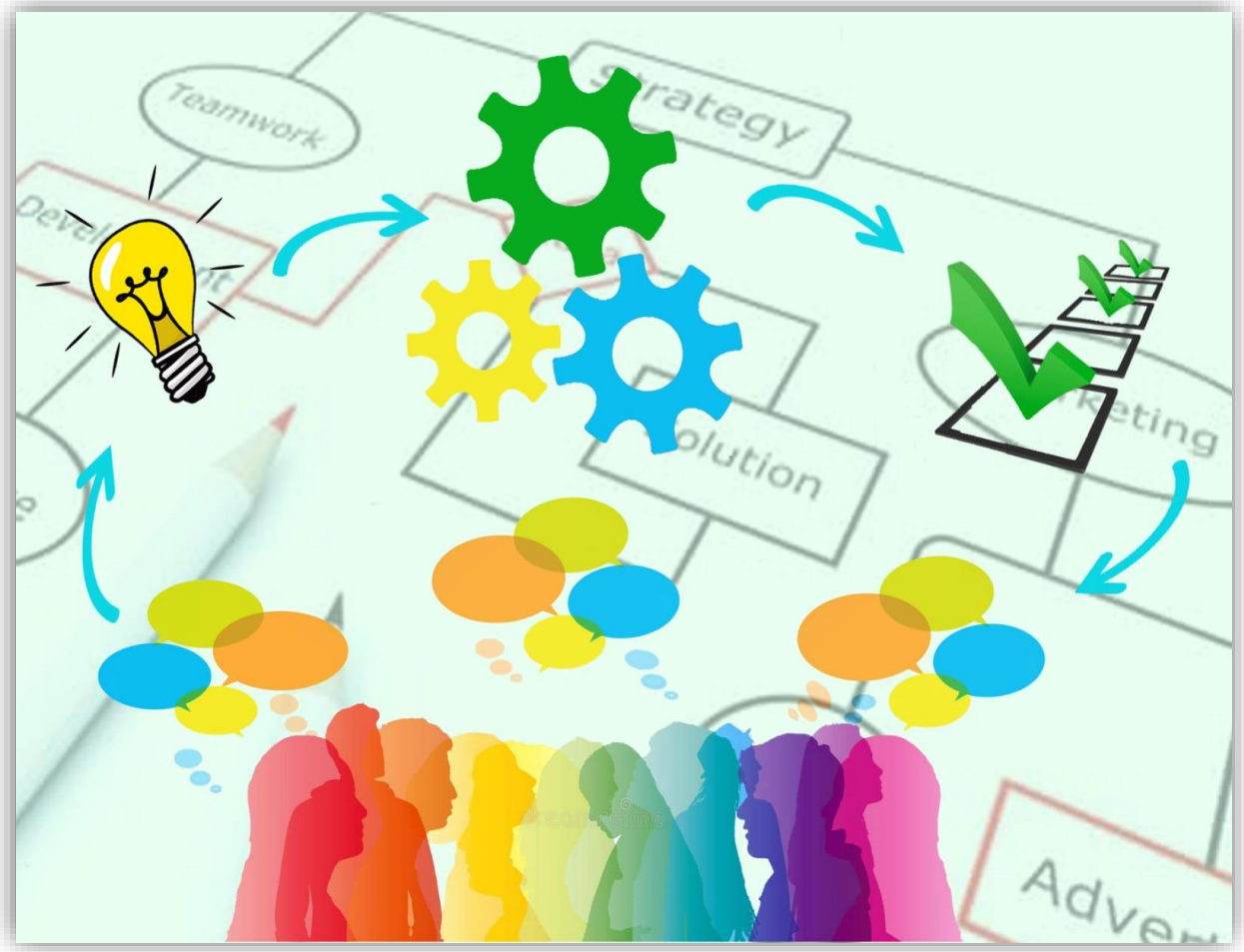
Castilla-La Mancha

PLAN REGIONAL DE CALIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

“Organizaciones de aprendizaje” 2021-2025



INFORME DE SEGUIMIENTO 2024

Elaborado por *el Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia. Marzo 2025*

