



Castilla-La Mancha



sescam



Plan Regional de Calidad de Castilla-La Mancha

“Organizaciones de aprendizaje”
2021 - 2025



Castilla-La Mancha



sescam

Elaborado por Equipo Coordinador del Plan Regional de Calidad. Coordinación Regional de Calidad y Mejora de la Dirección General de Cuidados y Calidad. Marzo 2022
Revisado por Dirección General Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Mayo 2022
Validado por Comisión de Seguimiento del Plan de Salud. Junio 2022
Aprobado por Consejo de Dirección Consejería Sanidad. Julio 2022



PRESENTACIÓN

El amplio proceso de participación promovido por parte del Gobierno regional a través de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud para diseñar el **Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025** definió las orientaciones esenciales para alcanzar que nuestra población tenga la mejor situación de salud, con un abordaje amplio e integral también de la asistencia sanitaria.

En este marco, es principal un **cambio del modelo sanitario** para conseguir los resultados en salud que se pretenden, promoviendo la evolución del sistema hacia un **cambio de la cultura organizacional** en las instituciones sanitarias para una mejor respuesta a las necesidades y demandas contemporáneas.

Con la implicación de un elevado número de profesionales, más de 3.000 a quienes expresamente quiero agradecer su labor, talento y compromiso, podemos presentar el **Plan Regional de Calidad de Castilla-La Mancha, Organizaciones de aprendizaje 2021-2025**, como un instrumento para la transformación de las organizaciones sanitarias mediante procesos para la excelencia clínica y de gestión, centrada siempre en los pacientes y en sus necesidades.

Es un modelo para continuar nuestra aproximación al paradigma de las **organizaciones sanitarias de alto rendimiento**, que se caracterizan por la búsqueda incesante de la máxima calidad en la prestación de servicios y el máximo desarrollo de las personas que integran la organización más allá de mejoras puntuales.

Este Plan tiene dos líneas estratégicas principales: la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria y el respeto por los profesionales y por el conocimiento de la organización. A su vez, estas líneas se desarrollan a través de los objetivos estratégicos, que son: el mantenimiento e implantación de modelos integrados de gestión; la transformación, sostenibilidad e innovación en procesos asistenciales; la gestión del talento de las personas y la gestión del conocimiento de la organización.



Como todo documento estratégico es dinámico, vivo y flexible, debiendo responder la implantación de modelos de gestión a la evolución de las necesidades de profesionales y pacientes, a las características de cada ámbito de actuación y a los recursos disponibles, teniendo como fortaleza la experiencia acumulada de otros modelos de éxito de la propia organización y otras similares como base. Por lo tanto, una planificación al servicio de los profesionales de la salud y de la ciudadanía de Castilla-La Mancha para los próximos años.

Jesús Fernández Sanz

Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha



La Calidad es sinónimo de superioridad o excelencia, y la calidad de nuestro Sistema Sanitario, debe ser también la **excelencia de la asistencia sanitaria** que prestamos a la ciudadanía y a sus necesidades, así como la constante evolución e innovación junto a ella y poniendo al servicio de su salud todo el método y conocimiento científico disponibles.

Tenemos la responsabilidad de promover **mejores resultados en salud** desde la promoción de hábitos saludables y la prevención, mediante el establecimiento de actuaciones que perfeccionen la respuesta asistencial en todos los ámbitos, tanto de la Atención Primaria como Hospitalaria, con un modelo que debe ser comunitario, sostenible, humano y centrado en las personas, en constante evolución y mejora, apoyado en la participación, la formación y la investigación.

El **Plan Regional de Calidad de Castilla-La Mancha, Organizaciones de aprendizaje 2021-2025**, es un instrumento de cambio y de mejora continua, aprendiendo del valor de la colaboración, del trabajo en red, que ya se ha evidenciado como un valor en la implicación en su diseño de más de 3.000 profesionales de todas las organizaciones sanitarias, y con un equipo de coordinación de 60 personas, imprescindibles en este proceso y a quienes agradezco su gran esfuerzo.

Es un plan de personas y de sociedad, dinámico y participativo, que debe ir cambiando con el entorno y las circunstancias que sobre él impactan. Con él se pretende que la gestión de la Calidad sea multiprofesional y multidimensional, y que cada organización sanitaria tenga la competencia de decidir qué planes de acción son prioritarios para su implantación en función de su contexto, necesidades y recursos. Uno de los principios fundamentales del plan es que **“el cambio debe surgir de la necesidad”**.

“Nosotros tenemos que ser el cambio que queremos ver en el mundo” (Gandhi).

Begoña Fernández Valverde
*Directora General de Cuidados y Calidad
Servicio de Salud de Castilla La Mancha*



CO-DIRECTORES DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD

Nuestra organización la conforman personas unidas en la atención de las necesidades clínicas, psicológicas y sociales de personas. Trabajando por la excelencia mejoramos como profesionales y como personas, alcanzándola mejoramos como sociedad. El Plan Regional de Calidad nos orienta hacia esa excelencia.

Seamos grandes personas en una gran organización.

Óscar Herráez Carrera

*Jefe de Unidad de Investigación, Docencia, Formación y Calidad
Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan*

El sistema sanitario es extremadamente complejo, a la vez que atesora un gran potencial. El máximo aprovechamiento de este potencial depende de la conjunción de tres elementos: profesionales, recursos y personas, o lo que es lo mismo, ciencia, eficiencia y valor humano. Hagamos que la calidad en la asistencia sanitaria no sea un “además”, sino un “así somos”. Pasemos del modelo de supervivencia a un modelo de crecimiento.

Andrés Tintero Alarcón

*Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente. Responsable de Humanización
Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real*



El paciente es nuestra razón de ser, gestionemos el gran talento que hay en nuestra organización dotando a los profesionales de los principios, modelos y herramientas de gestión que les permitan mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Creamos lo que creemos.

Creemos que es posible.

María Ángeles Tébar Betegón

*Coordinadora Regional de Gestión de la Calidad y Mejora
Servicio de Salud de Castilla la Mancha*



AUTORES

MIEMBROS DEL EQUIPO COORDINADOR DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD

MIEMBROS EQUIPO COORDINADOR DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD "ORGANIZACIONES DE APRENDIZAJE"	
NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONALES	GERENCIA / ORGANIZACIÓN
JESÚS GARCÍA VERDUGO	GABINETE CONSEJERO SANIDAD
PASCUAL SEGOVIA ARMERO	G.A.I. ALBACETE
M ^a JESÚS GONZÁLEZ GONZÁLEZ	G.A.I. ALBACETE
TRINIDAD CAÑUELO MERINO	G.A.I. CIUDAD REAL
ANTONIO ALBERTO LEÓN MARTIN	G.A.I. CIUDAD REAL
JESÚS F. LEÓN HERNÁNDEZ	G.A.I. CIUDAD REAL
MARÍA ARMENTEROS LECHUGA	G.A.I. CIUDAD REAL
LAURA COLLADA FERNÁNDEZ	G.A.I. CIUDAD REAL
FRANCISCO JAVIER GÓMEZ ROMERO	G.A.I. CIUDAD REAL
ALFONSO SANTAMARÍA SÁNCHEZ	G.A.I. VALDEPEÑAS
JESÚS MÁXIMO LOZANO GONZÁLEZ	G.A.I. VALDEPEÑAS
CARMEN DEL OLMO BERNAL	G.A.I. VALDEPEÑAS
ANDRÉS TENDERO ALARCÓN	G.A.I. VILLARROBLEDO
CARLOS JOSÉ LÓPEZ HERNÁNDEZ	G.A.I. VILLARROBLEDO



NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONALES	GERENCIA / ORGANIZACIÓN
FERNANDO CALERO LEGIDOS	G.A.I. VILLARROBLEDO
ALFONSO LUIS BLÁZQUEZ MANZANERA	G.A.I. VILLARROBLEDO
DAVID SERNA GARCIA	G.A.I. TOMELLOSO
CARMEN SANCHEZ-BLANCO LOPEZ MOZOS	G.A.I. TOMELLOSO
ENRIQUE GALAN DORADO	G.A.I. TALAVERA DE LA REINA
FRANCISCO JAVIER PACHECO JIMENEZ	G.A.I. TALAVERA DE LA REINA
ALBERTO PEINADO HERNANDEZ	G.A.I. TALAVERA DE LA REINA
M ^ª ANGUSTIAS TORRES ALAMINOS	H.N. PARAPLÉJICOS
ÓSCAR HERRÁEZ CARRERA	G.A.I. ÁLCAZAR DE SAN JUAN
GLORIA LORENTE GRANADOS	G.A.I. ÁLCAZAR DE SAN JUAN
MERCEDES MARTÍN BLÁZQUEZ	G.A.P. TOLEDO
ALEJANDRO VILLARÍN CASTRO	G.A.P. TOLEDO
FERNANDO BEDOYA GARCÍA	G.A.E. TOLEDO
MIGUEL ARAÚJO ORDÓÑEZ	G.A.E. TOLEDO
CARMEN COELLO DE PORTUGAL CASANA	G.A.E. TOLEDO
JOSÉ MANUEL GÓMEZ GARCÍA	G.A.I. ALMANSA
JENY RODRÍGUEZ CORONADO	G.A.I. ALMANSA
JUAN MANUEL RIUS PERIS	G.A.I. CUENCA
VALERIA REYNOLDS CORTEZ	G.A.I. CUENCA



NOMBRE Y APELLIDOS PROFESIONALES	GERENCIA / ORGANIZACIÓN
M ^a EUGENIA MEDINA CHOZAS	GUETS
ANTONIO GARCIA BLANCO	SECRETARIA GENERAL SESCAM
ANTONIO PÉREZ JIMENEZ	G.A.I. GUADALAJARA
CARLOS RODRIGUEZ SÁNCHEZ-BEATO	G.A.I. GUADALAJARA
MILKO MARIO TORRES DE CASTRO	G.A.I. GUADALAJARA
FRANCISCO VECINA VECINA	G.A.I. HELLÍN
JUAN MADRONA TÁRRAGA	ATI
JOSÉ SACRISTÁN PARÍS	ATI
JUSTO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	ATI
ELADIO LINARES MORCILLO	ATI
ROSA M ^a JURADO MONROY	G.A.I. PUERTOLLANO
DANIEL GARCÍA FUERTES	G.A.I. PUERTOLLANO
BEATRIZ ORTEGA GONZÁLEZ	G.A.I. MANZANARES
SHAILA RUIZ DE LARA	G.A.I. MANZANARES
M ^a ÁNGELES TÉBAR BETEGÓN	DGCC
M ^a DEL MAR ALDANA MOYA	DGCC
ESTRELLA ROBLES GONZÁLEZ	DGCC
MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ	DGCC
RUBÉN MARÍN SÁNCHEZ	DGCC



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
AUTORES. MIEMBROS DEL EQUIPO COORDINADOR DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. PLAN REGIONAL DE CALIDAD “ORGANIZACIONES DE APRENDIZAJE” 2021-2025	28
2.1. ENFOQUE	28
2.2. JUSTIFICACIÓN	31
2.3. OBJETIVO GENERAL.....	33
2.4. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.....	33
2.5. ESTRUCTURA DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD	37
2.6. EQUIPO COORDINADOR DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD	42
3. PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.	44
4. BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXO 1	48
FICHAS DE PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD	48
1. PROCESO: ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN	48
1.1 LÍNEA ESTRATÉGICA.....	48
1.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	48



1.3	CODIRECTOR	48
1.4	AUTORES	48
1.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	49
1.6	GESTOR DOCUMENTAL	49
1.7	OBJETIVO GENERAL.....	49
1.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	50
1.9	INDICADORES.....	52
2.	PROCESO: MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN	53
2.1	LÍNEA ESTRATÉGICA.....	53
2.2	OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	53
2.3	CODIRECTOR	54
2.4	AUTORES	54
2.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	54
2.6	GESTOR DOCUMENTAL	54
2.7	OBJETIVO GENERAL.....	55
2.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	55
2.9	INDICADORES.....	56
3.	PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM.....	57



