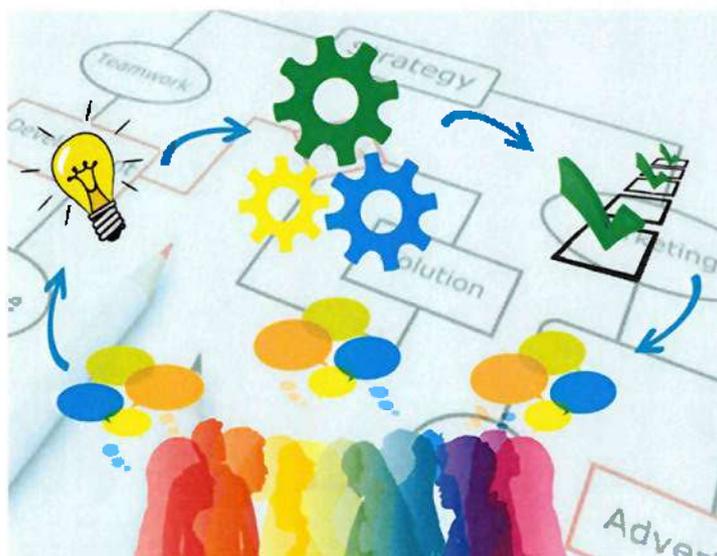




MEMORIA ANUAL 2022

PLAN REGIONAL DE CALIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

“Organizaciones de aprendizaje” 2021-2025.



Elaborado por:
Equipo Coordinador del
Plan Regional de
Calidad.

En representación del
Equipo Coordinador del
Plan Regional de
Calidad.

Fecha:13-03-2023

Revisado por:
Co-directores del Plan
Regional de Calidad.

En representación de
los Co-directores del
Plan Regional de
Calidad.

Fecha:13-03-2023

Aprobado por:
Begoña Fernandez
Valverde.
Directora General de
Cuidados y Calidad.



Fecha: 15-03-2023

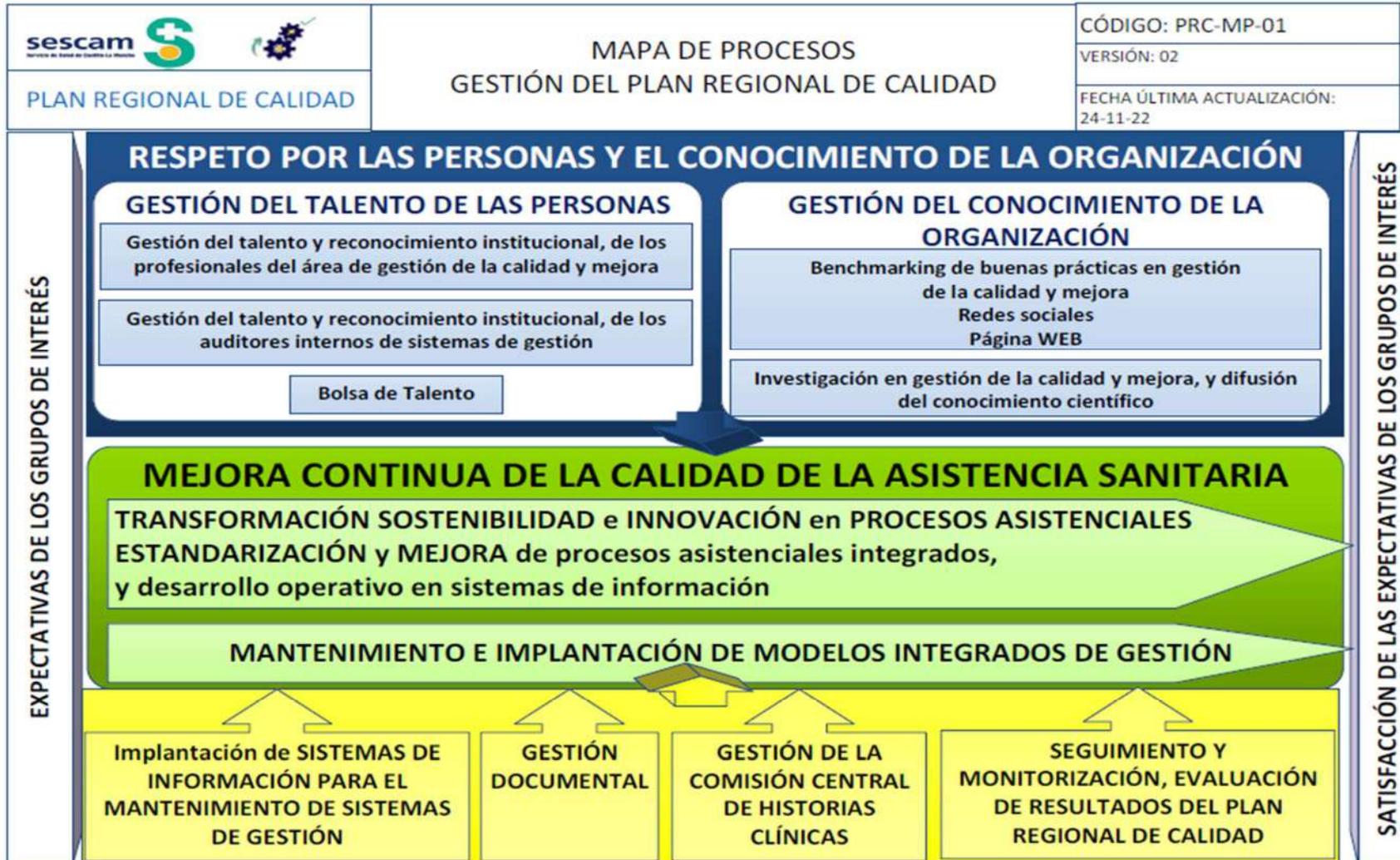


ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. MACROGESTIÓN DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD..... | 3 |
| 2. MAPA DE PROCESOS..... | 4 |
| 3. MEMORIA DE ACTIVIDAD DE LOS PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD..... | 5 |
| 3.1. PROCESO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN..... | 5 |
| 3.2. PROCESO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN..... | 15 |
| 3.3. PROCESO TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD E INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN..... | 23 |
| 3.4. PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA..... | 30 |
| 3.5. PROCESO DE BOLSA DE TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM..... | 34 |
| 3.6. PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS..... | 40 |
| 3.7. PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA. | 44 |
| 3.8. PROCESO INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO..... | 49 |
| 3.9. PROCESO SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD. | 55 |



2. MAPA DE PROCESOS.





- Debe contar con una gestión de usuarios y perfiles que permitirá el control de acceso, con restricciones a la información por centro, en función de la configuración del perfil de cada usuario.
- El acceso al sistema se realizará a través de LDAP corporativo del SESCOAM, validando a los usuarios (autenticación) y gestionando los roles (autorización).
- Debe contar con un buscador avanzado de documentos a partir de diversos criterios (código, título, descripción, servicio, alcance, etc.).
- Debe permitir el acceso a la información que se considere relevante para el usuario, proveedores y otros grupos de interés, entendidos como otros individuos u organizaciones que afecten al desarrollo de la actividad o que puedan verse afectados por dicha actividad (entidades subcontratadas, asociaciones de pacientes, centros docentes u otros que se considere oportuno).
- Debe soportar el uso de múltiples formatos de archivos (Open office, Microsoft Office, Portable document format, Visio...) tanto de entrada como de salida al sistema.
- Debe contar con la posibilidad de generar listados de documentos según diversos criterios: documentos externos, documentos por servicio/dispositivo, documentos por organización, listado de registros, documentos próximos a caducar, etc.
- Debe permitir la consulta documental a través de dispositivos móviles (teléfonos, tabletas...), y comunicación con las páginas web de las Gerencias para la consulta de documentos marcados para su visualización (documentos disponibles para usuarios, proveedores y otros grupos de interés).
- Debe permitir la realización de estadísticas descriptivas y la definición flexible de indicadores de gestión del proceso: número de documentos por categoría incluidos entre intervalo de fechas, número de documentos con fecha de revisión pasada, número de documentos pendientes de actualizar, etc.
- Debe contar con un sistema de codificación de documentos flexible y adaptable, al menos, a nivel de Gerencias.
- Debe permitirse, aún en el caso de existir módulo específico, flexibilidad para la adaptación de formularios, registros, documentos, indicadores, etc., para cada una de las Gerencias o Direcciones Generales incluidas en el alcance. Será posible utilizar plantillas propias de las Gerencias mediante la subida de documentos asociados a módulos específicos propios o desarrollo ad hoc de los mismos, en el caso de no existir, según necesidades de los sistemas locales de gestión, contando con la posibilidad de utilizar formatos para la definición de documentos según plantillas adaptables por los usuarios.
- Debe soportar el análisis del contexto con evolución en el tiempo.
- Debe permitir la identificación y análisis de las expectativas de las partes interesadas, permitiendo el registro del origen de la información, que permite el análisis de dichas expectativas.
- Debe garantizar el análisis de riesgos y oportunidades, permitiendo la cuantificación de los riesgos, ponderación de oportunidades y seguimiento de su evolución temporal.
- Debe permitir la gestión de incidencias y no conformidades, permitiendo el registro de acciones reparadoras, acciones correctivas, evaluación de la eficacia de acciones correctivas, análisis de extensión de las no conformidades, asignación y seguimiento de acciones correctivas pendientes de realización y pendientes de evaluación de la eficacia.



- Debe garantizarse la trazabilidad entre los resultados del análisis del contexto, análisis de expectativas de partes interesadas y análisis de riesgos, y la planificación, monitorización y evaluación de la eficacia de las acciones de mejora implantadas a los resultados de dichos análisis.
- Debe garantizarse la existencia de un sistema de alertas de correo electrónico o metodología homologable, que garantice avisos a la persona responsable de las tareas asignadas en el sistema de gestión. Del mismo modo, el sistema de alertas debe garantizar el recordatorio de las tareas con fecha asignada para validar dicha actividad (por ejemplo, la comprobación de eficacia de una acción correctiva o la aprobación de un documento...).
- Debe tener la capacidad de inventariar equipos y establecer requisitos de mantenimientos correctivos y preventivos, verificaciones, calibraciones, además de permitir el registro de la planificación y registro de la realización de dichas actividades.
- Debe tener la capacidad de establecer perfiles de puesto de trabajo, evaluar competencias de cada profesional, planificar la formación continuada y evaluar la eficacia de la misma, para cada profesional.
- Debe permitir el registro y evaluación de los proveedores y permitir el seguimiento temporal de esta evaluación. Debe permitir el registro de toma de decisiones, en base a los resultados de la evaluación individualizada de cada proveedor.
- Debe monitorizar indicadores de rendimiento de procesos con la posibilidad de obtener gráficos de control. El sistema de alertas de la aplicación debe reconocer la desviación respecto al estándar de dichos indicadores, en base a niveles de calidad aceptables establecidos.
- Debe permitir la planificación y monitorización de objetivos de calidad, con la posibilidad de obtener gráficos de control. El sistema de alertas de la aplicación debe reconocer la desviación respecto al estándar de dichos objetivos, en base a niveles de calidad aceptables establecidos.
- Debe permitir el cumplimiento de los requisitos de la Norma (ISO 9001:2015) en la planificación del cambio y evaluación de riesgos asociados al mismo: propósito de los cambios, disponibilidad de recursos y asignación de responsabilidades.
- Debe garantizarse el cumplimiento de los requisitos de la Norma (ISO 9001:2015), en la aplicación de diseño: definición de los resultados a lograr, realización de las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, actividades de verificación y validación, así como conservación de la información documentada de estas actividades.