Revisado por *la Dirección General de Cuidados y Calidad. Mayo 2025*

Validado por *la Comisión de Seguimiento del Plan de Salud. Junio 2025*

Aprobado por *el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad. Julio 2025*

MACROGESTIÓN DEL PLAN

El Plan Regional de Calidad (PRC) es un instrumento para la excelencia clínica y de gestión, para la transformación de las organizaciones sanitarias, centrado en los pacientes y profesionales y en sus necesidades, bajo la filosofía de **mejora continua**.

Visión

Colaboración multidisciplinar y multisede de profesionales del SESCAM que trabajan de forma autónoma pero coordinada para mejorar la calidad asistencial. Se fomenta la **gestión del talento y el conocimiento**, impulsando la incorporación de nuevos profesionales en la implantación y mejora de modelos, procesos y buenas prácticas regionales, y favoreciendo la cooperación con otros grupos y organizaciones.

Metodología

Elemento fundamental para que el PRC tenga un impacto real en los profesionales y ciudadanos.

Herramientas utilizadas: **Gestión por procesos, LEAN, Gestión de proyectos de mejora, método científico aplicado a la gestión, evaluación de resultados**...Incorpora elementos para una transformación de la cultura en organizaciones de alta complejidad: mentorazgo, liderazgo y reconocimiento institucional.

Misión

Siguiendo el **modelo de gestión por procesos** se estructuran grupos de trabajo con capacidad técnica, operando a través de **tres procesos clave**:

-Implantación y seguimiento de modelos de gestión.
-Estandarización regional de buenas prácticas.
-Estandarización y mejora de procesos asistenciales integrados.

Todos los demás actúan como **procesos de soporte o estratégicos** de estos tres.

En 2024, se ha reestructurado la organización de procesos y grupos, priorizando la **seguridad del paciente y cuidados** y reforzando la **identificación de necesidades** y **expectativas de los pacientes**.

El **Nuevo Mapa de Procesos,** actualizado a fecha 28 de mayo 2024, fue presentado en la **Reunión Anual de profesionales del PRC,** celebrada el 17 de junio 2024 en la Facultad de Farmacia de Albacete. 80 asistentes, pertenecientes a las distintas Gerencias y Direcciones Generales del SESCAM.

Atendiendo a la nueva definición del mapa de procesos, en el Plan regional de Calidad participan 87 profesionales que trabajan en los diferentes grupos establecidos.

ACTIVIDAD DE PROCESOS

1. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN

Plataforma digital para mejorar la información de los sistemas de calidad y hacer ésta más accesible a profesionales y usuarios. **17 reuniones** para elaboración de los nuevos pliegos de licitación.

Integración de los sistemas de calidad con la tecnología de la información, para garantizar la optimización de los circuitos de documentación y registro de la mejora continua en las organizaciones sanitarias.

2. MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN

Objetivo: Ofrecer la mejor asistencia sanitaria posible y cuidar de forma integral a nuestras y nuestros profesionales, haciéndolos sentir elementos activos y con valor en el desarrollo de nuestras organizaciones.

Certificación en calidad según ISO 9001:2015

- Ampliación del número de procesos que han obtenido la certificación en 2024. Incremento del 7% respecto de los dispositivos incluidos en los alcances en 2023.
- Ya existen **165 servicios/dispositivos** trabajando con un sistema de gestión basado en esta norma.

Certificación en calidad según ISO 14001:2015

- Sirve de guía para promover prácticas respetuosas con el medio ambiente.
- **6 nuevas gerencias del SESCAM** han obtenido la certificación. **9 nuevas ubicaciones:** Hospital Universitario de Toledo, Hospital de Manzanares, CS Puertollano-4, CS Cuenca-1, CS Cuenca-2, CS Cuenca-3, CS Cuenca-4, Hospital de Hellín y Hospital Nacional de Parapléjicos.