3.1	LÍNEA ESTRATÉGICA.....	57
3.2	OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	57
3.3	CODIRECTOR	57
3.4	AUTORES	57
3.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	57
3.6	GESTOR DOCUMENTAL	57
3.7	OBJETIVO GENERAL.....	58
3.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	58
3.9	INDICADORES.....	59
4.	PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA	60
4.1	LÍNEA ESTRATÉGICA.....	60
4.2	OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	60
4.3	CODIRECTOR	60
4.4	AUTORES	60
4.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	60
4.6	GESTOR DOCUMENTAL	61
4.7	OBJETIVO GENERAL.....	61
4.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	61



4.9 INDICADORES.....	62
5. PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS DE SISTEMAS DE GESTIÓN	63
5.1 LÍNEA ESTRATÉGICA.....	63
5.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	63
5.3 CODIRECTOR	63
5.4 AUTORES	63
5.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	63
5.6 GESTOR DOCUMENTAL	63
5.7 OBJETIVO GENERAL.....	64
5.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	64
5.9 INDICADORES.....	65
6. PROCESO: BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA.....	66
6.1 LÍNEA ESTRATÉGICA.....	66
6.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	66
6.3 CODIRECTOR	66
6.4 AUTORES	66
6.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO.....	66
6.6 GESTOR DOCUMENTAL	67



6.7	OBJETIVO GENERAL.....	67
6.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	67
6.9	INDICADORES.....	68
7.	PROCESO: INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD, MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.....	69
7.1	LÍNEA ESTRATÉGICA.....	69
7.2	OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	69
7.3	CODIRECTOR	69
7.4	AUTORES	69
7.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	69
7.6	GESTOR DOCUMENTAL	69
7.7	OBJETIVO GENERAL.....	70
7.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	70
7.9	INDICADORES.....	73
8.	PROCESO: IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN.....	75
8.1	LÍNEA ESTRATÉGICA.....	75
8.2	OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	75
8.3	CODIRECTOR	75
8.4	AUTORES	75



8.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	75
8.6	GESTOR DOCUMENTAL	76
8.7	OBJETIVO GENERAL.....	76
8.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	76
8.9	INDICADORES.....	77
9.	PROCESO: SEGUIMIENTO, MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD	78
9.1	LÍNEA ESTRATÉGICA.....	78
9.2	OBJETIVO ESTRATÉGICO	78
9.3	CODIRECTOR	78
9.4	AUTORES	78
9.5	PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO	79
9.6	GESTOR DOCUMENTAL	79
9.7	OBJETIVO GENERAL.....	79
9.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO.....	79
9.9	INDICADORES.....	80



1. INTRODUCCIÓN

La Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, define en su título IV el Plan de Salud como el instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. El *Plan de Salud de Castilla La Mancha horizonte 2025* fue aprobado en Consejo de Gobierno el pasado 9 de marzo de 2021 y establece que, a lo largo del proceso de implementación, se incorporarán todas aquellas iniciativas, planes y estrategias que vayan surgiendo como desarrollo del mismo. Por tanto, incluye en su alcance el presente *Plan Regional de Calidad de Castilla-La Mancha 2021-2025*.

Adicionalmente y conforme a lo especificado en el Decreto 82/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, adscrito a la Consejería de Sanidad, es un organismo autónomo dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

En el Artículo 9 de este Decreto se establecen las funciones de la Dirección General de Cuidados y Calidad (DGCC), entre las que se encuentran aquellas que se identifican con los objetivos de este Plan:

- a) La implantación, seguimiento y evaluación continua del **sistema de gestión de calidad** definido por el SESCAM, sin perjuicio de las competencias de la Dirección-Gerencia en esta materia.



- b) La promoción de la **mejora continua de la práctica clínica**, así como la excelencia en la gestión de los procesos de atención a los ciudadanos en los centros y unidades asistenciales dependientes del SESCAM y su reconocimiento según el modelo de gestión de calidad designado por el SESCAM.

- c) La dirección y gestión de las actuaciones para la **mejora de la calidad percibida y la atención a los ciudadanos**, incluida la implantación y el desarrollo de las Cartas de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios del SESCAM, en coordinación con la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.

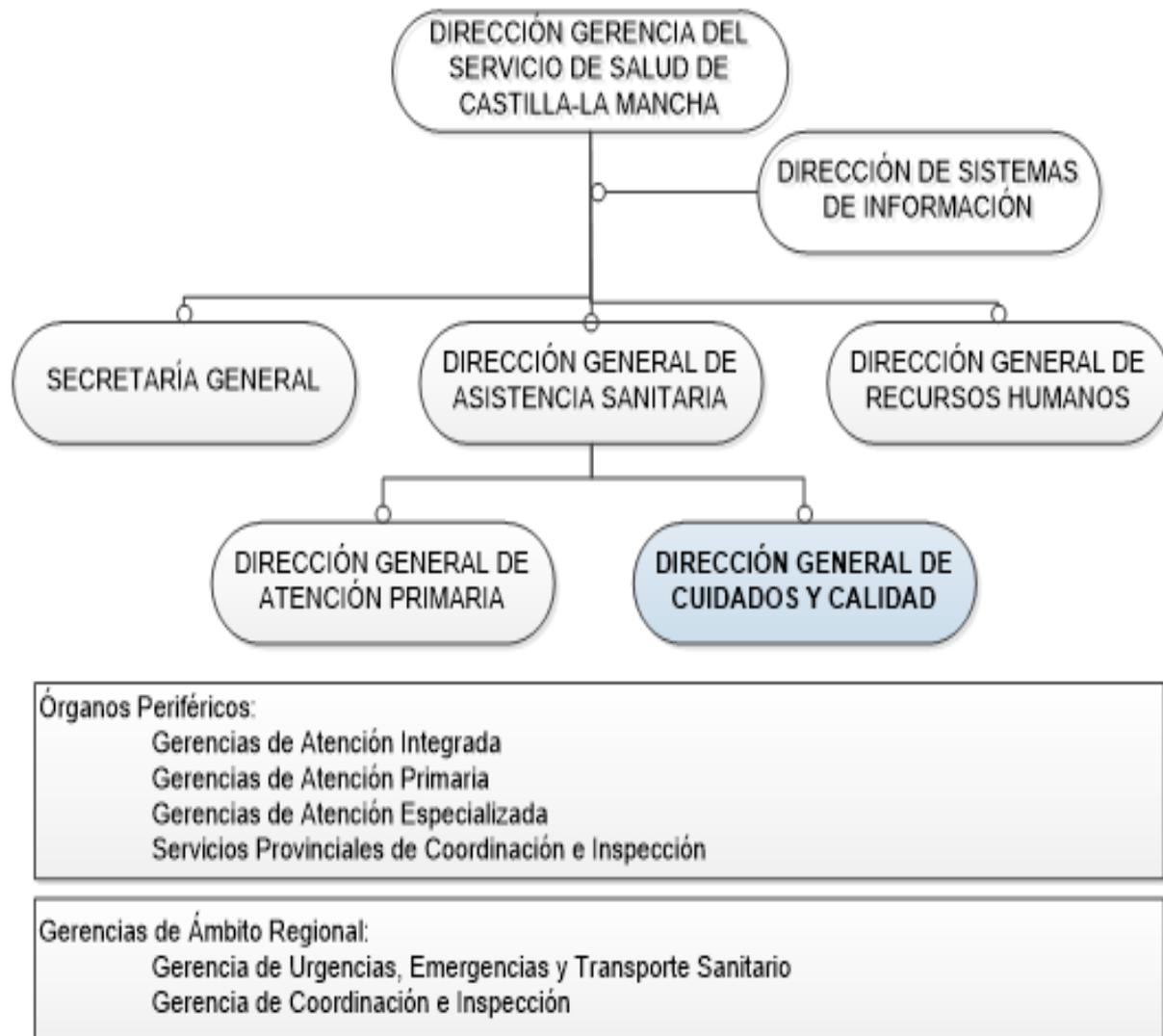


Ilustración 1. Estructura Orgánica del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha.



Para el desarrollo de estas funciones la DGCC cuenta con la siguiente estructura:

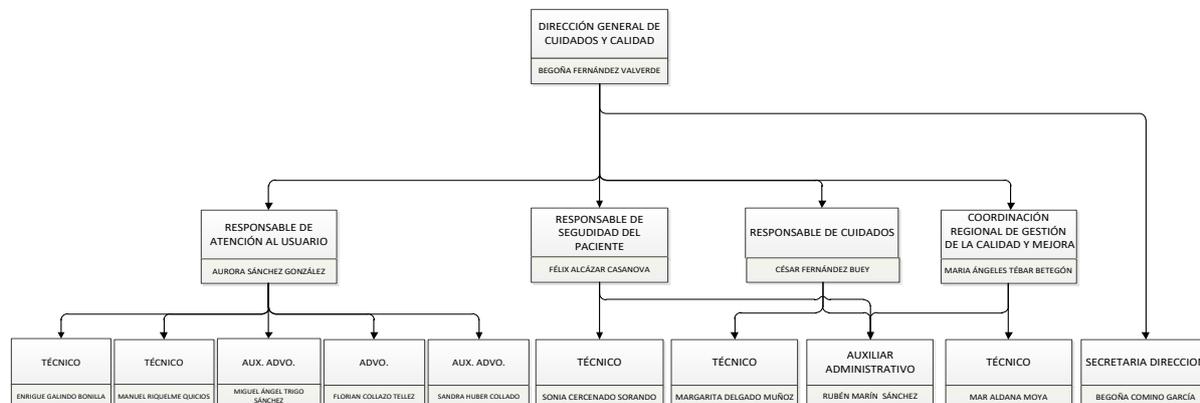


Ilustración 2. Organigrama de la DGCC.

En base a las funciones asignadas la DGCC pretende llegar a ser **un motor de transformación para la mejora del Sistema Sanitario** en nuestra región, y para conseguirlo ha consensuado que su **visión** sea:

*“Contribuir activamente en el desarrollo de una **cultura de mejora de la calidad** en la gestión y prestación de servicios sanitarios, **centrada en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y su entorno**. Mejora **basada en la evidencia científica** disponible en los ámbitos, **clínico y de gestión**, a través de la cual, se **aporte valor**, se fomente la evaluación de resultados, y se alcancen y superen estándares de **seguridad del paciente, efectividad y criterios de sostenibilidad**. Una cultura que se fundamente en el respeto a los profesionales como **principales activos de nuestra organización**, y en el establecimiento de **alianzas con otros grupos de interés**, que contribuyan a la **mejora de la salud de nuestra población**, y a la **gestión del talento y desarrollo del máximo potencial de los profesionales**.*



Además de garantizar la **protección de los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios**, la DGCC favorecerá, a través de la evaluación y análisis de la **calidad percibida**, la integración de sus necesidades, propuestas y expectativas, como oportunidades de mejora del funcionamiento de sistema sanitario.

También, la DGCC pretende contribuir a la implantación de un **modelo de cuidar** a las personas en la comunidad, que garantice la **continuidad asistencial** y la atención a personas en situaciones **de especial vulnerabilidad**. Un modelo de **excelencia en los cuidados**, en el que la **persona es el centro del proceso asistencial** y participa activamente en la toma de decisiones.”

Para la consecución de su visión la DGCC ha consensuado los **valores** que guían las decisiones y actuaciones de todos sus miembros y que son:

El respeto y la empatía, la ética profesional, el añadir valor para los clientes externos e internos y el hacer las cosas bien a la primera.

Dentro de la estructura de la DGCC, la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora (en adelante CRGCM), define dentro de sus procesos estratégicos el despliegue de la política de la DGCC, en la que asume el desarrollo operativo de los objetivos a) y b) del Decreto 82/2019. Para la consecución de estos objetivos, la CRGCM desarrolla toda su actividad en el ámbito de la macrogestión, a través de sus procesos clave. Constituye un gran equipo de trabajo a nivel regional, cuyos principales integrantes son: los miembros de las Unidades de Calidad de las Gerencias, los miembros de la bolsa de auditores internos de modelos de gestión, Equipos Directivos y grupos de profesionales que forman parte de proyectos para la mejora de la calidad asistencial promovidos por la CRGCM en desarrollo con las líneas estratégicas de la DGCC.