3. Valorar las expectativas y necesidades de otros grupos del plan regional y considerarlas en el desarrollo del trabajo del grupo.

En las actividades del grupo se consideraron las siguientes necesidades en la medida que fueran pertinentes:



| CLIENTES | EXPECTATIVAS/ENTRADAS | Resultado |
|---|---|--|
| Dirección General de Cuidados y Calidad | Información sobre la actividad desarrollada por el equipo responsable del proceso. | <i>El presente documento se considera la primera memoria anual del grupo.</i> |
| Grupo B Plan Regional de Calidad “Modelos integrados de gestión” | Capacidad de integración en la plataforma de los diferentes modelos de gestión de calidad (aunque inicialmente sea sólo ISO 9001:2015). | <i>El proceso de adecuación a criterios de la empresa adjudicataria considera la integración con 14001:2015.</i> |
| Grupo C Plan Regional de Calidad “Procesos asistenciales integrados” | Integración de los procesos diseñados en la plataforma con capacidad de generar listados, documentos y monitorizar sus indicadores. | <i>Se considera como requisito obligatorio en las condiciones a cumplir por la empresa adjudicataria</i> |
| Grupo D Plan Regional de Calidad “Reconocimiento responsables de calidad” | Perfiles de la plataforma adecuados a los roles definidos por el grupo del plan regional. | <i>La definición de roles considera al responsable de calidad administrador de la plataforma</i> |
| Grupo F Plan Regional de Calidad “Reconocimiento auditores” | Capacidad de la plataforma para gestionar información documentada propia del proceso de auditoría (solicitud, planificación, informes...) | <i>La plataforma seleccionada tiene un módulo de gestión de auditorías.</i> |
| Grupo I Plan Regional de Calidad “Investigación” | Posibilidad de generar tablas de información de variables a estudio. | <i>El seguimiento de indicadores permite exportar a tablas dicha información.</i> |
| Grupo J Plan Regional de Calidad “Monitorización y evaluación de resultados” | Capacidad del módulo de indicadores de adaptarse a la plantilla de indicadores propuesta. | <i>Se ha recibido evaluación del grupo de indicadores favorable a la propuesta hecha por el grupo</i> |

4. Adecuación de la documentación del grupo al sistema de control documental propuesto desde la Dirección General.

Se ha adecuado la información documentada del grupo a la codificación propuesta por la Dirección General y se han incluido los documentos generados en el gestor documental de la carpeta compartida en red por el grupo.

| Nombre | Fecha de modifica... | Tipo | Tamaño |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|--------|
| 1 FICHA PROCESO | 20/12/2022 10:59 | Carpeta de archivos | |
| 2 DIAGRAMA FLUJO | 28/11/2022 16:36 | Carpeta de archivos | |
| 3 PLANTILLAS-FORMULARIOS | 09/02/2023 11:47 | Carpeta de archivos | |
| 4 BASES DATOS | 23/11/2022 9:04 | Carpeta de archivos | |
| 5 PRESENTACIONES | 30/01/2023 14:53 | Carpeta de archivos | |
| 6 DOCUMENTOS REUNIONES TRABAJO | 30/01/2023 14:52 | Carpeta de archivos | |
| 7 MEMORIA ACTIVIDAD | 05/12/2022 9:20 | Carpeta de archivos | |
| 8 PILOTAJE | 07/12/2022 12:19 | Carpeta de archivos | |



| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | PLAN REGIONAL DE CALIDAD. FICHA DEL PROCESO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN | CÓDIGO: PRC-FP-05 |
| | | VERSIÓN: 5 |
| | | FECHA APROBACION: 28-11-2022 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | |

b. Objetivos formulados para el año 2022.

1. Diseñar un pilotaje previo a la implantación de la versión definitiva de la plataforma informática.
2. Diseñar un plan formativo específico.
3. Definir los roles de funcionamiento de la plataforma.
4. Diseñar circuitos de resolución de incidencias.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

| | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | | | | |
|--|--------------|---|--|---|--|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------|--|-------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | | | | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | | | | |
| GRUPO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN | 1 | 28/11/2022 | Garantizar una implantación del Gestor viable y eficaz. | Evaluación de la implantación. | Satisfacción global media Gestor | >8 (escala 1-10) | Anual | Encuesta de opinión. | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | Grupo de trabajo A. | | | | | |
| | 2 | 28/11/2022 | Diseñar una actividad formativa específica de calidad. | Cumplimiento de los objetivos formativos. | Validación Plan Formativo. | SI | Anual | Ficha validación. | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | Grupo de trabajo A. | | | | |
| | | | | Acreditación actividad formativa | Actividad formativa acreditada por la Comisión Central de Formación Continuada | SI | Anual | Expediente acreditación. | | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | | | |
| | 3 | 28/11/2022 | Implantar un gestor de resolución de incidencias eficaz. | Incidencias resueltas en tiempo según criticidad de la misma. | Σ horas/nº incidentes críticos | <24h | Semestral | ATI | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | Grupo de trabajo A. | | | |
| | | | | | Σ horas/nº incidentes prioridad alta | <48h | Semestral | ATI | | | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | | |
| | | | | | Σ horas/nº incidentes prioridad media | <4d | Semestral | ATI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 |
| | | | | | Σ horas/nº incidentes prioridad baja | <7d | Semestral | ATIB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 |



|  | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | | |
|--|--------------|---|---|---|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-------------------------------|-----------|-----------------|-------------|---------------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | |
| GRUPO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN | 4 | 28/11/2022 | Reconocer institucionalmente los responsables de funcionamiento del Gestor. | Perfil de puesto de trabajo específico. | Diseño perfil de puesto | SI | Anual | Ficha perfil de puesto | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | Grupo de trabajo A. |

La monitorización de indicadores comenzará en el año 2023.



d. Análisis de los resultados alcanzados.

- Diseñar un pilotaje previo a la implantación de la versión definitiva de la plataforma informática.

Se decide que las 3 fases iniciales de la implantación considerarán las siguientes tareas:

FASE 1.

Evaluar el adecuado cumplimiento del programa respecto de los requerimientos definidos en los pliegos.

Realizar la configuración general que se aplicará en todas las gerencias.

Detectar y la necesidad de desarrollos específicos precisos para la adecuación del programa a los sistemas de gestión de las diversas gerencias desde una perspectiva general

Evaluar la metodología y cumplimiento de los requisitos informáticos necesarios para la implantación en las gerencias.

Formación de alto nivel a los integrantes del grupo para poder dar apoyo en las siguientes fases de implantación.

FASE 2.

Evaluar la adaptación del programa respecto a los requerimientos definidos en los sistemas de gestión de las gerencias.

Realizar la configuración local que se puede requerir en una gerencia.

Detectar la necesidad de desarrollos específicos precisos para la adecuación del programa a los sistemas de gestión de las diversas gerencias desde una perspectiva general

Evaluar adecuación de los sistemas de informáticos de las gerencias necesarios para utilización del programa.

Formación de nivel medio a los integrantes del grupo para poder dar apoyo en la siguiente fase de implantación.

FASE 3.

Completar la implantación del programa en todas las gerencias del SESCAM.

Realizar la configuración local que se puede requerir en una gerencia.

Formación de nivel usuario a los integrantes del grupo para poder dar apoyo en la siguiente fase de implantación.

- Diseñar un plan formativo específico.

Se consensua el diseño de las 3 fases del pilotaje.

- Formación FASE 1. Dada por la empresa a las Gerencias seleccionadas.
- Formación FASE 2. Dada por la empresa a todas las Gerencias (formación de formadores).
- Formación FASE 3. Formación para la implantación, dada a todas las Gerencias previo a dicha implantación. Formación de usuario, impartida por los profesionales que asistieron a la formación de formadores. Ficha. Se propone que la formación sea obligatoria en los servicios certificados.



3.2. PROCESO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2022.

La actividad de este proceso queda enmarcada dentro de la línea estratégica “Respeto por las personas y por el conocimiento de la organización” y cuyo objetivo estratégico es el “mantenimiento e integración de modelos integrados de gestión”. Y en base a ello, las principales actividades llevadas a cabo pueden definirse de la siguiente forma:

1. **Proceder al despliegue efectivo de este proceso y asegurar su estandarización** mediante el soporte documental adecuado como ficha de proceso, diagrama de flujo y los formularios correspondientes para canalizar la actividad descrita. Además de la medición inicial de los indicadores establecidos en nuestro cuadro de mandos.
2. Otro punto de partida era el **establecer un diagnóstico situacional en las diferentes organizaciones del SESCAM y otros órganos centrales** y conocer así las necesidades en cuanto a la implantación de otros modelos de gestión y su viabilidad en cuanto a integración se refiere.