Sistema de gestión integrado ISO 9001- ISO 14001 Implantado en **12 gerencias** (Tomelloso, Villarrobledo, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Almansa, Guadalajara, Hellín, Hospital Universitario de Toledo, Manzanares, Puertollano (CS), Cuenca (CS) y Hospital Nacional de Parapléjicos) **y Servicios Centrales del SESCAM.** Más del 72% del peso específico de todo el SESCAM.

Consultoría de gestión: **4 actividades de consultoría** con las 6 nuevas gerencias incorporadas en 2024 al SGA ISO 14001:2015: Hospital Universitario de Toledo, Hospital de Manzanares, Puertollano (1 CS), Cuenca (4 CS), Hospital de Hellín y Hospital Nacional de Parapléjicos.

Presentación de 6 Comunicaciones orales: acerca de proyectos de éxito implantados en nuestras organizaciones:

- *"Proyecto Regional de Disminución del Impacto Ambiental Sanitario".*
- *"Implantación de un sistema de gestión ambiental en un hospital de 2º nivel".*
- *"Aplicando la mejora, a partir de la calidad percibida".*
- *"Continuidad asistencial, acompañando al Paciente Crónico Complejo".*
- *"Reconociendo el talento y valorando los recursos".*
- *"Proyecto diseño de un sistema de gestión integrado de la calidad, aplicando la metodología Lean a la gestión de la satisfacción y experiencia del paciente en la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara".*

3. TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD E INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- **Procesos diseñados e implementados** en sistemas de información:
  - *"Atención al paciente con Hemorragia Digestiva".*
  - *"Atención al Paciente con Insuficiencia Cardiaca"*, desarrollado en la GAI de Puertollano.
  - *"Cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria"*, GAI de Villarrobledo.
- El ***"Proceso de atención integrada al paciente con insuficiencia cardíaca"*** de la GAI de Puertollano, se presentó como candidato al proceso de elección de la convocatoria "***Buenas prácticas en el marco de la Estrategia en Salud Cardiovascular***" del Ministerio de Sanidad.
- ***"Proceso de Atención al Paciente crónico complejo"***. Se ha trabajado en su estandarización.

4. ESTANDARIZACIÓN REGIONAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN, CALIDAD, CUIDADOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Creación del grupo *"Estandarización Regional de Buenas Prácticas",* que ha iniciado la determinación de sus roles y tareas, priorizando la coordinación y difusión a todas las gerencias del SESCAM de las buenas prácticas tanto en gestión, calidad, cuidados y seguridad del paciente.

5. GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DE AUDITORES INTERNOS.

Una metodología eficaz para asegurar que la asistencia que se ofrece a las personas usuarias es la adecuada y en permanente mejora, son las evaluaciones periódicas de la calidad a través de auditorías internas en las que han participado 59 auditores.

Creación del grupo *"Reconocimiento institucional de los profesionales implicados en la gestión de la calidad y proyectos de mejora"*, dirigido hacia la consecución del reconocimiento institucional recogido en un futuro Decreto, tanto de auditores internos, regulando sus funciones, como de las estructuras de calidad y de sus profesionales a través de la definición unificada de puestos, funciones, responsabilidades y recursos asociados.

6. BOLSA DE TALENTO EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM

Programa de formación *"bolsa de talento"* para mejorar competencias en gestión de la mejora, han participado **135 profesionales, 187 horas de formación. Satisfacción global media: 4,64/5**.

Bolsa de Mentores. 9 profesionales han terminado su formación teórica y práctica.

Programa formativo de rotación de residentes especialistas (EIR, MIR, PIR…) ha continuado su desarrollo durante 2024.

7. BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA

Definición de los criterios y pasos necesarios para identificar con rigor científico las Buenas Prácticas que se están llevando a cabo en nuestro sistema sanitario.

8. INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Circuito para detección de necesidades formativas en investigación para los miembros del PRC, para organizar cursos que mejoren sus competencias en metodología de la investigación y en difusión de los resultados en salud.

Circuito de asesorías sobre apoyo metodológico y estadístico a través de documentos que les sirva de ayuda y guía para generar proyectos de investigación.

Promoción de resultados en investigación. Disponible un **repositorio digital de convocatorias y ayudas**, de envío mensual a todos los miembros del Plan Regional.

Confección anual de memoria, que incluye indicadores y actividades y supone una oportunidad para la toma de decisiones y la mejora en cualquier iniciativa en gestión de la calidad y mejora.

https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20250218/prc-mm-00_v1_memoria_prc_17-02-25.pdf

9. SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD

Monitorización de 100 indicadores, impulsando la valoración de la necesidad de conocer y saber utilizar los conceptos de medición de la prestación, su cuantificación y valoración económica.

Se busca que a partir de la eficacia de los procesos sanitarios se avance hacia la eficiencia de los mismos sin dejar de prestar atención a su efectividad.

10. EXPERIENCIA DEL PACIENTE: PREMS Y PROMS

Los PREMS (del inglés *Patient Reported Experience Measures*) y PROMS (del inglés *Patient Reported Outcomes Measures*) hacen referencia a la experiencia reportada por el paciente en la atención médica.

Conociendo la experiencia de las personas usuarias y la percepción de su estado de salud se busca **promover decisiones estratégicas basadas en la evidencia,** que permitan optimizar los procesos asistenciales y garantizar una mejora continua en la calidad de la atención sanitaria.

11. IDENTIFICACIÓN DE VULNERABILIDADES. ATENCIÓN A LA VULNERABILIDAD

Objetivo: detectar las necesidades específicas de grupos de pacientes con especial vulnerabilidad que, por baja representatividad, pueden no ser detectadas por los mecanismos de detección convencionales.

Es clave la aplicación de **metodologías específicas** para favorecer la equidad de la atención sanitaria, así como la **implantación de buenas prácticas** para dar respuesta a las necesidades de pacientes con especial vulnerabilidad.

12. CONSULTORÍA EN DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE CUADROS DE MANDO

Objetivo: construcción de indicadores fiables para el seguimiento y evaluación de los procesos y proyectos llevados a cabo por el PRC, analizando la seguridad de los datos y evaluando las diversas fuentes de los mismos.

Planificado curso para la difusión y formación en las herramientas de información existentes en el SESCAM para la adecuada medición de indicadores.

Participación en la **asesoría a otros grupos del PRC** para las actividades de seguimiento y medición de proyectos de mejora, implantación de buenas prácticas y modelos integrados de gestión.

13. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD. VIABILIDAD DE PROYECTOS

Objetivo: evidenciar el coste de los procesos, en el contexto de la gestión de la calidad, su coste-utilidad, así como la viabilidad de los proyectos que se presenten, desde el punto de vista económico.

Permite **incorporar criterios de eficiencia en los procesos** objeto de estudio.

14. ORGANIZACIÓN DE LAS JORNADAS DE CALIDAD

Grupo de trabajo específico en el que se han creado los **comités organizador y científico**.

Las **II Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora del SESCAM**, previstas para celebrarse en mayo de 2025, **incorporarán aspectos bajo el epígrafe de la Seguridad del Paciente.**

El **logo** de estas jornadas será el ***"árbol metodológico"*** que representa cómo el PRC se sustenta en los profesionales, así como la firmeza en la búsqueda de la consecución de los objetivos y la respuesta a las expectativas de profesionales y pacientes. También representa la flexibilidad para lograr la adaptación a los cambios en el contexto interno y externo. Su asentamiento en el terreno de la ciencia y la investigación permite, a través del intercambio científico de hallazgos y evidencias, contribuir a la mejora en la gestión y atención de los pacientes.

Puede consultar el Plan Regional de Calidad, en el siguiente enlace:
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20220705/plan_regional_calidad_clm.pdf