Para que la coordinación de este “Equipo de calidad” sea posible, la CRGCM gestiona toda su actividad en base a un sólido modelo de gestión por procesos, que ha recibido el reconocimiento externo con la certificación conforme al estándar ISO 9001:2015.

Específicamente, la actividad de macrogestión que desarrolla la CRGCM en colaboración con las unidades de calidad de las gerencias, fue presentada a la X Edición de los Premios a la Excelencia y la Calidad en la prestación de los servicios públicos de Castilla la-Mancha, en la modalidad “Premio a la Excelencia en los servicios públicos”, obteniendo un segundo premio.



Ilustración 3. Candidatura presentada a la X Edición de los Premios a la Excelencia y a la Calidad en la prestación de los servicios públicos de Castilla-La Mancha.



La mejora continua de la Calidad en la práctica asistencial implica abordar las diferentes dimensiones de la Calidad asistencial, entre las que cabe destacar las siguientes:

- **Eficiencia**, que consiste en obtener los mejores resultados con el menor consumo de recursos. Más aún, desde la perspectiva de la sostenibilidad no solo se deben abordar las necesidades actuales, sino que también debemos anticiparnos a las necesidades futuras de nuestros grupos de interés, es decir, tanto las necesidades identificadas en este momento como las potenciales. Todo ello con el objeto de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario y la adecuada prestación de la asistencia sanitaria en el futuro.
- **Adecuación**, que conlleva dar el tratamiento y los cuidados necesarios. Esto implica no dar menos de lo requerido, pero tampoco dar más de lo que la persona usuaria necesita. El abordar esta dimensión es necesario no sólo desde la dimensión del uso racional de recursos limitados, sino también desde la perspectiva de la seguridad del paciente. La sobreutilización de la atención sanitaria se correlaciona directamente con el incremento del riesgo de eventos adversos, por lo que se aborda esta dimensión desde la prevención cuaternaria. Así, cuanta más atención sanitaria no indicada damos a la persona usuaria, a mayor riesgo de iatrogenia la estamos exponiendo.
- A su vez, la **accesibilidad** implica que las prestaciones se den el lugar y momento adecuado.
- **Aceptabilidad**, hace referencia a la medida en la cual las actividades, a través de las cuales se desarrolla la asistencia sanitaria, se ajustan a las expectativas de los pacientes y familiares y otros grupos de interés.



- **Competencia científico técnica**, que se refiere a la medida en la que la práctica asistencial se aviene a la evidencia científica disponible, en el momento actual. Uno de los fundamentos del presente Plan Regional de Calidad es que la gestión sanitaria también se fundamente en la evidencia científica y en las prácticas que se han demostrado eficientes para la mejora de la calidad asistencial.
- **Seguridad del paciente**, definida como la minimización de riesgos y de daño evitable asociado a la asistencia sanitaria, a través de la implantación de métodos de barrera que atenúan el impacto o del desarrollo de prácticas seguras que disminuyan la probabilidad de ocurrencia.

Adicionalmente, y como resultado de su estrategia de concienciación y comunicación en el área de gestión de la calidad y mejora, la Coordinación Regional trabaja en red informando, formando y recibiendo la retroalimentación y participación activa en iniciativas de mejora, de un importante grupo de profesionales de las Gerencias del SESCAM. Estos profesionales han manifestado su interés en este ámbito de la gestión, tras haber participado en actividades formativas, o proyectos institucionales de mejora, promovidos por la DGCC a través de la CRGCM.

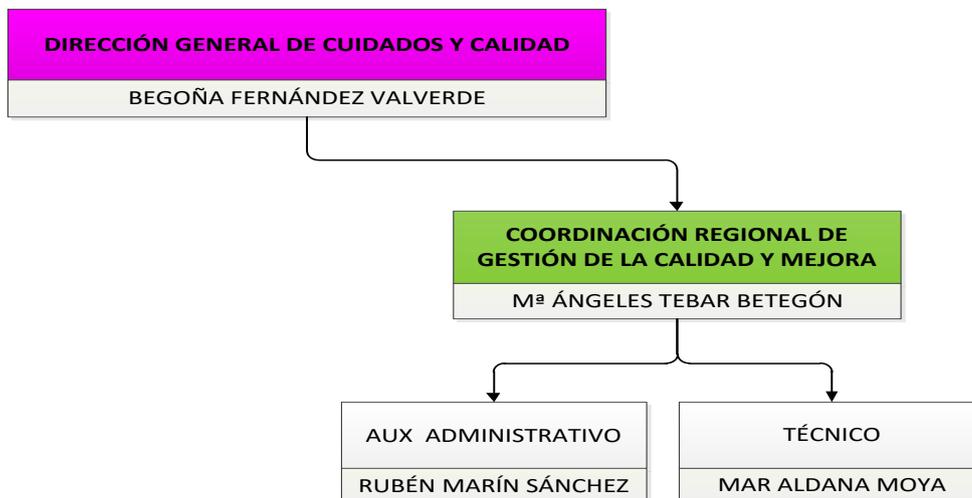


Ilustración 4. Organigrama de la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora.

El mapa de procesos refleja los procesos y subprocesos clave, a través de los cuales se desarrollan sus objetivos operativos. Además, la secuencia de actividad de los procesos se representa gráficamente a través de diagramas de flujo. Estos permiten la estandarización de toda la actividad de la CRGCM, que es controlada a través de bases de datos y cuadros de mando de indicadores diseñados ad-hoc:



Ilustración 5. Mapa de Procesos de la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora.



Así, con el despliegue del proceso de Mantenimiento y Ampliación de Modelos de Gestión se pretende la consecución del objetivo: a) La implantación, seguimiento y evaluación continua del sistema de gestión de calidad definido por el SESCAM.

A su vez, desde los procesos de Consultoría en Gestión de la Mejora, Coordinación con Gerencias Periféricas y Formación en Gestión de la Calidad y Mejora, se pretende conseguir el objetivo: b) La promoción de la mejora continua de la práctica clínica, así como la excelencia en la gestión de los procesos de atención a los ciudadanos en los centros y unidades asistenciales dependientes del SESCAM y su reconocimiento según el modelo de gestión de calidad designado por el SESCAM.



2. PLAN REGIONAL DE CALIDAD “ORGANIZACIONES DE APRENDIZAJE” 2021-2025

2.1. ENFOQUE

El Plan Regional de Calidad se concibe como un **agente facilitador para el despliegue de la Política de Salud** de nuestra región y en concreto para el desarrollo del *Plan de Salud de Castilla–La Mancha horizonte 2025*, de la línea estratégica 7.1 “Sanidad del Nuevo pacto por el crecimiento y convergencia económica 2019-2023”, de las líneas estratégicas establecidas por el SESCAM y los objetivos estratégicos que sean propuestos por cada una de las Gerencias, para dar respuesta a las necesidades generadas en sus contextos específicos. Además, y muy especialmente, el Plan de Calidad pretende apoyar a los profesionales de las organizaciones sanitarias en la identificación y gestión de problemas y oportunidades de mejora a las que se enfrentan en el desarrollo diario de su actividad. Todo esto, con el objeto último de mejorar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los ciudadanos de nuestra región.

El Plan Regional de Calidad, desde su perspectiva multidimensional, contribuye al desarrollo de las líneas estratégicas del *Plan de Salud de Castilla–La Mancha horizonte 2025*. Así, comparte claramente la orientación a garantizar la sostenibilidad del Sistema sanitario, de la línea estratégica 6.1 del Plan de Salud. Por otra parte, se identifica la relevancia de los profesionales como el principal activo de las organizaciones. La implicación, la motivación y la gestión del talento de los profesionales son los pilares fundamentales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria. En este sentido, en el Plan Regional de Calidad se apuesta



por la gestión del talento y el fomento de la participación de los profesionales como eje para el cambio de la cultura organizacional.

Además, el Plan Regional de Calidad se diseña específicamente para contribuir al desarrollo de la línea estratégica 6.4 “Cambio del modelo organizativo del Sistema Sanitario”. El reto de esta línea estratégica consiste en desarrollar un modelo de atención integral e integrada, mejorando progresivamente la accesibilidad geográfica y funcional, su eficacia y capacidad de respuesta global y su adecuación a problemas concretos de carácter prioritario en Castilla-La Mancha. Este modelo debe tener orientación comunitaria y ofrecer soluciones innovadoras para la atención a las personas, la mejora del desarrollo profesional y la calidad y seguridad en la práctica profesional.

De manera aún más concreta, el Plan Regional de Calidad se orienta al desarrollo del objetivo estratégico 6.4.5 “Potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente”.



PLAN REGIONAL DE CALIDAD “ORGANIZACIONES DE APRENDIZAJE” 2021-2025



6.4.1.

Potenciar el papel de la **Atención Primaria** de Salud como eje principal del sistema.

6.4.2.

Mejorar la **coordinación, comunicación y la continuidad** de la atención entre ámbitos **asistenciales** y reorientar la atención hacia un modelo de atención integral e integrada.

6.4.8.

Desarrollar un modelo integral de recuperación y **atención sociosanitaria**.

6.4.5.

Potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

6.4.3.

Mejorar la explotación de los sistemas de información para la **evaluación** de los **resultados de salud** y la **toma de decisiones**.

6.4.6.

Orientar la organización del sistema hacia el conocimiento y el **abordaje de la cronicidad y prevención de la fragilidad**.

6.4.4.

Implantar el **uso racional de las nuevas tecnologías** de la información.

Ilustración 6. Rol del Plan Regional de Calidad en el desarrollo de la línea estratégica 6.4 del Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025.



2.2. JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente la gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias se ha implementado desde dos perspectivas predominantes:

- En primer lugar, a nivel de **macrogestión**, en el que desde Consejería de Sanidad o Servicios Regionales de Salud se seleccionaba un modelo o estándar de gestión de prestigio reconocido, (por ejemplo, ISO, EFQM, Joint Commission...), que se aplicaba a nivel de las Gerencias, hospitales, centros de atención primaria, y que era fundamentalmente coordinado por las Unidades de Calidad de dichas organizaciones sanitarias. Además, en general la aplicación del modelo elegido, en muchas ocasiones, no podía dar respuesta a las necesidades y objetivos definidos a nivel de mesogestión o de los propios dispositivos asistenciales.
- En segundo lugar, a través de **proyectos puntuales de mejora**, liderados por profesionales altamente motivados, con una clara orientación al paciente y compromiso con la organización. La literatura revela que estas aproximaciones generan mejoras puntuales, pero que raramente se traducen en mejoras de la calidad asistencial sostenibles, o que tengan un impacto a largo plazo. Por el contrario, generalmente conllevan un incremento de la burocratización y no resultan ágiles en la resolución de problemas que dificultan la actividad y la gestión diaria de las organizaciones sanitarias. (1–5). Esta situación puede llegar a producir frustración en los profesionales, que tienden a identificar la gestión de la calidad con algo impuesto, una nueva moda en la que el objetivo es la visibilidad y el reconocimiento externo y no la implantación de un modelo de gestión que contribuye a la mejora continua de la



calidad asistencial. Por ejemplo, en el caso del estándar internacional ISO 9001: 2015, se entendería que el objeto es la certificación y no la implantación de un sistema de gestión de la calidad que contribuye a garantizar la orientación al cliente y a la consecución de los objetivos organizacionales que se definen a través del análisis de sus necesidades y expectativas(6). Así, desde la perspectiva de los profesionales, la aplicación de modelos de gestión puede llegar a concebirse como una sobrecarga de trabajo, que supone un fin en sí mismo, “la certificación”, pero que no aporta valor real a su actividad profesional diaria. Esto, en el peor de los casos, puede dar lugar a un rechazo en la aplicación de modelos y herramientas de gestión, lo que constituye una barrera para la mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias, y una infrutilización del talento de las personas que forman parte de ellas. Esta perspectiva también está marcada por un alto riesgo de sostenibilidad especialmente en organizaciones con altas tasas de rotación de profesionales o en los casos en los que el profesional que lidera el proyecto de mejora ve disminuida, por diferentes razones, su motivación inicial.