Tras el análisis oportuno de la encuesta, se elaboró el “Informe de Diagnóstico Situacional de Modelos Integrados de Gestión en el SESCAM”, en el que se plasmaron los siguientes resultados:

- **Norma ISO 14001. Sistemas de gestión ambiental.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | ALCANCE |
|--------------------------|--|
| GAE TOLEDO | Suministros, cocina, lencería y gestión de residuos. |
| GAI ALBACETE | Hospitales y/o Centros de Salud de la Gerencia. |
| GAI ALCÁZAR DE SAN JUAN | GAI Alcázar de San Juan. |
| GAI ALMANSA | Gerencia. Servicios externos. |
| GAI CIUDAD REAL | Gerencia. |
| GAI CUENCA | No específica. |
| GAI GUADALAJARA | Hospital. |
| GAI HELLÍN | No específica. |
| GAI TOMELLOSO | Hospital. |
| GAI VILLARROBLEDO | Hospital. |
| GUETS | No específica. |
| SECRETARÍA GENERAL | No específica. |



- **Norma UNE 179003. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | ALCANCE |
|---|--|
| GAE TOLEDO | Bloque quirúrgico. |
| GAI ALBACETE | Proceso de Unidad de Cuidados Intensivos, Procesos de Farmacia, Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Microbiología. |
| GAI ALCÁZAR DE SAN JUAN | Área de Gestión Integrada Alcázar de San Juan. |
| GAI ALMANSA | Urgencias y Bloque quirúrgico. |
| GAI CIUDAD REAL | Unidad de Cuidados Intensivos y Anestesia. |
| GAI CUENCA | Urgencias, CMA, Quirófanos. |
| GAI GUADALAJARA | Urgencias, Cuidados Área de Hospitalización, Atención al paciente. |
| GAI HELLÍN | No específica. |
| GAI MANZANARES | A valorar en función de la colaboración de diferentes servicios en los que trabajar. |
| GAI PUERTOLLANO | No específica. |
| GAI TALAVERA DE LA REINA | Urgencias-Proceso integral de atención al paciente. |
| GAI TOMELLOSO | Bloque quirúrgico, Hospitalización y Urgencias hospitalarias. |
| GAI VALDEPEÑAS | Unidades de hospitalización. |
| GAI VILLARROBLEDO | Urgencias, Quirófanos. |
| GAP TOLEDO | EAP Los Yébenes. |
| GERENCIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO | A definir tras consultoría con la CRGCM. |
| HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS | Farmacia. |

- **Norma ISO 45001. Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | ALCANCE |
|-----------------------------------|---|
| GAI ALBACETE | Servicio de Salud Laboral. |
| GAI ALCÁZAR DE SAN JUAN | Que aplique a todos los profesionales de la GAI. |
| GAI ALMANSA | Servicio de Salud Laboral. |
| GAI CIUDAD REAL | Servicio de Salud Laboral. |
| GAI CUENCA | Que aplique a todos los profesionales de la GAI. |
| GAI GUADALAJARA | Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. |
| GAI MANZANARES | No específica. |
| GAI TOMELLOSO | Completo (todo el área). |
| GAI VALDEPEÑAS | Servicios del Hospital: Farmacia, Radiología y Quirófano. |
| GUETS | Que aplique a todos los profesionales de la Gerencia. |
| HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS | Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. |



- **Norma ISO 50001. Sistemas de gestión de la energía.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | ALCANCE |
|-----------------------------------|---|
| GAI ALBACETE | Hospitales y/o Centros de Salud de la Gerencia. |
| GAI ALCÁZAR DE SAN JUAN | GAI Alcázar de San Juan. |
| GAI ALMANSA | Gerencia. |
| GAI CIUDAD REAL | Gerencia. |
| GAI CUENCA | Nuevo hospital. |
| GAI HELLÍN | Hospital o varios centros de salud. |
| GAI TOMELLOSO | Hospital. |
| GAI VALDEPEÑAS | Hospital. |
| GAI VILLARROBLEDO | SSGG (Sistemas de gestión). |
| GUETS | No específica. |
| HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS | No específica. |
| SECRETARÍA GENERAL | No específica. |

- **Modelo EFQM 2020.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | ALCANCE |
|--------------------------|---|
| GAI ALBACETE | Uno o varios Centros de Salud de la Gerencia. |
| GAI ALCÁZAR DE SAN JUAN | GAI Alcázar de San Juan. |
| GAI ALMANSA | Servicios asistenciales. |
| GAI MANZANARES | No específica. |
| GAI VALDEPEÑAS | Urgencias, UCAPI. |
| GAI VILLARROBLEDO | Pediatría. |
| GUETS | No específica. |

- **Modelo Joint Commission.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | ALCANCE |
|--------------------------|---|
| GAI CIUDAD REAL | No específica. |
| GAI CUENCA | Nuevo hospital. |
| GAI TOMELLOSO | Farmacia, Laboratorios y Atención Primaria. |
| GUETS | No específica. |

- **Otros modelos de gestión solicitados.**

| ORGANIZACIÓN SOLICITANTE | NORMA/MODELO | ALCANCE |
|--|---|--|
| GAI HELLÍN | ACSA. Modelo de Calidad Sanitaria de Andalucía. | Hospital y Atención Primaria. |
| INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA LA MANCHA | LEAN HEALTHCARE | No específica. |
| GUETS | Modelos de aplicación específica a la gestión de urgencias, emergencias y transporte sanitario. | Urgencias, emergencias y transporte sanitario. |



3. En el último trimestre de 2022 se ha comenzado con la **implantación e integración de la Norma ISO 14001:2015** en 11 Gerencias de las 12 inicialmente solicitantes, con el correspondiente acompañamiento en las mismas de 2 miembros de nuestro proceso.

4. **Disponer de una base de datos (BBDD) de Alcances**, con todas las Gerencias que presentan algún dispositivo con procesos certificados con la Norma ISO 9001:2015.

5. **Actividad discente y docente**: el 90% de los miembros de nuestro grupo se han formado a lo largo del 2022 en diferentes modelos de gestión, como son el Modelo EFQM, Norma ISO 9001:2015 y Norma ISO 14001:2015. Además, el 50% de los componentes de este grupo, ha participado como docente en cursos relacionados con modelos de gestión.

6. En referencia a la **producción científica**, desde este grupo se ha trabajado intensamente para que pudiera registrarse como propiedad intelectual el Manual de Procesos de un Plan Regional de Calidad. Este documento se finalizó en diciembre de 2022 y fue registrado a inicios de enero 2023.

b. Objetivos formulados para el año 2022.

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 Plan Regional de Calidad (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 PRC como a los distintos servicios y gerencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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



c. Cuadro de mandos de indicadores.

|  | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | |
|--|--------------|---|---|---|---|---------------------------------------|--------------------------|---|-------|---------|------------------------|-------|------|-----------------|-------|--------|-----------------|-----------------|-----------|-----------|-------------------------------|---------------------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE |
| GRUPO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN | 1 | 21/03/2022 | Acompañar en la integración de los procesos-modelos de gestión integrada. | Solicitudes de acompañamiento para integración de Modelos Integrados de Gestión | (Nº Solicitudes de acompañamiento atendidas/Nº solicitudes acompañamiento solicitadas)*100. | 100% | Trimestral | Registro de actividad. | | | Se establece indicador | | | Sin solicitudes | | | Sin solicitudes | | | 100% | 100% | Copropietarios grupo B |
| | 2 | 21/03/2022 | Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión. | Participación de componentes del nodo MG como docente en MG | (Nº Horas participadas del nodo MIG en sesiones de formación / nº horas de sesiones de formación organizadas sobre MIG) x 100. | 60% | Trimestral | Registro de actividad. | | | Se establece indicador | | | 191% | | | 62% | | | 148% | 134% | Gestor documental grupo B |
| | 3 | 21/03/2022 | Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión. | Participación de componentes 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) x 100. | 80% | Trimestral | Registro de actividades formativas del nodo MIG | | | Se establece indicador | | | 100% | | | Sin solicitudes | | | 100% | 100% | Gestor documental grupo B |
| | 4 | 21/03/2022 | 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) x 100. | 95% | Semestral | Registro de actividad. | | | Se establece indicador | | | | | | | Sin solicitudes | | | Sin solicitudes | Sin solicitudes |



| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|---------------------------|----|---------------------------|---------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DECIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | | | |
| GRUPO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN | 5 | 21/03/2022 | Participar en la investigación sobre modelos integrados de gestión. | Participación en actividad investigadora (comunicaciones, publicaciones, capítulos de libro, artículos de revista...) sobre MIG. | Nº de producción científica del nodo MIG en el año en curso. | ≥ 1 al año en curso | Anual | Registro de actividad. | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | Gestor documental grupo B | | | |
| | 6 | 21/03/2022 | 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. | SI/NO | Anual | Catálogo de unidades MIG. | | | | | | | | | | | | | | | Creada BBDD Alcances | Sí | Gestor documental grupo B | |
| | 7 | 31/01/2023 | Controlar el tiempo de análisis de la "Solicitud de Intervención" desde que se recibe | Medición de tiempo de análisis de la "Solicitud de intervención" | (N.º de solicitudes recibidas y analizadas en un tiempo menor o igual a 10 días / N.º total de solicitudes recibidas) x 100 | 100% | Anual | Registro de actividad. | | | | | | | | | | | | | | | | | No aplica | Gestor documental grupo B |
| | 8 | 03/02/2023 | Controlar el tiempo de comunicación de la "Solicitud Incorrecta" a peticionario | Comunicar incorrecciones a peticionarios en un tiempo menor o igual a 5 días desde análisis de la petición | (N.º de solicitudes incorrectas comunicadas a peticionario en un tiempo menor o igual a 5 días desde su análisis / N.º total de solicitudes incorrectas) x 100 | 100% | Anual | Registro de actividad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | No aplica |



3. Mantener actualizada la BBDD de alcances con las ubicaciones de cada Gerencia donde se está implantando la Norma ISO 14001:2015, además de incorporar los nuevos procesos que se certifiquen por la Norma 9001:2015 y retirar aquellos que salgan del alcance correspondiente.
4. Captar y valorar nuevas necesidades planteadas por los clientes de nuestro proceso.

f. Conclusiones.

- El empleo de herramientas para establecer un diagnóstico situacional y de necesidades de nuestras organizaciones es necesario para una planificación adecuada de recursos y ha puesto de manifiesto que las instituciones sanitarias apuestan por unos servicios de calidad, sostenibles y con un enfoque a la mejora.
- La colaboración y esfuerzo ha sido máximo por parte de todos los miembros del grupo de modelos integrados de gestión para poder abordar las necesidades manifestadas por nuestros clientes.
- La proactividad es un elemento indispensable en nuestra estrategia para dar respuesta a los retos que nos plantean las organizaciones y para poder definir los recursos necesarios, los cuales se han puesto a nuestra disposición según necesidades.
- La agilidad y la fluidez en la comunicación con nuestros clientes es un elemento esencial para poder cumplir con nuestros estándares de eficiencia y efectividad.
- La difusión del conocimiento adquirido en cuanto a modelos integrados de gestión, se considera un elemento esencial como fórmula de innovación y palanca para la mejora continua.
- Las TIC son un elemento clave a tener en cuenta en la formulación y diseño de los proyectos.
- Es necesario un pensamiento crítico pero constructivo para poder adaptar el proceso de forma permanente, según nuestro contexto y necesidades.
- El posicionamiento y el respaldo por la Dirección General correspondiente es fundamental por muchos motivos y en concreto, para recibir el impulso necesario en las distintas fases de los proyectos.

g. Principales resultados para su difusión a la población general.

En 2022 se realizó un diagnóstico situacional para conocer las necesidades de las diferentes organizaciones del SESCAM respecto a la implantación de diferentes modelos de gestión para favorecer la orientación de nuestra organización hacia la excelencia. Todas las Gerencias del SESCAM participaron en la definición este punto de partida del punto demostrando nuevamente su compromiso con a la mejora, la toma de decisiones informadas, la eficiencia y la sostenibilidad.

Desde finales de 2020 se está trabajando en la implantación del modelo de gestión ambiental basado en la Norma UNE-EN ISO 14001:2015 en 12 organizaciones del SESCAM bajo el liderazgo su la Secretaria General, lo que evidencia el compromiso ambiental de nuestra organización. Esta implantación se está desarrollando desde la perspectiva de la integración con el Modelo de Gestión de la Calidad UNE-EN ISO 9001:2015 que tiene ya un alcance de 148 dispositivos en nuestro servicio de salud.

Se ha diseñado una base de datos que permite monitorizar el alcance de todos los modelos de gestión implantados.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

|  | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | |
|---|--------------|---|--|--|--|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|---------|----------------------------|-------------|---|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUENCIA | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | |
| GRUPO ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | 1 | 2022 | 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 Cardiaca" y "Atención al Paciente con Retinopatía Diabética". | $(N^{\circ} \text{ de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información} / N^{\circ} \text{ total de procesos piloto del PRC que son estandarizados}) * 100.$ | 100% | Semestral | Carpeta compartida PRC | | | | | | | | 33,3% | 66,7% | | | | 100,0% | 100,0% | COORDINADORA REGIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA (CRGCM) |
| | 2 | 2022 | 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 Cardiaca" 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. | $(N^{\circ} \text{ de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información con informe final de resultados} / N^{\circ} \text{ total de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información}) * 100.$ | 100% | Semestral | Carpeta compartida PRC | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | CRGCM |
| | 3 | 2022 | 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. | $N^{\circ} \text{ intervenciones de profesionales implicados en la estandarización de procesos piloto del PRC.}$ | 5 | Semestral | Carpeta compartida CRGCM | | | | | | | 3 | | | | | | | 6 | 6 |



| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
|---|--------------|--|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|------------------|------------------|-------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | | | | |
| GRUPO ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | 4 | 2022 | Diseñar la convocatoria de diseño de procesos | - | Convocatoria diseñada en tiempo. | Sí | Semestral | Carpeta compartida PRC | | | | | | | | | | | | | | Sí | CRGCM | |
| | 5 | 2022 | Constituir una bolsa regional de mentores de diseño y mejora de procesos asistenciales. | - | Bolsa constituida. | Sí | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023 | CRGCM |
| | 6 | 2022 | 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 SESCOAM y Dirección General de Salud Pública. | Sí | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | Sí | | | | | | Sí | CRGCM |
| | 7 | 2023 | Garantizar el adecuado diseño del programa formativo. Garantizar el compromiso con el proyecto de los profesionales. | 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. | 70% | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023-2024 | CRGCM |
| 8 | 2023 | Garantizar la adecuada formación de los mentores de diseño y mejora de procesos. | Evaluación de las competencias adquiridas por los profesionales que participan en el programa formativo. | (Nº de profesionales que finalizan el programa con calificación apto/nº total de profesiones que inician el programa)*100 | 70% | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023-2024 | CRGCM | |



| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
|---|--------------|---------------------------------------|--|---|--|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|------------------|-------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | | | | |
| GRUPO ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | 9 | 2022 | Garantizar el despliegue de los proyectos seleccionados en la convocatoria bienal. | Garantizar el despliegue operativo y desarrollo en sistemas de información de los procesos asistenciales seleccionados en la convocatoria. | $(N^{\circ} \text{ de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información}) / N^{\circ} \text{ total de procesos piloto del PRC que son estandarizados} * 100$ | 100% | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023-2024 | CRGCM |
| | 10 | 2022 | 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. | $(N^{\circ} \text{ de procesos PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información con informe final de resultados pilotaje}) / N^{\circ} \text{ total de procesos del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información} * 100$ | 100% | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023-2024 | CRGCM |
| | 11 | 2022 | Generalizar procesos asistenciales que evidencien su impacto en la mejora de la calidad asistencial. | 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. | $(N^{\circ} \text{ de procesos generalizados}) / \text{número total de procesos estandarizados con evidencia de mejora de la calidad asistencial} * 100$ | 2% | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023-2024 | CRGCM |
| | 12 | 2023 | Gestionar las sesiones clínicas regionales para generalización de los procesos piloto del PRC. | Gestionar las sesiones clínicas regionales para generalización de los procesos piloto del PRC. | Unas sesión por proceso piloto (Hemorragia digestiva, IC, Cribado retinopatía, Fractura de cadera) | $N^{\circ} \text{ de sesiones clínicas de generalización de procesos piloto organizadas}$ | 4 | Semestral | Carpeta compartida Formación. | | | | | | | | | | | | | | APLICA 2023-2024 | CRGCM |



d. Análisis de los resultados alcanzados.

El pilotaje del Plan Regional de Calidad se realizó sobre los siguientes proyectos de mejora presentados por las Gerencias del SESCAM:

- Proceso de atención al paciente con Hemorragia digestiva. GAI de Puertollano.
- Proceso de cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria. GAI de Villarrobledo.
- Proceso de transversal de atención al paciente con Insuficiencia Cardíaca. GAI de Puertollano.
- Proceso de atención al paciente con fractura de cadera. GAI de Almansa.

Tras la fase inicial de formación de los integrantes de los grupos multidisciplinares de las gerencias y por cambios organizativos en la GAI de Almansa, sólo los tres primeros continuaron en la fase de diseño de procesos, implementación en sistemas de información y pilotaje. En diciembre de 2022 se informó de que se había retomado el diseño del proceso de fractura de cadera. Se debe realizar un seguimiento de su implementación en sistemas de información para garantizar que este se lleva a cabo.

De los tres procesos mencionados, hemorragia digestiva e insuficiencia cardíaca han sido implementados en sistemas de información, en el caso de cribado de retinopatía no se ha generado esa demanda por parte del equipo de mejora. La implantación de procesos en sistemas de información es fundamental dado que permite la trazabilidad del paciente en el proceso asistencial para la evaluación de resultados. Los informes de resultados de actividad serán presentados en una de las mesas principales en las I Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora.

En relación al número de intervenciones de profesionales implicados en la estandarización de procesos piloto del PRC, el proceso de hemorragia digestiva ha sido presentado en 5 actividades formativas de Introducción a la gestión por procesos y pensamiento LEAN y en las primeras jornadas de trabajo del Equipo Coordinador del PRC.

Se ha diseñado la convocatoria regional bienal de “TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD e INNOVACIÓN en PROCESOS ASISTENCIALES”. Esta convocatoria ha sido incluida en la documentación estandarizada del proceso, sin embargo aún no se ha hecho pública. En este sentido desde la Coordinación Regional de Calidad se está observando que la demanda para el diseño de procesos asistenciales, considerados estratégicos por parte de la Dirección del SESCAM, se ha producido antes de que se difunda la convocatoria. De hecho, desde diciembre de 2022 se está trabajando en la estandarización del proceso de atención precoz al paciente crónico complejo, lo que hace prever que los procesos sean priorizados directamente desde la alta dirección del SESCAM. Aun así, este grupo del PRC considera pertinente publicar la convocatoria en 2023, para garantizar que se conocen las iniciativas en gestión de mejora de procesos que tiene su origen en los profesionales del SESCAM.

El Plan Formativo para los mentores de diseño y mejora de procesos ha sido diseñado e incluido en la documentación estandarizada del proceso. Este Plan debe estar en continua revisión para ajustarse al avance de la evidencia en gestión y a las necesidades derivadas del diseño de procesos. Se ha presentado un proyecto para la solicitud de fondos al Ministerio de Sanidad para la formación de programa de mentores de procesos.



e. Propuesta de objetivos para el año 2023.

- 1. Garantizar la consecución de los objetivos 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.
 - Contribuir a la generalización de los procesos piloto del PRC.
 - Gestionar las sesiones clínicas regionales para generalización de los procesos piloto.
- 2. Gestionar una convocatoria regional bienal de “TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD e INNOVACIÓN en PROCESOS ASISTENCIALES”. Revisar este objetivo puede no ser pertinente.**
 - Definir y someter a validación por parte de la Alta Dirección de SESCAM de dichos criterios de priorización.
 - Diseñar la matriz de valoración y priorización.
 - Garantizar la adecuada difusión de la convocatoria.
 - Garantizar la adecuada resolución de la convocatoria.
- 3. Gestionar el talento de los mentores de diseño y mejora de procesos asistenciales, tanto transversales como específicos.**
 - Diseñar una convocatoria regional de mentores de diseño de procesos con formación especializada.
 - Elaborar y publicar contrato abierto para el despliegue del programa formativo la bolsa de mentores.
 - 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.
 - Garantizar el adecuado diseño del programa formativo
 - Garantizar el compromiso de los profesionales que participan en el programa formativo.
 - 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.

En 2024 se propone alcanzar los siguientes objetivos:

- 4. Garantizar la implantación operativa de los procesos que se seleccionen 2024.**
 - 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.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2022.

- Reuniones de equipo para el desarrollo de una propuesta de decreto para el reconocimiento institucional de las personas que conforman las unidades de calidad de la gerencia.
- Contacto con RRHH de Servicios Centrales.
- Redacción propuesta de decreto para el reconocimiento institucional.

b. Objetivos formulados para el año 2022.

1. Fortalecer y promover la sostenibilidad de las estructuras de calidad.
2. 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.
3. Definir las tareas 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.
4. 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.