Por todo ello, es necesario plantear una **nueva aproximación a la Gestión de la Calidad en las Organizaciones Sanitarias**. Debemos seguir trabajando para acercarnos al paradigma de **organizaciones sanitarias de alto rendimiento**, que se caracterizan por la búsqueda incesante de la máxima calidad en la prestación de servicios sanitarios y el máximo desarrollo de las personas que integran la organización (4). Esta aproximación supera la aplicación de modelos concretos de gestión o de iniciativas puntuales de mejora, y requiere un objetivo mucho más ambicioso, “**el cambio de la cultura de la organización**”. En concreto, el Plan



Regional de Calidad aboga por el desarrollo de una cultura de mejora continua en el que **se fomenta el pensamiento crítico**, de manera que las personas en las organizaciones tienen una doble función: realizar su trabajo cada día de la manera más ajustada a las expectativas de la persona usuaria y, además, mejorar su trabajo cada día. En este enfoque, los modelos y herramientas de gestión se aplican de manera flexible, y en la medida en que responden a las necesidades de las organizaciones en su contexto específico.

2.3. OBJETIVO GENERAL

Fomentar una **cultura organizacional de mejora continua en el SESCAM**, entendida como el conjunto de creencias y valores compartidos por las personas que lo integran, que permita alcanzar la máxima calidad en la asistencia sanitaria. Una cultura organizacional que se sustente en la evidencia científica en gestión y en el uso de los modelos y herramientas más adecuados para el despliegue de las políticas de salud regionales y estrategias de las gerencias del SESCAM.

La diseminación de esta cultura de mejora continua se orientará, como no podría ser de otra manera, hacia una mejora continua en la atención al paciente y tendrá un impacto cada vez más positivo en la sociedad.

2.4. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

El desarrollo de la nueva cultura organizacional que permita aproximarnos a la máxima calidad en la prestación de servicios de salud en nuestra región, se guiará por los **principios de Mejora Continua y Respeto por las Personas**.



Ilustración 7. Principios que sustentan el Plan Regional de Calidad.

Mejora continua que en el contexto del Plan Regional de Calidad se entiende como:

- **“Mejora continua de la calidad desde el origen”**. Es decir, construir calidad desde el lugar en el que se genera el valor para nuestros grupos de interés preferentes (pacientes y familiares, profesionales, y sociedad en general).



- **“Mejora continua que surge de la necesidad”**, en referencia al despliegue de iniciativas de mejora que surge en respuesta a los problemas reales, que son considerados relevantes por parte de los profesionales y líderes de las organizaciones sanitarias. Estos problemas se identifican tras una reflexión interna sobre los procesos de trabajo, sus resultados y el grado en el que se satisfacen las necesidades de las partes interesadas.
- **“Mejora continua basada en la aplicación del método científico y que se sustenta en modelos y herramientas de gestión”**. Así, todas las propuestas de mejora deben surgir de un análisis situacional y deben de ser consideradas como teorías que deben demostrar su eficacia inicialmente a pequeña escala en el contexto real de la organización. La estandarización de las buenas prácticas en gestión que hayan demostrado su efectividad y su generalización, debe ser, por tanto, una toma de decisiones basada en datos reales y fiables.
- **“Mejora continua como parte de la visión y estrategia del SESCAM”**, de manera que todas las iniciativas de mejora generadas a nivel local se integren y contribuyan al desarrollo de la estrategia organizacional a nivel de las Gerencias, SESCAM y Consejería de Sanidad, para garantizar su sostenibilidad a medio y largo plazo.

El **respeto por las personas (profesionales)** como **principales activos** del SESCAM. Este principio se basa en la premisa de que, cuando las personas se sienten respetadas, aportan lo mejor de sí mismos a las organizaciones en las que desarrollan su actividad. Esto, a su vez,



tiene un impacto positivo en la calidad de las funciones que desempeñan, y consecuentemente en los resultados de la organización.

La relevancia de los profesionales es incuestionable. En primer lugar, porque son los que con su actividad generan valor para los pacientes, familiares y otros grupos de interés. En segundo lugar, porque por su rol son imprescindibles para garantizar la mejora continua de procesos y su sostenibilidad.

Uno de los ejes fundamentales del respeto a las personas es la adecuada **gestión de su talento**. Se define **talento** como el conjunto de características innatas, habilidades, conocimientos, y actitudes adquiridas por parte de los profesionales, que les conducen a conseguir resultados sobresalientes (7). Las personas talentosas son las que garantizan la competitividad y la mejora continua de las empresas a largo plazo. La **gestión del talento** se define como la actividad proactiva y continuada orientada a atraer, identificar, seleccionar, captar, desarrollar, motivar, promover y retener a personas con gran potencial para triunfar y hacer triunfar a la organización en la que desarrollan su actividad, y mantener a aquellas que desempeñan roles críticos para el desempeño presente y futuro de la misma (8). Además, en la literatura se señala que, en la gestión del talento se ha pasado de la orientación a la consecución de un trabajo “para toda la vida” al objetivo de garantizar una experiencia de aprendizaje que se extiende a lo largo de toda la carrera profesional (9).

Así, uno de los principales objetivos de los líderes en las organizaciones es conseguir el máximo desarrollo del potencial de las personas que las integran. Este desarrollo se puede conseguir a través de distintas herramientas. En este sentido, el Plan Regional de Calidad apuesta por la **gestión de las competencias** a través de la cualificación de los profesionales y el mentorazgo en la mejora de los procesos a través de los cuales desarrollan su actividad.



Así, se entiende que el respeto a las personas y el desarrollo de su máximo potencial engloba tanto la gestión de competencias específicas de su ámbito de conocimiento, como competencias en el ámbito de gestión. Sin embargo, éste último aspecto raramente se contempla en la planificación de la carrera profesional. Por tanto, para la consecución del objetivo general de Plan Regional de Calidad, la organización debe facilitar a los profesionales, oportunidades de aprendizaje para la adquisición de:

- Conocimiento de los principios, modelos y herramientas de la mejora continua.
- Competencias técnicas y habilidades para aplicarlos y evaluarlos en el contexto de trabajo.
- Capacidad de mentorazgo para enseñar a otros profesionales dichos principios, modelos y herramientas, y su aplicación, evaluación y generalización.

2.5. ESTRUCTURA DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD

El objetivo general del Plan Regional de Calidad se desarrolla a través de las líneas y objetivos estratégicos que aparecen en la siguiente ilustración.



Ilustración 8. Líneas y Objetivos Estratégicos del Plan Regional de Calidad.

Para el despliegue de las líneas y objetivos estratégicos del Plan Regional de Calidad se seguirá el modelo de gestión por procesos y la estructura de gobernanza característica de dicho modelo, que se define en términos de **propietario, copropietario del proceso y equipo de proceso**. Además, para garantizar la adecuada comunicación, transferencia de la información y documentación de la actividad estandarizada, se establece el rol de **Gestor Documental** para cada uno de los procesos. Para la adecuada gestión, actualización y garantía de acceso a la documentación generada por los equipos de proceso del Plan



Regional de Calidad, se ha creado una base de datos de gestión documental **REDON-PRC**, cuyo mantenimiento y actualización será responsabilidad de la CRGCM. En este mismo sentido, se ha definido la figura de **Co-director del Plan Regional de Calidad**, para garantizar la coordinación entre los distintos procesos en aras a la consecución de la visión del Plan Regional de Calidad. Así, se han designado tres co-directores para el desempeño de este rol.

En la siguiente imagen se muestra la relación entre las líneas y objetivos estratégicos del Plan Regional de Calidad y los procesos a través de los cuales se desplegará.

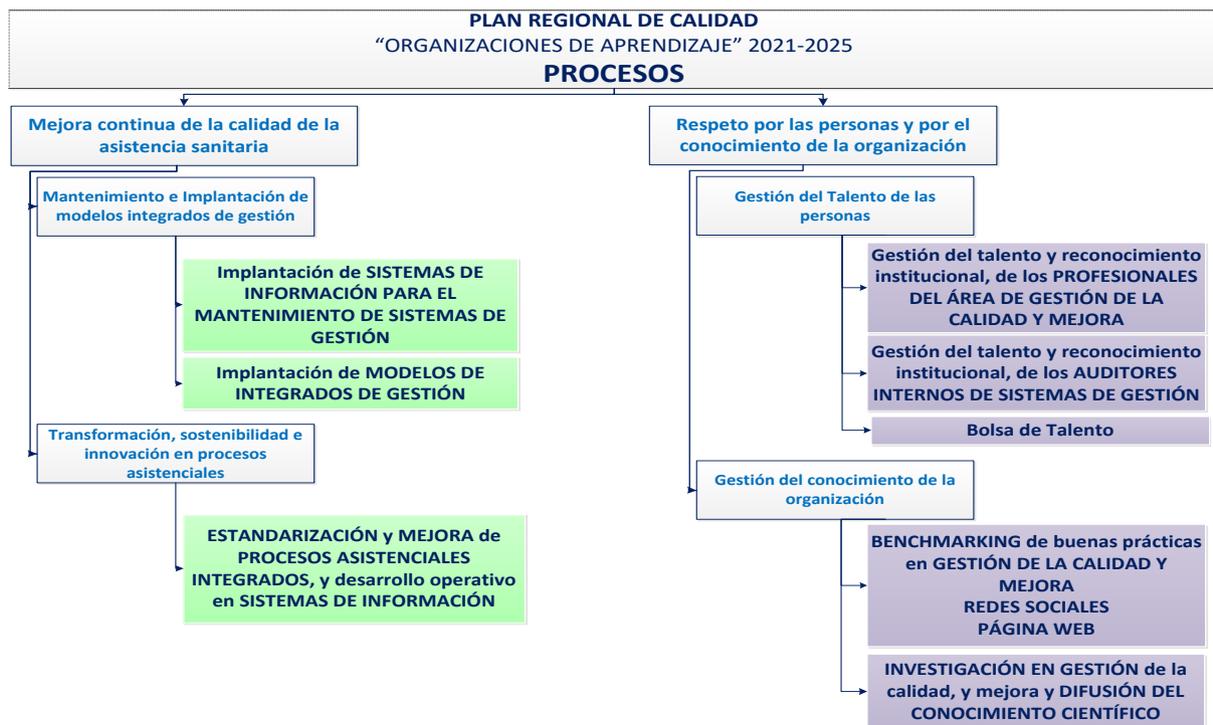


Ilustración 9. Líneas, objetivos estratégicos y procesos del Plan Regional de Calidad.



Los procesos a través de los cuales se desplegará el Plan Regional de Calidad y las interacciones que se producen entre ellos han sido reflejados en el Mapa de Procesos, en el que se distinguen:

- **Procesos estratégicos**, que son los fundamentalmente relacionados con la gestión del talento de las personas y el conocimiento de la organización.
- **Procesos clave**, especialmente orientados al desarrollo de la línea estratégica de mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.
- **Procesos de soporte**, esenciales para el desarrollo operativo de los procesos clave y entre los que cabe mencionar: la comunicación con Sistemas de Información y Comisión Central de Historias Clínicas. Además, destaca el **proceso de seguimiento y monitorización y evaluación de resultados del Plan Regional de Calidad**, que permitirá evaluar el impacto de todas las acciones de mejora implementadas en desarrollo de las líneas y objetivos estratégicos.