5. Cuadro de mandos de indicadores.

|  | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | | |
|--|--------------|---|---|---|--|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-------------------------------|-----------------|---|---|-------------------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
| GRUPO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA | 1 | 01/05/2022 | Reconocimiento institucional: Bolsa de trabajo | Inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias | Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias | SI | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam | Jeny Rodríguez Coronado | |
| | 2 | 01/05/2022 | Reconocimiento institucional: de carrera profesional | Inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias | Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias | SI | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam | Jeny Rodríguez Coronado | |
| | 3 | 01/05/2022 | Reconocimiento institucional: procesos selectivos de concurso-oposición o concurso de méritos | Inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias | Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias | SI | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam | Jeny Rodríguez Coronado |
| | 4 | 01/09/2022 | Tasa de rotación en estructuras de calidad | Profesionales incluidos en estructuras de calidad en el año. | Nº de profesionales incluidos en estructuras de calidad en el año n /Número de profesionales que permanecen en el año n-1). | >1 | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de realización de encuesta | DGCC |



| | | |
|--|---------------------------------------|---|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|---|---|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
| GRUPO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA | 5 | 01/09/2022 | Asignación de tiempos de liberación para el desempeño de la actividad como responsable de calidad | Responsable de calidad de los dispositivos con liberación al menos del tiempo mínimo propuesto | Número de responsable de calidad de los dispositivos con liberación al menos del tiempo mínimo propuesto/Número total de responsables de calidad de dispositivos de la gerencia | 80% | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam | Jeny Rodriguez Coronado |
| | 6 | 01/09/2022 | Asignación de tiempos de liberación para el desempeño de la actividad como coordinador de calidad | Tiempo de liberación para el desempeño de la actividad como coordinador de calidad | Asignación del tiempo de liberación para el desempeño de la actividad como coordinador de calidad | 80% | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam | Jeny Rodriguez Coronado |
| | 7 | 01/09/2022 | Asignación del tiempo de liberación para el desempeño de la actividad como responsable de proyectos de mejora | Responsable de proyectos de mejora de los dispositivos con liberación al menos del tiempo mínimo propuesto | Número de responsable de proyectos de mejora de los dispositivos con liberación al menos del tiempo mínimo propuesto/Número total de responsables de calidad de dispositivos por gerencia. | 80% | Anual | DGCC | | | | | | | | | | | | | | | | Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam |



6. Análisis de los resultados alcanzados.

En primer lugar se han recopilado las diferentes denominaciones de las estructuras de gestión de la calidad y mejora en las gerencias del SESCAM, detectándose diferentes formas de denominar a los puestos ocupados por los profesionales encargados de estas tareas.

Durante el periodo analizado se ha unificado la nomenclatura a emplear para la definición de los diversos roles asociados a la gestión de la calidad y mejora en las gerencias. Se definen las funciones asociadas a los puestos:

- Coordinador de Calidad y Mejora.
- Supervisión de Calidad.
- Técnico de Calidad.
- Responsables de Calidad en dispositivos o procesos transversales.
- Responsables de Proyectos de Mejora.

Para estos puestos se han definido las funciones, dedicación necesaria, forma de elección y nombramiento, metodología de reconocimiento e incentivación, método de evaluación y condiciones de cese.

Este trabajo ha culminado en la elaboración de una propuesta para su transformación en Decreto que regule las unidades de calidad. En la actualidad esta propuesta se encuentra elaborada y pendiente de evaluación por los servicios jurídicos del SESCAM.

7. Propuesta de objetivos para el año 2023.

Durante el 2023 se pretende evaluar la adecuación de las estructuras de calidad y mejora en las gerencias del SESCAM y la aplicación del Decreto tras su entrada en vigor.

8. Conclusiones.

Este proceso está pendiente del resultado de la propuesta de Decreto elaboradora por el grupo de trabajo.

9. Principales resultados para su difusión a la población general.

El objetivo de este grupo es garantizar los recursos necesarios para asegurar, de forma metodológicamente correcta, la calidad de atención a las personas usuarias. El recurso esencial para ello son los profesionales con responsabilidad en este campo, adecuadamente formados y con la disponibilidad necesaria para desempeñar apropiadamente esta función. El trabajo realizado durante este año ha estado dirigido hacia la consecución del reconocimiento institucional de estas estructuras y de sus profesionales a través de la definición unificada de puestos, funciones, responsabilidades y recursos asociados.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2022.

La actividad del proceso estratégico bolsa de talento del PRC en 2022 se ha centrado fundamentalmente, en primer lugar, en el diseño del programa formativo y su difusión a las gerencias y Servicios Centrales del SESCAM. En segundo lugar, en realizar todas las gestiones necesarias para garantizar la acreditación y desarrollo de las actividades formativas incluidas en el programa. Finalmente, en dar respuesta a un interés sin precedentes sobre la formación en gestión de la mejora proceso que ha requerido el establecimiento de una estrategia de formación de formadores para poder dar respuesta a las demandas de formación de un programa previsto inicialmente para 24 profesionales en la región. Como subproceso de apoyo, destaca el diseño de una base de datos ad-hoc que nos permite dar trazabilidad al proceso de formación y mentorazgo e incluso al registro de expectativas de los profesionales que desarrollan o están interesados en desarrollar este programa.

b. Objetivos formulados para el año 2022.

1. Diseñar el programa formativo “Bolsa de Talento”.
2. Diseñar una base de datos para la adecuada gestión de la información del proceso.
3. Garantizar el desarrollo del programa formativo Bolsa de Talento por parte de los profesionales solicitantes.
4. 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.
5. Atender a las demandas de formación detectadas en otros procesos del Plan Regional de Calidad.
6. Conseguir un alto grado de satisfacción de los alumnos con el programa formativo.
7. Favorecer la incorporación de nuevos profesionales como docentes del programa formativo.
8. Diseñar el programa de intercambio o rotación de los profesionales en las distintas Unidades de Calidad de la región, así como en la DGCC.
9. Gestionar el intercambio o rotación de profesionales por Unidades de Calidad y DGCC.
10. Evaluar y difundir los resultados del proceso Bolsa de Talento.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

|  Plan Regional de Calidad | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | | |
|--|--------------|---|---|-------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|---------|--------|------------|---------|-----------|-------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
| GRUPO BOLSA DE TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCOAM | 1 | 10/01/2022 | Diseñar el programa formativo "Bolsa de Talento" | - | Programa formativo diseñado | Sí | Semestral | Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento" | | | | | | Sí | | | | | | | Sí | Sí | Gestor documental del proceso | |
| | 2 | 10/01/2022 | Diseñar una base de datos para la adecuada gestión de la información del proceso | - | Base de datos diseñada | Sí | Semestral | Carpeta compartida | | | | | | Sí | | | | | | | Sí | Sí | Gestor documental del proceso | |
| | 3 | 10/01/2022 | Garantizar el desarrollo del programa formativo "Bolsa de Talento" por parte de los profesionales solicitantes" | - | (Nº profesionales integrantes de la bolsa de talento que finalizan el programa formativo anual/Nº total de profesionales que solicitan participar en el programa formativo bolsa de talento)*100 | 80% | Semestral | Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento" | | | | | | | 90,70 % | | | | | | | 93% | 93% | Gestor documental del proceso |
| | 4 | 10/01/2022 | Satisfacción global media de los alumnos con las actividades formativas incluidas en el programa Bolsa de Talento | - | ∑ satisfacción global con la actividad formativa/nº total de actividades incluidas en el programa Bolsa de Talento | 4,5 sobre 5 | Semestral | Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento" | | | | | | | | | | | | | | | 4,8 | 4,79 |



| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
|---|--------------|---------------------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | | | | |
| GRUPO BOLSA DE TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM | 5 | 10/01/2022 | Favorecer la incorporación de nuevos profesionales como docentes del programa formativo | - | (Nº docentes que participan por primera vez en el programa formativo/nº total de docentes)*100 | 20% | Semestral | Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento" | | | | | | 50% | | | | | | | 22,22% | 36,11% | Gestor documental del proceso | |
| | 6 | 10/01/2022 | Diseñar el programa de intercambio o rotación de los profesionales en las distintas Unidades de Calidad de la región, así como en la DGCC. | - | Programa diseñado | Sí | Semestral | Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento" | | | | | | Sí | | | | | | | | | Sí | Gestor documental del proceso |
| | 7 | 10/01/2022 | Gestionar el intercambio o rotación de profesionales por unidades de Calidad de la DGCC | - | Nº de profesionales que rotan por la CRGCM | 1 | Semestral | Sistema de gestión de la CRGCM | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | Gestor documental del proceso |
| | 8 | 10/01/2022 | Evaluar y difundir los resultados del proceso Bolsa de Talento. | - | Memoria anual de resultados elaborada | Sí | Semestral | Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento" | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |



d. Análisis de los resultados alcanzados.

El programa formativo bolsa de talento fue diseñado y difundido a todas las partes interesadas, gerencias y Servicios Centrales del SESCAM. En principio el programa fue propuesto para un total de 24 profesionales en la región con lo que se garantizaba el relevo de profesionales con conocimientos básicos en gestión para mejorar la estructura de las unidades de calidad. El programa formativo inicial consistía en formación común en el modelo ISO 9001 desde una perspectiva empresarial y Gestión por procesos e introducción al pensamiento LEAN. A partir de la misma, se podía optar por el itinerario formación básica para auditores del SESCAM del modelo ISO 9001 o formación avanzada en herramientas LEAN.

Inicialmente se planificaron 2 ediciones de cada uno de los cursos de formación básica, pero debido a alta demanda se realizaron: 3 ediciones del curso Modelos ISO 9001, la actividad formativa fue solicitada por 62 con un total de 57 asistentes y 5 ediciones del curso Gestión por procesos e introducción al pensamiento LEAN, que fue solicitado por 137, y con un total de 129 asistentes. Una de estas ediciones fue organizada desde una gerencia ante la importante demanda por parte de sus profesionales. Un total de 186 profesionales terminaron la primera fase del programa formativo y manifestaron su interés de seguir en la segunda fase en 2023. Con la adecuación del número de ediciones se dio respuesta a todas las solicitudes, de manera que el 0,6% de profesionales que no finalizaron el programa fue debido a acusas personales. Es necesario revisar este indicador para mejorar su sensibilidad.

La satisfacción global media con las actividades formativas de 4,79 sobre una escala 1-5, lo que evidencia aún más la gran aceptación del programa. No se evaluó la tasa de recomendación pero muchos profesionales nos indicaron el programa les había sido recomendado por participantes de ediciones anteriores.

Se estableció una estrategia de formación de formadores de manera que alumnos de ediciones previas pudieran pasar a formar parte del equipo docente tras una supervisión, mentorazgo y evaluación por parte de los docentes con más experiencia. Además se buscó a profesionales del servicio de salud, expertos en las diferentes áreas de conocimiento, para favorecer su incorporación como docentes del programa formativo. Así, en el primer semestre el 50% del profesorado era nuevo y en el segundo el 20%. La incorporación de nuevos docentes no tubo impacto en la satisfacción global media.

Se diseñó el programa formativo de profesionales para su rotación por la Coordinación Regional de Calidad y un residente de medicina preventiva y salud pública rotó por primera vez por este servicio. No se ha diseñado el programa formativo que debería desarrollarse en la rotación por las unidades de calidad. Esto ha sido debido a las importante despliegue de recursos necesarios para llevar a cabo la fase uno del programa formativo y también a la variabilidad en la actividad desarrollada por las diferentes unidades de calidad de la región que hace imposible en el momento actual desarrollar un programa formativo común.

Se ha elaborado una memoria de actividad del proceso estratégico bolsa de talento.



e. Propuesta de objetivos para el año 2023.

- Diseñar la fase 2 del programa formativo “Bolsa de Talento”.
- Mantener actualizada la base de datos para la adecuada gestión de la información del proceso.
- 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.
- Atender a las demandas de formación detectadas en otros 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.
- Difundir un programa formativo de rotación de los profesionales y residentes por la Coordinación Regional de Gestión de Calidad y Mejora.
- Evaluar y difundir los resultados del proceso Bolsa de Talento.

f. Conclusiones.

El proceso Bolsa de Talento del PRC tenía como visión inicial garantizar la adecuada gestión de competencias en gestión de la mejora de profesionales que de profesionales pertenecientes a Unidades de Calidad o que en un futuro pudieran pasar a formar parte de las mismas. Sin embargo, la gran difusión realizada sobre las líneas estratégicas del PRC, tanto por la alta dirección del SESCAM como por los 163 de profesionales que forman parte de la “Red de Calidólogos” del SESCAM, junto con la calidad de las actividades formativas, ha generado un gran interés, muy especialmente en los profesionales asistenciales. Por ello, el programa Bolsa de Talento ha renovado su visión y se concibe como un proceso estratégico orientado a dotar de competencias en gestión de la mejora a todos aquellos profesionales que pueden contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, desde el lugar en el que realmente se genera valor, es decir en la prestación de la misma. Se ha despertado un gran interés por la formación en gestión de la mejora, que se evidencia en el inicio de la rotación de residentes por la Coordinación Regional de Calidad y Gestión de la Mejora, se requiere dar difusión a esta posibilidad. Es necesario redefinir los indicadores del proceso en base a los nuevos objetivos específicos establecidos. En 2023, el proceso se enfrenta a retos tales como conseguir la financiación suficiente para realización de formación que requiere la contratación de expertos externos, tales como herramientas avanzadas Lean o gestión de proyectos de mejora. Además, se puede anticipar ya la demanda de actividades formativas por parte de otros procesos del PRC, tales como las propuestas por el equipo de investigación, o el equipo de modelos integrados de gestión. En 2023 seguiremos trabajando en la difusión de las actividades y resultados de este proceso en las redes sociales.



g. Principales resultados para su difusión a la población general.

Se ha desarrollado la primera fase del programa de formación bolsa de talento para la mejora de competencias en gestión de la mejora, previsto para 24 profesionales pero en el que **han participado 186 profesionales**, además **12 profesionales se formaron como auditores internos del SESCAM**. Se realizaron un **total de 189 horas de formación**, con una **satisfacción global media de 4.79 sobre 5**. En términos de **eficiencia el coste alumno hora fue de: 3,60€/alumno/hora** para el curso gestión por procesos e introducción al pensamiento LEAN, **3,80€/alumno/hora** para el curso **Modelo de gestión ISO 9001:2015** y de **7€/alumno/hora** para el curso de **formación de auditores internos**.



3.6. PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2022.

Se ha definido la ficha de Proceso, en la que se recogen los Objetivos Estratégicos, Generales y de Rendimiento, así mismo se establecen los Indicadores propuestos para el seguimiento del mismo; dichos indicadores propuestos fueron revisados por el grupo de monitorización y evaluación de resultados.

Así mismo se ha redactado un Informe sobre el reconocimiento de méritos en el que se recogen los tiempos empleados fuera de la jornada laboral por jornada de auditoría y rol de auditor así como los baremos aplicables para bolsa de trabajo, carrera profesional y procesos selectivos.

Por último se ha desarrollado conjuntamente al proceso de reconocimiento institucional de las unidades de calidad, una propuesta de borrador de un decreto que regule adecuadamente este reconocimiento.

b. Objetivos formulados para el año 2022.

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.
- Potenciar el compromiso y estabilidad de los profesionales que forman parte de la bolsa de auditores, a partir del reconocimiento institucional de los auditores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. 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.
2. 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.
3. Reconocimiento del tiempo empleado para la realización del proceso de auditorías fuera de la jornada laboral.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

|  | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | |
|--|--------------|---|--|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|--|---------|-----------|----------------------------|-----------------|-------------|-------------------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DECIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | |
| GRUPO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS | 1 | 18/05/2022 | Reconocimiento institucional | Reconocimiento institucional: bolsa de trabajo. | Evaluación de la inclusión de méritos en bolsa de trabajo por formar parte de las auditorías internas. | Sí | Trimestral | Bolsa de trabajo SELECTA | | | | | | | | | | | | | | No Aplica | Grupo de trabajo F |
| | 2 | 18/05/2022 | Reconocimiento institucional | Reconocimiento institucional: carrera profesional. | Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las auditorías internas. | Sí | Trimestral | RR.HH | | | | | | | | | | | | | | No Aplica | Grupo de trabajo F |
| | 3 | 18/05/2022 | Reconocimiento institucional | Reconocimiento institucional: procesos selectivos de concurso-oposición. | Evaluación de la inclusión de méritos en procesos selectivos de concurso-oposición o proceso de méritos por formar parte de las auditorías internas. | Sí | Trimestral | RR.H | | | | | | | | | | | | | | No Aplica | Grupo de trabajo F |
| | 4 | 18/05/2022 | Reconocimiento institucional de actividades de Auditoría extendidas fuera de la jornada laboral. | 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. | 100% | Anual (Tras las Auditorías Internas) | Registro de Actividad de Auditores | | | | | | | | | Reconocimiento por parte de la directora gerente del SESCAM del abono de dicha actividad Agosto 2022 | | | | | No Aplica | Auditor Jefe Supervisor |



| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
|--|--------------|---------------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|---|-----------|-------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | | | | |
| GRUPO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS | 5 | 18/05/2022 | 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 | 100% | Anual (Tras las Auditorías Internas) | Registro de Actividad de Auditores | | | | | | | | | | | | | | ** Tras la reunión del 29 de Noviembre de 2022 se determina que la solicitud y abono de dichas dietas por desplazamiento se hará siguiendo el procedimiento habitual en cada Gerencia | No Aplica | Auditor Jefe Supervisor |
| | 6 | 18/05/2022 | 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. | >10% | Anual | Bolsa de auditores DGCC | | | | | | | | | | | | | | | | No Aplica |



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Durante el 2022 se han definido los componentes de los equipos auditores, estructurando las funciones de cada una, así como la metodología a aplicar para conseguir el reconocimiento institucional. Esta propuesta se ha configurado en modo de propuesta de decreto para su evaluación por parte de los servicios jurídicos.

Se ha conseguido el reconocimiento económico de las horas fuera de la jornada laboral empleadas en labores de auditoría por jornada y rol de auditor. Este reconocimiento viene recogido en una orden de la directora gerente del SESCOAM.

No obstante, y con el fin de institucionalizar este reconocimiento económico, así como el reconocimiento en méritos, se ha elaborado una propuesta de borrador para la aprobación de un decreto que deje regulado este reconocimiento.

e. Propuesta de objetivos para el año 2023.

Se solicitará la aprobación de decreto anteriormente citado, lo que permitirá seguir avanzando en la medición de los indicadores propuestos.

f. Conclusiones.

Si bien se ha conseguido avanzar en este proceso con el reconocimiento económico de la actividad, queda aún mucho por andar en lo referente al reconocimiento en méritos y a su institucionalización en forma de decreto por parte de las Cortes de Castilla La Mancha.

g. Principales resultados para su difusión a la población general.

El principal objetivo del Plan Regional de Calidad es asegurar que la asistencia que se ofrece a las personas usuarias es la adecuada y en permanente mejora. Una metodología eficaz para el mantenimiento de esta mejora continua son las evaluaciones periódicas de la calidad a través de auditorías internas, realizadas por profesionales correctamente formados e implicados para los cuales se requiere la adecuación de recursos y el reconocimiento institucional. Durante el 2022 se ha avanzado en este aspecto, facilitando la participación de profesionales en las auditorías internas y regulando las funciones a desempeñar en las mismas.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

|  | | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | | |
|--|--------------|---|--|---|--|---|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|----------------------------|-----------------|--------------|-----|--------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
| GRUPO PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA | 1 | 21/02/2022 | Identificar buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora | Identificar buenas prácticas entre las presentadas en cada convocatoria | $\frac{\text{Nº BBPP cumplen requisitos establecidos en la definición de BBPP}}{\text{nº solicitudes recibidas}} \times 100$ | >80% | Semestral | Base datos grupo H | | | | | | | | | | | | - | N/A | Propietarios | | |
| | 2 | | | Establecer bases de la convocatoria | $\frac{\text{Nº convocatorias de convocatorias anuales lanzadas}}{\text{de}}$ | ≥ 1 | Semestral | Base datos grupo H | | | | | | | | | | | | | | - | N/A | Propietarios |
| | 3 | | | Cumplimiento de plazos | Adecuar plazos a la convocatoria (nº solicitudes en plazo / total solicitudes recibidas) | $\frac{\text{Nº solicitudes en plazo}}{\text{total solicitudes recibidas}}$ | > 90% | Semestral | Fomulario solicitud | | | | | | | | | | | | | | - | N/A |



| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  Plan Regional de Calidad | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | | | | |
|--|--------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------------|-------------|-----------|-----|-----------------------|-----|--------------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | | | DICIEMBRE | | | | |
| GRUPO PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA | 4 | 21/02/2022 | Trabajar la visibilidad de las BBPP en gestión de la calidad | Contabilizar las gerencias que han aportado propuestas de BBPP | Nº gerencias que aportan propuestas BBPP / nº gerencias totales del Sescam x 100 | De todas las gerencias del Sescam en la primera convocatoria | Semestral | Formulario solicitud | | | | | | | | | | | | | | - | N/A | Gestores documentales | | |
| | 5 | | | Contabilizar el nº de propuestas de BBPP recibidas | Nº propuestas de BBPP recibidas | >10 | Semestral | Formulario | | | | | | | | | | | | | | | | - | N/A | Gestores documentales |
| | 6 | 21/02/2022 | Implantar y mantener un mapa o banco de BBPP | Nº de BBPP que repositorio el cuenta anualmente | Aumento del 10% interanual | - | Semestral | Grupo H | | | | | | | | | | | | | | | | - | N/A | Gestores documentales/ grupo H |
| | 7 | | | Disponibilidad actualizada para consulta interna y / o externa | Cualitativo si / no | Existencia del banco | Anual | Grupo H | | | | | | | | | | | | | | | | | - | N/A |



g. Principales resultados para su difusión a la población general.