 DIRECCIÓN GENERAL DE CUIDADOS Y CALIDAD	MAPA DE PROCESOS GESTIÓN DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD	CÓDIGO: PRC-MP-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 20-02-22

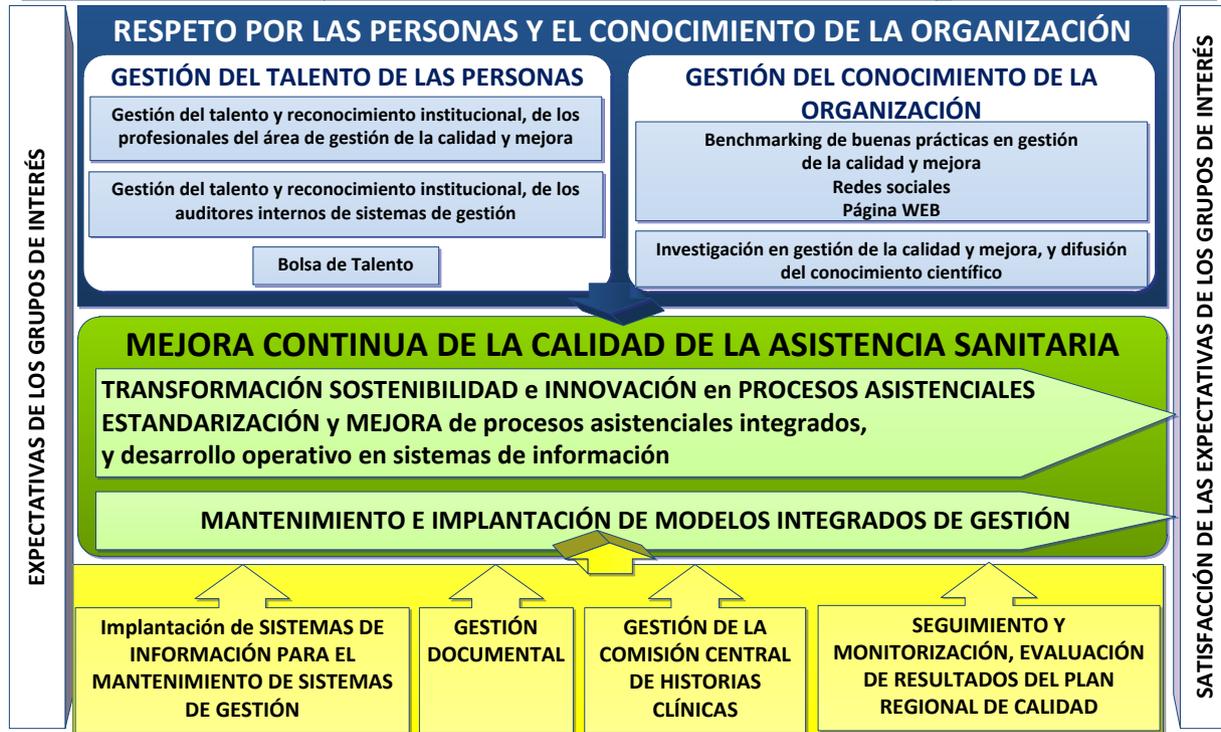


Ilustración 10. Mapa de procesos para la Gestión del Plan Regional de Calidad.



2.6. EQUIPO COORDINADOR DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD

En el análisis de riesgos realizado tras el diseño inicial del Plan Regional de Calidad, se estableció el objetivo fundamental de implementar todas las medidas necesarias para garantizar el despliegue operativo de este Plan, de tal manera que tuviera un impacto real en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y sobre la gestión del talento de las personas y el conocimiento de nuestra organización.

Para conseguir este despliegue real se acordaron las siguientes medidas:

1. Fortalecer la estrategia de comunicación y concienciación:
 - a. La primera propuesta de Plan Regional de Calidad fue presentada a los Directores Generales del SESCAM y de la Consejería de Sanidad, y a los directores de las Gerencias del SESCAM en una sesión de trabajo en noviembre de 2021. En ella se recogieron sus aportaciones y propuestas de mejora para el mismo.
 - b. Se consideraron también como imprescindibles las aportaciones de los profesionales y su consenso. Por ello, se constituyó el “Equipo Coordinador del Plan Regional de Calidad”, equipo de trabajo multidisciplinar inicialmente integrado por 64 profesionales de todas las Gerencias del SESCAM, Servicios Centrales del SESCAM y miembros del Gabinete de la Consejería de Sanidad.
 - c. La actividad de este Equipo Coordinador se desarrolla a través de tres reuniones anuales de trabajo y mediante videoconferencias. La primera reunión de trabajo tuvo lugar en febrero del 2022, en ella se asignó a los profesionales a los diferentes equipos de procesos, constituyéndose 11 equipos de trabajo, designados con las letras de la “A” a la “K”. Además, se asignaron los roles de propietario, copropietario y gestor documental. Se informó de la designación de los tres



profesionales co-directores del Plan Regional de Calidad. Se inició el diseño y estandarización de los procesos incluidos en el Plan a través de fichas de procesos y diagramas de flujo. Las plantillas de ambos documentos fueron previamente estandarizadas. En concreto, en la plantilla de ficha de proceso cabe destacar la matriz de análisis de expectativas de los clientes, que fuerza al diseño del proceso desde la perspectiva del cliente y no en base a las actividades determinadas por el prestador del servicio.

2. Para garantizar la adecuada gestión del Plan Regional de Calidad se designaron tres co-directores y a cada uno de ellos se asignó el liderazgo y acompañamiento de tres equipos de procesos.
3. La primera versión del Plan recoge los siguientes elementos de cada ficha de procesos: Nombre del proceso, línea estratégica, objetivo estratégico, codirector, propietario del proceso, copropietarios, gestor documental, objetivo general, objetivos específicos o de rendimiento e indicadores. Esta primera versión del Plan será actualizada continuamente, incluyendo el resto de elementos de la ficha de procesos y en base a los cambios necesarios para dar respuesta a las expectativas cambiantes de los diferentes grupos de interés del Plan Regional. Por tanto, se prevé que el Plan Regional de Calidad tenga al menos tres actualizaciones anuales durante su vigencia.



3. PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.

Los procesos a través de los cuales se desplegará el Plan Regional de Calidad aparecen reflejados en la siguiente ilustración:



Ilustración 11. Asignación de Equipos de Procesos para el despliegue del Plan Regional de Calidad.



El listado de procesos recogidos en el mapa es el siguiente:

1. Proceso de estandarización y mejora de procesos asistenciales integrados, y desarrollo operativo en sistemas de información.
2. Proceso de mantenimiento e implantación de modelos integrados de gestión.
3. Proceso de gestión del talento en gestión de la calidad de las organizaciones del SESCAM.
4. Proceso de gestión del talento y reconocimiento institucional de los profesionales del área de gestión de la calidad y mejora.
5. Procesos de gestión del talento y reconocimiento institucional de auditores internos de sistemas de gestión.
6. Benchmarking de buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora.
7. Investigación en gestión de la calidad, mejora y difusión del conocimiento científico.
8. Implantación de sistemas de información para el mantenimiento de sistemas de gestión.
9. Seguimiento, monitorización y evaluación de resultados del Plan Regional de Calidad.



En la siguiente ilustración se muestra el índice de la ficha de procesos estandarizada en la que se han definido cada uno de los procesos a través de los cuales se desarrollará la visión del Plan Regional de Calidad. Los apartados se irán desarrollando progresivamente como reflejo de la actividad desarrollada por los equipos de procesos.

ÍNDICE

1. NOMBRE DEL PROCESO.....	3
2. LINEA ESTRATÉGICA.....	3
3. OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	3
4. CODIRECTOR.....	3
5. AUTORES.....	3
6. PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO.....	3
7. GESTOR DOCUMENTAL.....	3
8. CLIENTES, REQUISITOS DE LAS ENTRADAS, SALIDAS Y REQUISITOS DE LAS SALIDAS.....	3
9. OBJETIVO GENERAL.....	6
10. OBJETIVOS DE RENDIMIENTO.....	6
11. INDICADORES.....	7
12. DESARROLLO.....	8
13. RECURSOS.....	8
14. REQUISITOS NORMATIVOS Y LEGALES. BIBLIOGRAFÍA.....	8
15. DEFINICIONES.....	8

Ilustración 12. Estructura de las Fichas de Procesos del Plan Regional de Calidad.



4. BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel Fonseca L. From quality gurus and TQM to ISO 9001:2015, a review of several quality paths. Int J Qual Res [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 25];9(1):167–80. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/273698022_FROM_quality_gurus_and_TQM_to_ISO_90012015_A_review_of_several_quality_paths
2. Cabero MJ, Guerra JL, Gaité L, Prellezo S, Pulido P, Álvarez L. Experience of implementing the ISO 9001:2015 standard for the accreditation of a paediatric hospital emergency department. J Healthc Qual Res. 2018 Jul 1;33(4):187–92.
3. da Fonseca L, Ciravegna M, Domingues JP. Empirical research of the ISO 9001:2015 transition process in Portugal: Motivations, benefits, and success factors. Qual Innov Prosper [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 25];22(2):16–46. Available from:
<https://www.qip-journal.eu/index.php/QIP/article/view/1099/1023>
4. Vaughn VM, Saint S, Krein SL, Forman JH, Meddings J, Ameling J, et al. Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: Results from a systematic review of qualitative studies. BMJ Qual Saf. 2019 Jan 1;28(1):74–84.
5. D'Andreamatteo A, Ianni L, Lega F, Sargiacomo M. Lean in healthcare: A comprehensive review. Vol. 119, Health Policy. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 1197–209.
6. International Organization for Standardization. UNE-EN-ISO 9001:2015 [Internet]. 2015 p. 1–44. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
7. Gallardo-Gallardo E, Dries N, González-Cruz TF. What is the meaning of “talent” in the world of work? Hum Resour Manag Rev [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 14];23(4):290–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrmmr.2013.05.002>
8. Hamidi N, Saberi H, Safari M. The effect of implementation of talent management on job satisfaction governmental organizations * (Case Study: Ministry of Roads and Urban). 2014 [cited 2020 Jan 14]; Available from: www.jnasci.org
9. Garavan TN, Nilsson S, Ellström P. Employability and talent management: Challenges for HRD practices. Eur J Train Dev [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 27];36(1):26–45. Available from:
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/03090591211192610/full/html>



ANEXO 1

FICHAS DE PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD

Incluyen los procesos consensuados por los equipos de trabajo y validados por los codirectores del Plan Regional hasta el momento actual, para el desarrollo de las líneas y objetivos estratégicos en él definidos.

1. PROCESO: ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.

1.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Transformación, Sostenibilidad e Innovación en procesos asistenciales.

1.3 CODIRECTOR

M^a Ángeles Tébar Betegón. Coordinadora Regional de Gestión de la Calidad y Mejora.

1.4 AUTORES

Jesús Francisco León Hernández.

María Mercedes Martín Blázquez.



Carmen Coello de Portugal Casana.

Justo Fernández Sánchez.

Jesús Máximo Lozano González.

María del Carmen del Olmo Bernal.

María Gloria Lorente Granados.

Eladio Linares Morcillo.

Antonio García Blanco.

María Ángeles Tébar Betegón.

María Jesús González González.

Miguel Antonio Araujo Ordoñez.

1.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Jesús Francisco León Hernández.

Antonio García Blanco.

1.6 GESTOR DOCUMENTAL

María Gloria Lorente Granados.

1.7 OBJETIVO GENERAL

El proceso de estandarización y mejora de procesos asistenciales integrados, y desarrollo operativo en sistemas de información, pretende garantizar la adecuada gestión de las iniciativas regionales para la mejora de procesos asistenciales, asignando recursos existentes



a las prioridades identificadas y garantizando la consecución de los objetivos de calidad asistencial comprometidos.

1.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

Objetivos específicos definidos en base a los requisitos de las salidas (expectativas y necesidades de los clientes).

- ✓ Garantizar la consecución de los objetivos de los proyectos piloto del PRC:
 - Garantizar el despliegue de los proyectos piloto del PRC.
 - Evaluar los resultados de la implantación de los proyectos piloto del PRC.
 - Garantizar la difusión de los resultados de los proyectos piloto del PRC, a través de los procesos de Benchmarking y del proceso de Gestión del Talento.
- ✓ Gestionar una convocatoria regional bienal de “TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD e INNOVACIÓN en PROCESOS ASISTENCIALES”:
 - Diseñar la convocatoria.
 - Realizar una propuesta de criterios de priorización de las candidaturas.
 - Someter a validación por parte de la Alta Dirección del SESCAM, de dichos criterios de priorización.
 - Garantizar la adecuada difusión de la convocatoria.
 - Garantizar la adecuada resolución de la convocatoria.
- ✓ Gestionar el talento de los mentores de diseño y mejora de procesos asistenciales, tanto transversales como específicos:
 - Definir las competencias del mentor de diseño y mejora de procesos.