Se han definido los pasos necesarios y los criterios para identificar con rigor científico las buenas prácticas que se están llevando a cabo en nuestro sistema sanitario.

Hemos puesto como objetivo prioritario para este grupo el organizar un evento con la suficiente repercusión e impacto entre nuestros profesionales y en nuestro sistema de salud como para que sirva de palanca para una mejor asistencia sanitaria. Se trata de las próximas I Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora del SESCAM.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2022.

Desde este proceso se pretende facilitar la información y formación en **investigación en gestión de la calidad y mejora**, proporcionando apoyo metodológico y la difusión de estudios de investigación y proyectos realizados por los miembros del Plan Regional de Calidad (PRC) de la Dirección General de Cuidados y Calidad (DGCC).

Tras consensuar con los miembros del Grupo y la Codirectora del Plan asociada, las principales líneas de actividad del proceso son:

- Gestión de la documentación: Elaboración y/o actualización de la ficha de proceso, bases de datos, diagramas de flujo, etc.
- Sincronización del repositorio de Google Drive con la carpeta compartida del PRC.
- Planificación de las actividades del Plan Formativo en INVESTIGACIÓN.
- Consensuar y cerrar circuitos de actividad que escapan del alcance del grupo: DGCC y el IDISCAM.
- Realizar el diseño de difusión de actividades de investigación, incluyendo eventos diana de convocatorias de ayudas y premios.

b. Objetivos formulados para el año 2022.

1. Estandarizar el circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora.
2. Estandarizar el circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora.
3. Promover la difusión de la investigación en gestión y calidad.
4. 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.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

| CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---------------------------------------|---|---|---|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|-------------------------|
| Plan Regional de Calidad | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CALCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | |
| GRUPO INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO | 1 | 21/02/2022 | Estandarizar el circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora | Círculo de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora estandarizada disponible en el Gestor Documental del PRC. | Círculo estandarizado y documentado | Sí | Semestral | REDON PRC | | | | | | | | | | | | | | SI | Propietario del Proceso |
| | 2 | 21/02/2022 | | Número de actividades formativas desarrolladas con respecto a las expectativas de los grupos de interés. | \sum de actividades formativas en investigación | ≥ 2 | Semestral | Plan formativo de DGCC | | | | | | | | | | | | | | 2 | Propietario del Proceso |
| | 3 | 21/02/2022 | Garantizar la satisfacción con el apoyo metodológico recibido por parte de los grupos de interés. | Satisfacción del alumnado en las actividades formativas | \sum satisfacción / número alumnos que responden a encuesta | >4 en una escala Likert 1-5 | Semestral | Dirección General de Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | | | No Aplica | Propietario del Proceso |
| | 4 | 21/02/2022 | Estandarizar el circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora | Círculo de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora estandarizado disponible en el Gestor Documental del PRC. | Círculo estandarizado y documentado | Sí | Semestral | REDON PRC | | | | | | | | | | | | | | SI | Propietario del Proceso |
| | 5 | 21/02/2022 | | Número de solicitudes anuales | Sumatorio de asesorías | 10 | Semestral | BBDD APOYO METODOLÓGICO | | | | | | | | | | | | | | 0 | Propietario del Proceso |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--|
| | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: PRC-FL-18 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 1 | |
| | Dirección General de Cuidados y Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 | |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---------------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|-------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | |
| GRUPO INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO | 6 | 21/02/2022 | 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 de asesorados que responden a encuesta | >4 en una escala Likert 1-5 | Semestral | PRC-BD-03 Satisfacción asesorías | | | | | | | | | | | | | | No Aplica | Propietario del Proceso |
| | 7 | 21/02/2022 | | Creación de Informe actividad investigadora anual para el envío al grupo de Benchmarking del PRC y la DGCC. | Realización de informe actividad investigadora | Si | Anual | BBDD ACTIVIDAD INVESTIGADO RA | | | | | | | | | | | | | | SI | Propietario del Proceso |
| | 8 | 21/02/2022 | Promover la difusión de la investigación en gestión y calidad. | Creación de memoria anual de actividad para el envío a la DGCC. | Realización de memoria anual de actividad | Si | Anual | BASES DE DATOS GRUPO I | | | | | | | | | | | | | | SI | Propietario del Proceso |
| | 9 | 21/02/2022 | | 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 IDISCAM | \sum actividades difundidas a los grupos de interés | Si | Semestral | BBDD ACTIVIDADES DIFUNDIDAS | | | | | | | | | | | | | | SI | Propietario del Proceso |
| | 10 | 21/02/2022 | | 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 | 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. | \sum horas de dedicación mensuales | 35 | Semestral | Registro diseñado ad-hoc | | | | | | | | | | | | | 40 | Propietario del Proceso |



d. Análisis de los resultados alcanzados.

1. En el objetivo 1 y 2 sobre estandarizar el circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora:
 - Se realizó una búsqueda de los métodos de investigación en gestión de la calidad y mejora (QALY, DALY, GRD, CID, RV/MA, Validación cuestionarios...) estandarizando un formulario de necesidades formativas sentidas de nuestros grupos de interés y también de posibles propuestas de expertos de esas materias.
 - Este cuestionario fue lanzado a finales de noviembre de 2022, analizado y expuestos los resultados a los integrantes del PRC priorizando 2 actividades formativas dentro del Plan de Formación de la DGCC:
 - Diseño de estudios de investigación. Modalidad telepresencial de 40 horas.
 - Resultados en Salud. Modalidad telepresencial de 40 horas.
 - Aunque podría ser una posible limitación la baja adherencia a encuesta de acciones formativas del PRC, se planteó la posibilidad de difundir estos resultados en unas Jornadas del PRC a finales de 2022 para todos sus miembros que permitió concienciar, facilitar y visibilizar la toma de decisiones para iniciar las actividades formativas durante 2023.
 - Se ha localizado talento y valor dentro de nuestra institución y comunidad autónoma en profesionales que las realizarán.
 - Se ha conseguido un apoyo administrativo desde la DGCC para acompañar en todo el proceso y de enlace con la Dirección General de Recursos Humanos y el Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).
2. En cuanto al objetivo 3 y 4 sobre estandarizar el circuito del apoyo metodológico de los grupos de interés:
 - Se estableció un circuito junto con los Directores del PRC para homogeneizar los criterios de entrada según necesidades de apoyo: Proyectos de investigación, informes DGCC, bases de datos, difusión (artículo/poster/comunicación).
 - Desde la DGCC se pudo asumir la necesidad de un metodólogo para que durante un día a la semana al menos, asumiera cualquier tipo de asesoría metodológica y estadística. Aunque a día de hoy no se han recibido ningún tipo de entrada para asesorías de los miembros del PRC, el circuito para garantizar la satisfacción con el apoyo metodológico recibido por parte de los solicitantes está establecido y asegurado mediante la generación de un cuestionario para evaluar de forma anual la satisfacción de las actividades de apoyo metodológico de los grupos de interés.
 - A pesar de ello, en 2022 se ha realizado:
 - 3 consultorías para la Coordinación Regional sobre informes de Auditorías de la Región donde se ha generado un artículo científico que está en revisión por sus autores.
 - Registro de 1 propiedad intelectual en nombre de 52 miembros del PRC que han dado su consentimiento y aprobado esta actividad.
 - Apoyo metodológico para la creación de cuadro de mandos de indicadores para las UCAPI de la región.

Dentro de las carpetas compartidas por todos los miembros del PRC, se ha establecido un repositorio de recursos digitales con documentos de apoyo para la Investigación (plantillas de comunicación oral y poster, guías de elaboración de proyectos).



3. En cuanto al objetivo 5 sobre promover la difusión de la investigación en gestión y calidad:
 - A mediados de enero de 2023 y para establecer la actividad de 2022 se lanzó un cuestionario ya estandarizado por los miembros del Grupo I de fácil cumplimentación en cuanto a: Comunicación, póster, capítulo de libro, artículo, proyectos en desarrollo y premios.
 - A partir de las respuestas obtenidas, estableciendo un mínimo dentro del circuito del 80% de los integrantes, se realizará una memoria anual con el resultado obtenido de nuestros de grupos interés. Esta información será trasladada en formato memoria de investigación al Grupo del Plan Regional y a la DGCC para su publicación y difusión.
 - A su vez, dentro de este objetivo se ha fusionado con otro adicional interno de la DGCC en cuanto a la búsqueda y difusión de ayudas, convocatorias y premios de investigación. En este caso, este circuito fue iniciado en enero de 2023, enviando a día de hoy dos convocatorias de difusión desde la tabla de todas las convocatorias que se expone a continuación:

Tabla 1. Becas, ayudas y convocatorias estimadas para informar a los miembros del PRC.

| Id | Tipo de evento | Nombre | Apertura estimada (mes) | Año | Institución | Observaciones |
|----|----------------|--|-------------------------------|------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Premios | Premios a la Excelencia y a la Calidad | Enero | 2023 | JCCM | |
| 2 | Convocatoria | Becas Juan G. Armengol: investigación en el campo de las Urgencias | Finaliza 31 enero de cada año | 2023 | SEMES | |
| 3 | Premios | Estudio presentado en Congreso de Sociedades o Asociaciones federadas a SESPAS | Enero | 2023 | SESPAS | |
| 4 | Premios | Reconocimiento nivel de excelencia y Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública | Febrero | 2023 | Ministerio de Hacienda | |
| 5 | Convocatoria | Adscripción de Grupos de Investigación Sanitaria al IDISCAM | Febrero | 2023 | IDISCAM | Lanzada también en Noviembre 2022 |
| 6 | Convocatoria | Ayudas a la Investigación en Salud | Marzo | 2023 | Fundación Mutua Madrileña | |
| 7 | Premios | Premios Profesor Barea | Marzo | 2023 | Fundación Signo | |
| 8 | Premios | Premio al Mejor Artículo en Economía de la Salud | Abril | 2023 | AES | |
| 9 | Premios | Premios CANOHA (Casos prácticos bajo la estrategia del NO HACER) | Abril | 2023 | SEDISA | |
| 10 | Premios | Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios | Mayo | 2023 | AES | |
| 11 | Premios | Becas de SEDISA a la Investigación en Gestión Sanitaria y Enfermedades Raras | Junio | 2023 | SEDISA | |
| 12 | Convocatoria | becas de investigación FECA | Julio | 2023 | SECA | |
| 13 | Premios | Premio de Investigación en Gestión de Enfermería | Julio | 2023 | ANDE | |
| 14 | Premios | Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública | Julio | 2023 | M. HACIENDA | |
| 15 | Premios | Actividades comunitarias en Atención Primaria | Septiembre | 2023 | Semtyc | |
| 16 | Convocatoria | Prestación de servicios de apoyo para gestionar grupos en el ámbito de la salud 2023-2025 | Todo el año | 2023 | HaDEA | HaDEA_2 |

4. En cuanto al objetivo 6, sobre 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, en 2022 han dedicado unas 40 horas en todos los miembros, siendo una media de 10 horas anuales al PRC desde su confección inicial y fuera de las jornadas establecidas por la DGCC para dedicación completa a ello.

e. Propuesta de objetivos para el año 2023.