- Realizar una convocatoria dirigida a las Gerencias y Direcciones Generales del SESCAM de profesionales interesados en formar parte de esta bolsa de talento.
- Constituir una bolsa regional de mentores de diseño y mejora de procesos asistenciales.
- Diseñar un Plan Formativo para los mentores de diseño y mejora de procesos.
- Garantizar la adecuada formación de los mentores de diseño y mejora de procesos.
- Garantizar el reconocimiento de los mentores de diseño y mejora de procesos.
- Realizar una adecuada gestión del talento de mentores de diseño y mejora de procesos.
- Gestionar la bolsa de mentores asignándolos a los procesos más adecuados en función de la demanda de actividad del proceso.
- ✓ Garantizar la implantación operativa de los procesos que se seleccionen:
 - Formar a los integrantes de los equipos de diseño y mejora de procesos asistenciales.
 - Planificar el acompañamiento por parte del mentor de diseño y mejora de procesos asistenciales.
 - Garantizar los cambios en los sistemas de información que posibiliten el pilotaje del proceso.
 - Garantizar el despliegue de los procesos en su fase de pilotaje.
 - Evaluar los resultados del pilotaje.
 - Facilitar la generalización de los procesos para los que se hayan conseguido los resultados en mejora de la calidad asistencial esperados, a otras organizaciones del SESCAM.



1.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LINEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Garantizar el despliegue de los proyectos piloto del PRC.	Garantizar el despliegue operativo y desarrollo en sistemas de información de los procesos asistenciales integrales "Atención al paciente con Hemorragia Digestiva", "Atención al Paciente con Insuficiencia Cardíaca" y "Atención al Paciente con Retinopatía Diabética".	(Nº de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información/Nº total de procesos piloto del PRC que son estandarizados) *100.	Carpeta compartida	0%	100%	Semestral.	Coordinadora Regional de Calidad.
Evaluar los resultados de la implantación de los proyectos piloto del PRC.	Evaluar los resultados obtenidos de la implantación de los procesos asistenciales integrales "Atención al paciente con Hemorragia Digestiva", "Atención al Paciente con Insuficiencia Cardíaca" y "Atención al Paciente con Retinopatía Diabética" a través de la revisión de los cuadros de mandos de indicadores y elaboración de informe final de resultados.	(Nº de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información con informe final de resultados/Nº total de procesos piloto del PRC que son estandarizados desplegados operativamente en los sistemas de información) *100.	Carpeta compartida	0%	100%	Semestral.	Coordinadora Regional de Calidad.
Garantizar la difusión de los Resultados de los proyectos piloto del PRC, a través de los procesos de Benchmarking y del proceso de Gestión del Talento.	Difusión de los proyectos piloto a través de alguna de las actividades desarrolladas dentro de los procesos de Benchmarking, Gestión del Talento o Plan Formativo de la Coordinación Regional de Gestión de Calidad y Mejora.	Nº intervenciones de profesionales implicados en la estandarización de procesos piloto del PRC.	Carpeta compartida Formación GCM-Equipo E.	1	5	Semestral.	Coordinadora Regional de Calidad.
Diseñar la convocatoria.	-	Convocatoria diseñada en tiempo.	Carpeta compartida	No existe	Enero de años impares	Semestral.	Propietario del proceso.
Constituir una bolsa regional de mentores de diseño y mejora de procesos asistenciales	-	Bolsa construida a partir de los existentes (suponiendo que ya existen candidatos formados).		No	Si	Semestral	Coordinadora Regional de Calidad.
Diseñar un Plan Formativo para los mentores de diseño y mejora de procesos.	-	Plan Formativo diseñado y presentado en tiempo y forma a los principales proveedores de formación. Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM y Dirección General de Salud Pública.	Carpeta compartida Formación.	No	Si	Semestral.	Coordinadora Regional de Calidad.
Garantizar la adecuada formación de los mentores de diseño y mejora de procesos.	Se trata de un programa formativo de dos años de duración.	(Nº de profesionales que inician el programa formativo para mentores de diseño y mejora de procesos/ Nº de profesionales que finalizan el programa formativo para mentores de diseño y mejora de procesos) *100.	Carpeta compartida Formación.	-	70%	Semestral.	Coordinadora Regional de Calidad.



OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LÍNEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Garantizar el despliegue de los procesos en su fase de pilotaje.	Garantizar que una vez implementados los cambios necesarios en los sistemas de información clínica los procesos se despliegan en la atención a pacientes.	(Nº de procesos estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información con informe de resultados de pilotaje/Nº total de procesos del PRC que son estandarizados desplegados operativamente en los sistemas de información) *100.	Carpeta compartida	0%	100%	Semestral.	Propietario del proceso.
Evaluar los resultados del pilotaje.	Evaluar los resultados obtenidos de la implantación de los procesos estandarizados y pilotados, a través de la revisión de los cuadros de mandos de indicadores y elaboración de informe final de resultados.	(Nº de procesos PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información con informe final de resultados/Nº total de procesos del PRC que son estandarizados desplegados operativamente en los sistemas de información) * 100.	Carpeta compartida	0%	100%	Semestral.	Coordinadora Regional de Calidad.
Generalizar procesos asistenciales que evidencien su impacto en la mejora de la calidad asistencial.	Generalizado: se define como que se extienda al menos al 40% de las Gerencias en los que se desarrolle la actividad.	(Nº de procesos generalizados/número total de procesos estandarizados con evidencia de mejora de la calidad asistencial) * 100.	Carpeta compartida.	0%	2%	Semestral.	Propietario del proceso.

2. PROCESO: MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN

2.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Respeto por las personas (profesionales) y por el conocimiento de la organización.

2.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Mantenimiento e implantación de modelos integrados de gestión.



2.3 CODIRECTOR

Andrés Tendero Alarcón.

2.4 AUTORES

Francisco Javier Pacheco Jiménez.

María Angustias Torres Alaminos.

Carlos José López Hernández.

Pascual Segovia Armero.

David Serna García.

María Vicenta Salazar.

Antonio Pérez Jiménez.

Carlos Rodríguez Sánchez Beato.

Miguel Ángel Serrano Rodríguez.

Alfonso Luis Blázquez Manzanera.

2.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Propietario: Francisco Javier Pacheco Jiménez.

Copropietario: María Angustias Torres Alaminos.

2.6 GESTOR DOCUMENTAL

Carlos José López Hernández.



2.7 OBJETIVO GENERAL

Desde el proceso de Mantenimiento e Implantación de Modelos Integrados de Gestión se pretende dar soporte a los requisitos, necesidades y expectativas de los clientes que lo requieran, pudiendo ser dichos clientes, por un lado, los grupos que forman parte del PRC, y por otro, los servicios que forman parte de las distintas Gerencias, mediante:

- ✓ Asesoría sobre distintos modelos de gestión.
- ✓ Asesoría sobre modelos susceptibles de ser integrados.
- ✓ Tutoría para la puesta en marcha de los modelos integrados en los servicios que lo demanden.
- ✓ Participación en las actividades formativas y de investigación que se determinen con el objetivo último de aportar valor tanto al plan Regional de Calidad como a los distintos servicios y gerencias.

2.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Acompañar en la integración de los procesos/modelos de gestión.
- ✓ Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión.
- ✓ Participar en la investigación sobre modelos integrados de gestión.
- ✓ Elaborar un catálogo/mapa de unidades certificadas con distintos modelos de gestión.



2.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LÍNEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Acompañar en la integración de los procesos-modelos de gestión integrada.	Solicitudes de acompañamiento para integración MIG.	(Nº solicitudes de acompañamiento atendidas / nº solicitudes acompañamiento solicitadas) * 100.	Registro de actividad	0%	100%	Semestral.	Copropietarios del proceso
Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión.	Participación de miembros del nodo MIG como discentes en MIG.	(Nº horas participadas del nodo MIG en sesiones de formación / nº horas de sesiones de formación organizadas sobre MIG) * 100.	Registro de actividad. Registro de actividades formativas del nodo MIG.	0%	80%	Semestral.	Copropietarios del proceso
	Participación de miembros del nodo MIG como docentes en MIG.	(Nº horas participadas del nodo MIG en sesiones de formación como docentes/nº horas de sesiones de formación a la que seamos convocados como docentes sobre MIG) * 100.	Registro de actividad. Registro de actividades formativas del nodo MIG.	0%	80%	Semestral.	Copropietarios del proceso
Participar en la investigación sobre modelos integrados de gestión.	Suministrar datos sobre MIG para investigación por cualquier miembro del PRC.	(Nº solicitudes de investigación sobre MIG atendida / Solicitudes totales de datos para investigación sobre MIG) * 100	Registro actividad	0%	80%	Semestral.	Copropietarios del proceso
	Participación en actividad investigadora (comunicaciones, publicaciones, capítulos de libro, artículos de revista...) sobre MIG	Nº de elementos de producción científica del nodo MIG en el año en curso.	Registro actividad	0%	≥ 1 al año en curso	Anual.	Copropietarios del proceso
Elaborar un catálogo/mapa de unidades certificadas con distintos modelos de gestión	Mantenimiento del catálogo-mapa de unidades certificadas con distintos MIG	Actualización anual del catálogo.	Catálogo de unidades MIG	No	Si/No	Semestral.	Copropietarios del proceso



3. PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCOAM

3.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Respeto por las personas (profesionales) y por el conocimiento de la organización.

3.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Gestión del talento de las personas.

3.3 CODIRECTOR

M^a Ángeles Tébar Betegón.

3.4 AUTORES

M^a del Mar Aldana Moya.

M^a Ángeles Tébar Betegón.

3.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

M^a Ángeles Tébar Betegón.

M^a del Mar Aldana Moya.

3.6 GESTOR DOCUMENTAL

Rubén Marín Sánchez.



3.7 OBJETIVO GENERAL

El proceso de Bolsa de Talento en Gestión de la Calidad de las Organizaciones del SESCAM, tiene como objetivo general garantizar la adecuada gestión de competencias de los profesionales del SESCAM que, en el desarrollo de su carrera profesional: forman parte de las Unidades de Calidad, desean formar parte de las mismas en un futuro, tienen intención de colaborar en la gestión de proyectos o iniciativas de mejora promovidas por la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora, o en el desarrollo de los Procesos del Plan Regional de Calidad.

3.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Diseñar el programa formativo “**bolsa de talento**”.
- ✓ Garantizar el desarrollo del programa formativo “bolsa de talento” por parte de los profesionales solicitantes.
- ✓ Actualizar el programa formativo “bolsa de talento” en base a las evaluaciones y necesidades manifestadas por los participantes y por los miembros de otros Equipos de Procesos del Plan Regional de Calidad.
- ✓ Conseguir un alto grado de satisfacción de los alumnos con el programa formativo.
- ✓ Favorecer la incorporación de nuevos profesionales como docentes del programa formativo.
- ✓ Diseñar el programa de intercambio o rotación de los profesionales en las distintas unidades de Calidad de la región, así como en la DGCC.
- ✓ Gestionar el intercambio o rotación de profesionales por Unidades de Calidad y Dirección General de Cuidados y Calidad.