- Generar una propuesta definitiva de las actividades formativas en consenso con los Coordinadores y los miembros del Grupo I.
- Dar difusión a las actividades formativas desde DGCC a los grupos de interés y garantizar la satisfacción de las actividades formativas realizadas.
- Lanzar la encuesta de necesidades formativas en el segundo trimestre de 2023, esto permitirá enviar la propuesta de actividades formativas en el plazo marcado por la DGRRHH.
- Ofrecer apoyo metodológico y estadístico a los miembros del PRC que lo soliciten por el circuito establecido.
- Valorar la constitución de un grupo de investigación dentro del Plan Regional de Calidad, buscando miembros de forma activa.
- Asegurar un número de miembros del Grupo I que permita satisfacer la demanda de los grupos de interés de forma óptima.



- Mantener la difusión de ayudas, convocatorias y premios de investigación en gestión y calidad a los miembros del PRC, así como buscar e incluir otros elementos divulgativos que se consideren apropiados y enfocados a la gestión de la calidad y mejora.
- Presentar la Memoria 2022 Actividades de Investigación del PRC y de Actividad Anual del Grupo I.

f. Conclusiones.

Se ha conseguido exitosamente el despliegue de las actividades del Grupo para el logro de los objetivos planteados en 2022. La encuesta de necesidades formativas de investigación en gestión y calidad ha permitido incluir dos actividades dentro del Plan de Formación de la DGCC. En 2023 se planea adelantar la realización de la encuesta para optimizar la planificación de las actividades formativas. El circuito de apoyo metodológico y estadístico ya está en marcha para todos los miembros del PRC y la DGCC, así mismo, están disponibles documentos de ayuda a la investigación para su uso libre y gratuito. Actualmente, la difusión por parte del Grupo sobre convocatorias de premios y ayudas se realiza de forma mensual a todos los miembros del PRC. Respecto a la memoria anual de actividades, consideramos una herramienta clave para la evaluación y generación de propuestas de mejora de las actividades del Grupo, y así, alcanzar resultados óptimos en nuestros objetivos.

g. Principales resultados para su difusión a la población general.

El Grupo de **Investigación en Gestión de la Calidad, Mejora y Difusión del Conocimiento Científico** ha consolidado un circuito para detectar necesidades formativas en investigación de los miembros del PRC y mejorar sus competencias mediante cursos que les capaciten en metodología de la investigación y en difusión de los resultados en salud. A su vez, este Grupo ha creado una nueva red de conocimiento científico dentro del Plan Regional, mediante un circuito de asesorías sobre apoyo metodológico y estadístico y una serie de documentos que les ayuda y guía para generar proyectos de investigación. Para promocionar sus resultados en investigación, pone a su disposición un repositorio digital de convocatorias y ayudas para la promoción de los resultados de investigación, el cual además se envía de forma mensual a todos los miembros del Plan Regional. Por si alguna de las actividades pudiera tener incidencias en su consecución, los miembros confeccionan de forma anual una memoria donde se incluyen indicadores y actividades, siendo una oportunidad para la toma de decisiones y la mejora en cualquier apartado de sus iniciativas en gestión de la calidad y mejora.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2022.

Dentro de la planificación del Plan Regional de Calidad 2021-2025 en desarrollo del Plan de Salud Horizonte, 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 de:

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

Concretamente la MISIÓN de este proceso es 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.

Nuestra principal línea de actividad en el 2022 ha sido la de presentarnos, elaborar nuestro diagrama de flujo en el que hemos definido nuestro procedimiento de trabajo en este proceso, exponerlo y explicarlo ante el resto de grupos que componen el Plan Regional de Calidad.

Y una vez presentados, las principales líneas de actuación han sido:

- Realizar una valoración de los indicadores del resto de los procesos que forman parte del PRC.
- Llevar a cabo una valoración de los indicadores presentados por el grupo de trabajo de Gestión Ambiental enmarcados en la implantación del modelo ISO 14001 y su integración con la ISO 9001.

b. Objetivos formulados para el año 2022.

En el año 2022 nos planteamos como objetivos los siguientes:

1. Dar soporte para definir los indicadores de los procesos/grupos una vez definidos los objetivos.
2. Verificación de los datos para construir los indicadores.
3. Elaborar un cuadro de mandos, tablas de cada proceso, poniéndolos a disposición de los grupos de trabajo.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|   | <p align="center">CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC</p> | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| Plan Regional de Calidad | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|--------------------------|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|---------|----------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | |
| GRUPO SEGUIMIENTO, MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS PRC | 1 | 20/08/2022 | Ayudar a definir los indicadores de los demás grupos | % indicadores validados | (Nº indicadores validados/nº total de indicadores recibidos)*100) | 90% | TRIMESTRAL | BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas | | | | | | | | | | | | | | N/A | Grupo J | |
| | 2 | 20/08/2022 | Verificar los datos recibidos para su construcción | % indicadores verificados | (Nº de indicadores verificados/nº indicadores recibidos)*100 | 90% | TRIMESTRAL | BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas | | | | | | | | | | | | | | 100% | 100% | Propietario del Proceso |
| | | 20/08/2022 | Explicación de cada indicador. | % de Indicadores explicados. | Nº de indicadores explicados/ Nº total de indicadores recibidos)*100. | 90% | TRIMESTRAL | BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas | | | | | | | | | | | | | | 100% | 100% | CO-Propietario del Proceso |
| | 3 | 20/08/2022 | Creación del cuadro de mandos | Realizado el cuadro de mandos general | SI/NO | SI | TRIMESTRAL | BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas | | | | | | | | | | | | | | | N/A | Grupo J |
| | | 20/08/2022 | Realizado Cuadros de mandos específicos. | Realizado el Cuadro de mandos específico | SI/NO | SI | TRIMESTRAL | BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas. | | | | | | | | | | | | | | | N/A | Grupo J |
| | | 20/08/2022 | % Utilización Cuadro de mandos existentes. | % Utilización Cuadro de mandos existentes. | Nº de Cuadros de mando existentes / Nº Cuadros de mando realizados. | % | TRIMESTRAL | BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas. | | | | | | | | | | | | | | | N/A | Gestor Documental |



| | | |
|--|---|---------------------------------------|
|   | CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC | CÓDIGO: PRC-FL-18 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| Plan Regional de Calidad | | FECHA APROBACIÓN: 07/02/23 |
| CUSTODIA DEL DOCUMENTO | Dirección General de Cuidados y Calidad | |

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

| ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|--------------------------|---|---|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------------|-------------|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| PROCESO | Nº INDICADOR | FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO | DEFINICIÓN DEL OBJETIVO | INDICADOR (Descripción) | FÓRMULA | ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN | PERIODICIDAD DE MEDICIÓN | FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | RESULTADO ANUAL | RESPONSABLE | | | | |
| GRUPO SEGUIMIENTO, MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS PRC | 4 | 19/12/2022 | Cuantificación Económica del Proceso | Posibilidad de cuantificar económicamente el proceso. | SI/NO | SI | TRIMESTRAL | Consumos energéticos y de consumibles ISO 14001 | | | | | | | | | | | | | | SI | SI | Propietario del Proceso | | |
| | | 19/12/2022 | | Coste de Realización del Proceso. | \sum Costes de empleados en la elaboración del proceso. | € | | TRIMESTRAL | BBDD Montesinos, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas. | | | | | | | | | | | | | | N/A | | Propietario del Proceso | |
| | | 19/12/2022 | | Eficiencia del Proceso. | \sum Costes del proceso. | € | | TRIMESTRAL | BBDD Montesinos, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas. | | | | | | | | | | | | | | | N/A | | Propietario del Proceso |
| | | 19/12/2022 | | Eficiencia del Proceso. | \sum Costes del proceso y su comparativo con otro proceso similar o alternativo (si lo hubiese). | € | | TRIMESTRAL | BBDD Montesinos, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas. | | | | | | | | | | | | | | | N/A | | Propietario del Proceso |



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Pensamos que hemos conseguido transmitir la idea de medición, evaluación y seguimiento al resto de grupos del PRC, y que se valore su importancia y necesidad. El resto de grupos nos han hecho llegar sus indicadores y los hemos evaluado emitiendo un informe para cada grupo.

Hemos colaborado en la implantación de la norma ISO 14001 en el SESCAM realizando una valoración de sus indicadores.

e. Propuesta de objetivos para el año 2023.

Estamos en el momento inicial del proyecto, todavía no hemos cumplido el primer año de operatividad, por lo que nuestra propuesta de objetivos para el 2023 es continuar con los del 2022.

E incorporamos como objetivo nuevo para el 2023 realizar un taller para dar a conocer e introducir la cultura de medición en nuestro sistema.

f. Conclusiones.

Hemos iniciado el camino en la introducción de conceptos como la medición de resultados, su evaluación y seguimiento. También, hemos intentado mostrar las bases de datos de las que disponemos con sus beneficios y limitaciones. Y, además, hemos abierto un camino que será beneficioso para todos los interesados en la asistencia sanitaria en nuestra región.

g. Principales resultados para su difusión a la población general.

El grupo de seguimiento, evaluación y monitorización de resultados aporta soporte en el Plan Regional de Calidad al introducir y explicar los conceptos de medición de la prestación sanitaria y la cuantificación precisa de ésta; diseñando o ayudando a diseñar indicadores así como su interpretación, valoración y seguimiento. Incluyendo, si fuese posible, la valoración económica tanto del trabajo de realización del proceso como del proceso en sí, incluyendo el análisis comparativo por Benchmarking que ha supuesto la puesta en funcionamiento de este proceso.