3.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LINEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Diseñar el programa formativo "bolsa de talento"	-	Programa formativo diseñado.	Base de datos gestión de la formación "bolsa de talento"	No	Si	Semestral.	Gestor Documental del Proceso
Garantizar el desarrollo del programa formativo "bolsa de talento" por parte de los profesionales solicitantes	-	$(\text{N}^\circ \text{ de profesionales integrantes de la bolsa de talento que finalizan el programa formativo anual} / \text{N}^\circ \text{ total de profesionales que solicitan participar en el programa formativo bolsa de talento}) * 100$	Base de datos gestión de la formación "bolsa de talento"	0%	80%	Semestral.	Gestor Documental del Proceso
Favorecer la incorporación de nuevos profesionales como docentes del programa formativos	-	$(\text{N}^\circ \text{ de docentes que participan por primera vez en el programa formativo} / \text{N}^\circ \text{ total de docentes}) * 100$	Base de datos gestión de la formación "bolsa de talento".	0%	20%	Semestral.	Gestor Documental del Proceso
Diseñar el programa de intercambio o rotación de los profesionales en las distintas Unidades de Calidad de la región, así como en el DGCC	-	Programa diseñado.	Base de datos gestión de la formación "bolsa de talento".	No	Si	Semestral.	Gestor Documental del Proceso



4. PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA

4.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Respeto por las personas (profesionales) y por el conocimiento de la organización.

4.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Gestión del talento de las personas.

4.3 CODIRECTOR

Oscar Herráez Carrera.

4.4 AUTORES

Jeny Rodríguez Coronado.

María del Carmen Sánchez-Blanco.

Oscar Herráez Carrera.

Alfonso Santamaría Sánchez.

4.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Propietaria: Jeny Rodríguez Coronado.

Co-propietaria: María del Carmen Sánchez-Blanco.



4.6 GESTOR DOCUMENTAL

Pendiente de definir.

4.7 OBJETIVO GENERAL

Potenciar la estabilidad de las estructuras de calidad de la organización a través de la mejora de la gestión del talento y reconocimiento de los profesionales que la integran. Fortalecer y promover la sostenibilidad de las estructuras de calidad.

A partir del reconocimiento institucional, potenciar el compromiso y la estabilidad de los profesionales que forman parte del área de calidad, así como de las personas que lideren proyectos de mejora, aprobados por la Dirección del centro y amparados desde el Área de Calidad.

4.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Definir el “perfil de puesto de trabajo” y competencias de los profesionales del Área de Calidad y de las personas que lideren proyectos de mejora aprobados por la Dirección del centro y amparados desde el Área de Calidad.
- ✓ Obtener la asignación de recursos para desarrollar de manera óptima las funciones propias del puesto de trabajo de los miembros del Área de la Calidad, así como de las funciones de las personas que lideren proyectos de mejora aprobados por la dirección del centro y amparados por las Unidades de Calidad.



4.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LINEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Objetivo específico: Definir puestos de trabajo	Definición del perfil del puesto de trabajo.	Nº de documentos de perfil elaborados/ Nº total de puestos.	Grupo de trabajo Plan regional de calidad	0%	100%	Trimestral	Grupo de trabajo D.
Objetivo general: Reconocimiento institucional	Reconocimiento institucional: bolsa de trabajo	Evaluación de la inclusión de méritos en bolsa de trabajo, por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias	Bolsa de trabajo SELECTA	No	Sí	Trimestral	Grupo de trabajo D.
Objetivo general: Reconocimiento institucional	Reconocimiento institucional: carrera profesional	Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional, por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias	RRHH	No	Sí	Trimestral	Grupo de trabajo D.
Objetivo general: Reconocimiento institucional	Reconocimiento institucional: procesos selectivos de concurso-oposición	Evaluación de la inclusión de méritos en procesos selectivos concurso-oposición, por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias	RRHH	No	Sí	Trimestral	Grupo de trabajo D.
Objetivo general: Retención del talento	Tasa de rotación en estructuras de calidad.	Cantidad de profesionales incluidos en estructuras de calidad en último año/Número de profesionales que permanecen en el último año	RRHH	Pendiente de establecer	90%	Anual	Grupo de trabajo D. (Información facilitada a través de la DGRRHH)



5. PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS DE SISTEMAS DE GESTIÓN

5.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Gestión del talento de las personas.

5.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Potenciar la estabilidad de las estructuras de calidad de la organización a través de la mejora de la gestión del talento y asegurar la adecuada realización de las Auditorías Internas necesarias para el mantenimiento de los sistemas de gestión de la calidad a través del reconocimiento institucional de la función de los auditores internos.

5.3 CODIRECTOR

Oscar Herráez Carrera.

5.4 AUTORES

Alfonso Santamaría Sánchez.

5.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Alfonso Santamaría Sánchez.

5.6 GESTOR DOCUMENTAL

Por designar.



5.7 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Fortalecer y promover la sostenibilidad de la bolsa de auditores internos, para asegurar la realización de las Auditorías Internas necesarias para el mantenimiento de los sistemas de gestión de la calidad de las gerencias.
- ✓ A partir del reconocimiento institucional de los auditores, potenciar el compromiso y estabilidad de los profesionales que forman parte de la bolsa de auditores.

5.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Definir y asignar los recursos necesarios (principalmente referente a tiempos de trabajo) empleados en cada actividad relacionada con las Auditorías Internas en función de los diferentes roles de auditores y del alcance de la propia auditoría.
- ✓ Establecer los mecanismos necesarios para reconocer institucionalmente la labor de los auditores internos en sus diferentes roles. Definir este reconocimiento dentro de los diversos méritos aplicables a Carrera Profesional, Concurso-Oposición, Bolsa de trabajo, etc.
- ✓ Reconocer el tiempo empleado para la realización del proceso de Auditorías Internas fuera de la jornada habitual.



5.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LINEA DE BASE	META/ ESTAND AR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Objetivo general: Reconocimiento institucional.	Reconocimiento institucional: bolsa de trabajo.	Evaluación de la inclusión de méritos en bolsa de trabajo, por formar parte de las Auditorías Internas	Bolsa de trabajo SELECTA	No	Sí	Trimestral	Grupo de trabajo D
Objetivo general: Reconocimiento institucional.	Reconocimiento institucional: carrera profesional	Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional, por formar parte de las Auditorías Internas	RRHH	No	Sí	Trimestral	Grupo de trabajo D
Objetivo general: Reconocimiento institucional.	Reconocimiento institucional: procesos selectivos de concurso-oposición	Evaluación de la inclusión de méritos en procesos selectivos de concurso-oposición, por formar parte de las Auditorías Internas	RRHH	No	Sí	Trimestral	Grupo de trabajo D
Objetivo específico: Reconocimiento institucional de actividades de Auditoría extendidas fuera de la jornada habitual.	Porcentaje de horas empleadas en el proceso de auditoría que son reconocidas	(Número de horas de auditoría fuera de la jornada laboral reconocidas/ Número de horas de auditoría fuera de la jornada laboral)*100.	Registro de Actividad de Auditores	0%	100%	Anual (Tras las Auditorías Internas)	Auditor Jefe Supervisor
Objetivo general: Garantizar la retención del talento en bolsa de auditores.	Reconocimiento automático de las dietas por desplazamiento y/o pernoctaciones necesarias para llevar a cabo las labores de auditoría. Porcentaje de Dietas por desplazamiento (Kms) y/o pernoctaciones abonadas.	(Dietas por desplazamiento y/o pernoctaciones abonadas/ Dietas por desplazamiento y/o pernoctaciones empleadas) *100.	Registro de Actividad de Auditores	0%	100%	Anual (Tras las Auditorías Internas)	Auditor Jefe Supervisor
Objetivo general: Retención del talento en auditores internos	Tasa de rotación en bolsa de auditores	Número de profesionales que en el último año ejercen de auditor Junior por primera vez/Número de profesionales incluidos en la bolsa de auditores que no participan en auditorías en el último año	Bolsa de auditores DGCC	Pendiente de establecer	>100%	Anual	CRGCM



6. PROCESO: BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA

6.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Respeto por las personas (profesionales) y por el conocimiento de la organización.

6.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Gestión del conocimiento de la organización.

6.3 CODIRECTOR

Andrés Tendero Alarcón.

6.4 AUTORES

Shaila Ruiz de Lara.

Jesús García Verdugo.

Alberto Peinado Hernández.

Beatriz Ortega González Gallego.

Valeria Reynolds Cortez.

María Armenteros Lechuga.

Laura Collada Fernández.

Estrella Robles González.

6.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO.

Propietario: Alberto Peinado Hernández.



6.6 GESTOR DOCUMENTAL

Shaila Ruiz de Lara.

Beatriz Ortega González Gallego.

6.7 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este proceso, es la realización de la **gestión del conocimiento de la organización a través del Benchmarking de buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora de los procesos**, tanto de la organización como de otras instituciones, realizado de manera eficiente y articulado principalmente a través de las Redes Sociales (RRSS), del entorno web disponible y otros escenarios que permitan el intercambio de conocimiento.

6.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ **Identificar buenas prácticas** en gestión de la calidad y mejora de la organización para implementar las que aportan valor.
- ✓ **Trabajar en la visibilidad de las buenas prácticas** en gestión de la calidad de nuestra organización mejorando la comunicación a nivel interno y a nivel externo con el soporte de las RRSS y la Web.
- ✓ Conseguir establecer un **mapa o banco de buenas prácticas** disponible para toda la organización, así como para cualquier otro interesado.



6.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LINEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Identificar buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora	Realización de la Jornada anual de Benchmarking.	Indicador cualitativo SI/NO	DGCC	No	Realizar la jornada.	Anual	Propietario del proceso.
Trabajar en la visibilidad de las buenas prácticas en gestión de la calidad	Identificar y contabilizar las Gerencias que han aportado BBPP y han participado en el proceso Benchmarking.	$(N^{\circ} \text{ de gerencias que aportan BBPP} / N^{\circ} \text{ gerencias totales del SESCAM}) * 100.$	Grupo I	0%	Nº gerencias que aportan >25% total el primer año.	Trimestral	Gestor documental del proceso.
	Porcentaje de profesionales del SESCAM que participan en las Jornadas de las jornadas de Benchmarking.	$(N^{\circ} \text{ participantes en las jornadas} / N^{\circ} \text{ total de profesionales SESCAM}) * 100.$	DGCC	0%	Nº total de participantes en la primera jornada > 10% del total profesionales. SESCAM.	Semestral	Gestor documental del proceso.
Conseguir establecer un mapa o banco de buenas prácticas	Porcentaje de BBPP aceptadas.	$(N^{\circ} \text{ total de BBPP aceptadas} / N^{\circ} \text{ total de BBPP presentadas}) * 100.$	Grupo I	0%	Nº total de BBPP aceptadas > 20% de las presentadas.	Anual	Propietario del proceso.
	Disponible mapa o banco de BBPP actualizado para consulta interna y/o externa.	Indicador cualitativo SI/NO.	Grupo J	No	Existencia del banco.	Anual	Propietario del proceso.



7. PROCESO: INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD, MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

7.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Respeto por las personas (profesionales) y por el conocimiento de la organización.

7.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Gestión del conocimiento de la organización.

7.3 CODIRECTOR

María Ángeles Tébar Betegón.

7.4 AUTORES

Milko Mario Torres de Castro.

Juan Manuel Rius Peris.

Alejandro Villarín Castro.

Francisco Javier Gómez Romero.

7.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Milko Mario Torres de Castro.

7.6 GESTOR DOCUMENTAL

Francisco Javier Gómez Romero.



7.7 OBJETIVO GENERAL

Desde el proceso “Investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico” se pretende facilitar la información y formación en investigación en gestión de la calidad y mejora, dar soporte para el apoyo metodológico y difusión de la investigación que se está realizando y los proyectos finalizados.

7.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Estandarizar el circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora:
 - Realizar una búsqueda de los métodos de investigación en gestión de la calidad y mejora (QALY, DALY, GRD, CID, RV/MA, validación cuestionarios...).
 - Estandarizar un formulario de necesidades formativas sentidas de nuestros grupos de interés y también de posibles propuestas de expertos de esas materias.
 - Lanzar esta herramienta, analizar y exponer los resultados de forma bienal.
 - Buscar y realizar una propuesta de expertos en esas necesidades formativas.
 - Generar una propuesta de programa formativo que responda a estas necesidades, priorizada según demanda de las actividades.
 - Valoración, confirmación y difusión del programa formativo desde DGCC a los grupos de interés.
- ✓ Garantizar la satisfacción con las actividades formativas realizadas.
- ✓ Estandarizar el circuito del apoyo metodológico a los grupos de interés:
 - Homogeneizar los criterios de entrada según necesidades de apoyo: Proyectos de investigación, informes DGCC, bases de datos, difusión (artículo/póster/comunicación).



- Buscar y realizar una propuesta de expertos en algunos métodos de investigación.
- Homogeneizar los circuitos de entrada a los recursos de los apoyos de investigación para los grupos de interés y crear nodos virtuales de comunicación en las diferentes Gerencias.
- Generar un cuestionario para evaluar de forma anual la satisfacción de las actividades de apoyo metodológico de los grupos de interés.
- ✓ Garantizar la satisfacción con el apoyo metodológico recibido por parte de los solicitantes.
- ✓ Promover la difusión de la investigación en gestión y calidad:
 - Estandarizar un cuestionario de fácil cumplimentación para que, de forma anual (principios del año siguiente), sea rellenado por el responsable del grupo de interés en cuanto a: comunicación, póster, capítulo de libro, artículo, proyectos en desarrollo y premios.
 - Enviar el cuestionario a principios de enero al responsable del grupo de interés.
 - Realizar un recordatorio entre 30-40 días tras el primer envío.
 - Realizar una memoria anual con el resultado obtenido de nuestros grupos de interés.
 - Trasladar esta información en formato “memoria de investigación” al Grupo del Plan Regional y a la DGCC para su publicación y difusión.
 - Según el avance con el Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (IIS/IDISCAM), considerar la solicitud de grupo de investigación de gestión y calidad, para filtrar búsqueda de ayudas y convocatorias y premios de investigación.
- ✓ Determinar los recursos en términos de talento y tiempo, para desplegar el proceso de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del



PRC:

- Determinar el número de horas dedicadas al despliegue del proceso de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC.
- Definir el perfil de competencias del técnico de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC.
- ✓ Dotar de los recursos de talento y tiempo necesarios para el despliegue del proceso de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC.



7.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LÍNEA DE BASE	META/ ESTÁNDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Estandarizar el circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora.	Circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora estandarizado, disponible en el Gestor Documental del PRC.	Circuito estandarizado y documentado	REDON PRC	No	Sí	Semestral	Propietario del Proceso
	Número de actividades formativas desarrolladas con respecto a las expectativas de los grupos de interés.	\sum de actividades formativas en investigación	Plan formativo de DGCC	0	≥ 2	Semestral	Propietario del Proceso
Garantizar la satisfacción con el apoyo metodológico recibido por parte de los grupos de interés.	Satisfacción media del alumnado en las actividades formativas.	\sum satisfacción / número alumnos que responden a encuesta	Dirección General de Recursos Humanos	0	>4 en una escala Likert 1-5	Semestral	Propietario del Proceso
Estandarizar el circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora.	Circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora estandarizado, disponible en el Gestor Documental del PRC.	Circuito estandarizado y documentado	REDON PRC	No	Sí	Semestral	Propietario del Proceso
	Número de solicitudes anuales.	Sumatorio de asesorías	DGCC-BD-04	1	10	Semestral	Propietario del Proceso
Garantizar la satisfacción con el apoyo metodológico recibido por parte de los grupos de interés.	Satisfacción media de los solicitantes de apoyo metodológico.	\sum satisfacción / número asesorados que responden a encuesta	DGCC-BD-05	0	>4 en una escala Likert 1-5	Semestral	Propietario del Proceso



OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LÍNEA DE BASE	META/ ESTÁNDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Promover la difusión de la investigación en gestión y calidad.	Creación de memoria investigadora anual para el envío al grupo de Benchmarking del Plan y la DGCC.	Realización de memoria de investigación.	DGCC-FL-07	No	Si	Semestral	Propietario del Proceso.
	Difusión de ayudas, convocatorias y premios de investigación en gestión y calidad a los propietarios de los Grupos del Plan y DGCC a través del IIS/IDISCAM	Σ de actividades difundidas a los grupos de interés.	DGCC-FL-07	No	Si	Semestral	Propietario del Proceso.
Determinar el número de horas dedicadas al despliegue del proceso de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC	Nº de horas mensuales dedicadas al despliegue del proceso de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC.	Σ horas de dedicación mensuales.	Registro diseñado ad-hoc	10	35	Trimestral	Propietario del Proceso.
Definir el perfil de competencias del técnico de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC.	Perfil de competencias definido y disponible en el Gestor documental del PRC.	Perfil de competencias definido y disponible en el Gestor documental del PRC	REDON PRC	No	Si	Trimestral	Propietario del Proceso.
Dotar de los recursos de talento y tiempo necesarios para el despliegue del proceso de investigación en gestión de la calidad y mejora y difusión del conocimiento científico del PRC	Responsable del apoyo metodológico del Plan Regional de Calidad.	Apoyo mediante responsable adscrito a DGCC.	DGCC	No	Si	Semestral	Propietario del Proceso.



8. PROCESO: IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN

8.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.

8.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Mantenimiento e implantación de modelos integrados de gestión.

8.3 CODIRECTOR

Óscar Herráez Carrera.

8.4 AUTORES

Antonio Alberto León Martín.

Juan Madrona Tárraga.

Fernando Bedoya García.

José Manuel Gómez García.

Trinidad Cañuelo Merino.

Enrique Galán Dorado.

Fernando Calero Legidos.

8.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Propietario: Antonio Alberto León Martín.

Copropietario: Juan Madrona Tárraga.



8.6 GESTOR DOCUMENTAL

Trinidad Cañuelo Merino.

8.7 OBJETIVO GENERAL

Se identifican dos objetivos generales:

- ✓ En primer lugar, establecer e implantar un sistema de información de gestión de la calidad: estable, intuitivo, adaptable, accesible, válido y fiable.
- ✓ En segundo lugar, a través de la correcta utilización de este sistema, garantizar la correcta gestión de la documentación necesaria para el mantenimiento de los sistemas de gestión de las distintas gerencias, asegurando la edición, revisión, aprobación y accesibilidad de los documentos vigentes necesarios establecidos en los diversos sistemas de gestión.

8.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Diseñar, implantar y evaluar un pilotaje previo a la implantación de la versión definitiva de la plataforma informática.
- ✓ Diseñar, desplegar y evaluar un plan formativo específico.
- ✓ Definir los roles de funcionamiento de la plataforma.
- ✓ Establecer circuitos de gestión de la demanda.
- ✓ Diseñar circuitos de resolución de incidencias.



8.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LÍNEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Garantizar una implantación del Gestor viable y eficaz.	Evaluación del pilotaje favorable	Satisfacción global media con el Gestor	Encuesta de opinión.	-	>8 (escala 1-10)	Única	Grupo de trabajo A.
Diseñar una actividad formativa específica de calidad.	Cumplimiento de los objetivos formativos	Validación Plan Formativo	Ficha validación.	-	Sí	Anual	Grupo de trabajo A.
	Acreditación actividad formativa	Actividad Formativa acreditada por la Comisión Central de Formación Continuada.	Expediente acreditación.	-	Sí	Anual	Grupo de trabajo A.
Implantar un gestor de resolución de incidencias eficaz.	Incidencias resueltas en tiempo según criticidad de la misma	\sum horas/nº incidentes críticos	IRIS.	-	<24h	Semestral	ATIS.
		\sum horas/nº incidentes prioridad alta	IRIS.	-	<48h	Semestral	ATIS.
		\sum horas/nº incidentes prioridad media	IRIS.	-	<4d	Semestral	ATIS.
		\sum horas/nº incidentes prioridad baja	IRIS.	-	<7d	Semestral	ATIS.
Definición y adecuación de profesionales a perfiles de capacitación específicos para la gestión documental.	Perfil de puesto de trabajo específico	Definición de perfil de puestos.	Ficha perfil de puesto.	-	Sí	Anual	Grupo de trabajo A.



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

9.1 LÍNEA ESTRATÉGICA

Dentro de la planificación del Plan Regional de Calidad 2021-2025 en desarrollo del *Plan de Salud Horizonte 2025*, el Proceso de Monitorización y Evaluación de Resultados se enmarca como un proceso soporte que abarca y es cliente de las distintas líneas estratégicas del Plan y en concreto:

- Mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.
- Respeto por las personas y por el conocimiento de la organización.

9.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

E igualmente da soporte a los cuatro objetivos estratégicos del Plan:

- Mantenimiento e implantación de MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN.
- Transformación, sostenibilidad e innovación en PROCESOS ASISTENCIALES.
- Gestión del TALENTO de las personas.
- Gestión del CONOCIMIENTO de la organización

9.3 CODIRECTOR

Andrés Tendero Alarcón.

9.4 AUTORES

Enrique Galindo Bonilla.



Rubén Marín Sánchez.

M^a. Eugenia Medina Chozas.

José Sacristán Peris.

Francisco Vecina Vecina.

9.5 PROPIETARIO DEL PROCESO / COPROPIETARIOS DEL PROCESO

Propietario: Francisco Vecina Vecina.

Copropietaria: M^a Eugenia Medina Chozas.

9.6 GESTOR DOCUMENTAL

Rubén Marín Sánchez.

9.7 OBJETIVO GENERAL

Desde el proceso “Seguimiento, monitorización, evaluación de resultados del Plan Regional de Calidad” se pretende:

Hacer seguimiento, monitorización y evaluación de forma precisa, efectiva y eficiente de los procesos del plan, para verificar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

9.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS O DE RENDIMIENTO

- ✓ Ayudar a definir los indicadores de los procesos/grupos una vez definidos los objetivos.
- ✓ Verificación de los datos para construir los indicadores.



- ✓ Elaborar un cuadro de mandos y tablas de cada proceso, poniéndolos a disposición de los grupos de trabajo.
- ✓ Cuantificar económicamente el proceso.

9.9 INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	FUENTE	LINEA DE BASE	META/ ESTANDAR	FRECUENCIA MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Ayudar a definir los indicadores de los demás grupos	Cuantificación de indicadores validados.	$(N^{\circ} \text{ de indicadores validados} / N^{\circ} \text{ total de indicadores recibidos}) * 100.$	Base de datos grupo	-	90%	Trimestral	Grupo J.
Verificar los datos recibidos para su construcción	Cuantificación de Indicadores verificados.	$(N^{\circ} \text{ de indicadores verificados} / N^{\circ} \text{ total de indicadores recibidos}) * 100.$	Base de datos grupo	-	90%	Trimestral	Grupo J.
	Se incluye explicación/descripción de indicador construido	$(N^{\circ} \text{ de indicadores verificados que incluye descripción} / N^{\circ} \text{ total de indicadores verificados}) * 100$	Base de datos grupo	-	90%	Trimestral	Propietario del Proceso.
Crear Cuadro de Mandos de indicadores del Plan Regional de Calidad.	Tener disponibilidad de un cuadro de mandos general	Realizado el Cuadro de mandos general.	Base de datos grupo	-	Si	Trimestral	Grupo J.
	Tener disponibilidad de cuadros de mandos de procesos específicos	Realizado Cuadros de mandos específicos	Base de datos grupo	-	Si	Trimestral	Grupo J.
Cuantificación Económica del Proceso.	Se puede medir económicamente el proceso utilizando las bases de datos disponibles	Dicotómico (si/no)	Base de datos grupo/ base de datos SESCAM	-	Si	Trimestral	Propietario del proceso.
	Coste de Realización del Proceso	$\sum \text{costes empleados en la elaboración del proceso}$	Base de datos grupo/ base de datos SESCAM	-	€	Trimestral	Propietario del Proceso.
	Eficiencia del Proceso	$\sum \text{Costes del proceso}$	Base de datos grupo/base de datos SESCAM	-	€	Trimestral	Propietario del Proceso.
	Eficiencia del Proceso	$\sum \text{Costes del proceso y su comparativo con otro proceso similar o alternativo (si lo hubiese)}$	Base de datos grupo/base de datos SESCAM	-	€	Trimestral	Propietario del Proceso.

CONSEJERÍA DE SANIDAD
**Plan Regional de Calidad de
Castilla-La Mancha**
“Organizaciones de aprendizaje”
2021 - 2025

