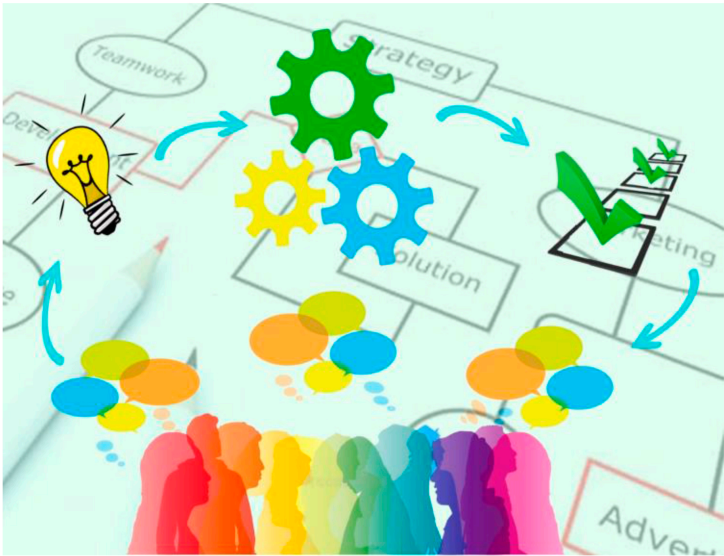




MEMORIA ANUAL 2023

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. SERRANO RODRIGUEZ Z MIGUEL ANGEL - 04212319F Firmado digitalmente por SERRANO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL - 04212319F Fecha: 2024.02.28 10:44:04 +01'00' Fecha:26-02-2024	Revisado por: Co-director del Plan Regional de Calidad. En representación de los Co-directores del Plan Regional de Calidad. TENDERO ALARCON ANDRES - 47060251C Firmado digitalmente por TENDERO ALARCON ANDRES - 47060251C Fecha: 2024.03.05 18:34:38 +01'00' Fecha:28-02-2024	Aprobado por: Montserrat Hernández Luengo. Directora General de Cuidados y Calidad. MONSERRAT HERNANDEZ LUENGO - 04606617Q Firmado digitalmente por MONSERRAT HERNANDEZ LUENGO - 04606617Q Fecha: 2024.03.05 21:33:18 +01'00' Fecha: 28-02-2024
---	---	--



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.	13
3.3. PROCESO TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD E INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.	21
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 SESCOG.	35
3.6. PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS.	42
3.7. PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA.	46
3.8. PROCESO INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.	52
3.9. PROCESO SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.	60

1. MACROGESTIÓN DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.

La macrogestión que se viene realizando del Plan Regional de Calidad se fundamenta en dos elementos fundamentales:

- **Su visión** que se resume gráficamente en su imagen institucional **el Micelio**.

Con él se hace referencia al talo de los hongos, formado por filamentos muy ramificados y que constituye el aparato de nutrición de estos seres vivos. En concreto los micelios reproductores crecen hacia la superficie y son los encargados de formar nuevos micelios. Las hifas ramificadas de los micelios permiten mantener interconectados a todos los organismos presentes en el ciclo.

Así, los miembros del equipo coordinador del Plan Regional de Calidad y en general los “calidólogos” del SESCAM nos identificamos con un micelio. Somos profesionales mantenemos una red de interconexión y de ayuda mutua para lograr nuestra visión, que no es otra que la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todas sus dimensiones. A través de nuestros pilares que son la gestión del talento y el conocimiento, aportamos los nutrientes para que surjan nuevos “calidólogos” en los diferentes ámbitos de la gestión y asistencia sanitaria en nuestra organización.



Esta gestión del talento de las personas y del conocimiento de la organización se fundamenta en un constructo pedagógico denominado “**andamiaje**” o “**scaffolding**”, definido como el proceso en el que un experto ayuda a alguien menos experto, llevándole a alcanzar logros que estarían fuera de su alcance sin ese apoyo. El conocimiento se crea sobre la base de lo que ya se sabe y, además, tiene naturaleza colaborativa o social. Las hifas ramificadas del micelio representan nuestro proceso de andamiaje.

- **Su metodología.** Este es el elemento fundamental para que este Plan vaya más allá de una declaración de intenciones y tenga un impacto real en los profesionales y los ciudadanos que son nuestra razón de ser. Así, entre nuestras referencias metodológicas básicas cabe destacar la Gestión por procesos, LEAN, Gestión de proyectos de mejora, aplicación del método Científico a la Gestión de la Mejora, diseño de proyectos de investigación, y evaluación de resultados; junto con otros modelos y herramientas de gestión aplicados ad-hoc para objetivos específicos. Todo ello, sin olvidar otros tipos de elementos tal vez más sutiles pero que son fundamentales para la gestión una transformación de la cultura en organizaciones de alta complejidad, tales como gestión de equipos de mejora, mentorazgo, liderazgo, logros compartidos, reconocimiento institucional...

El presente documento constituye la tercera memoria de actividad del Plan Regional de Calidad de Castilla la Mancha correspondiente al año 2023 y que es resultado, en primer lugar de una **visión consistente y compartida**. En segundo lugar, del **sentido de pertenencia de todos los profesionales su equipo coordinador** y de todos aquellos que participan en los diferentes proyectos e iniciativas de mejora derivadas del mismo. Finalmente, **del liderazgo incuestionable y facilitador de la Directora General de Cuidados y Calidad**.

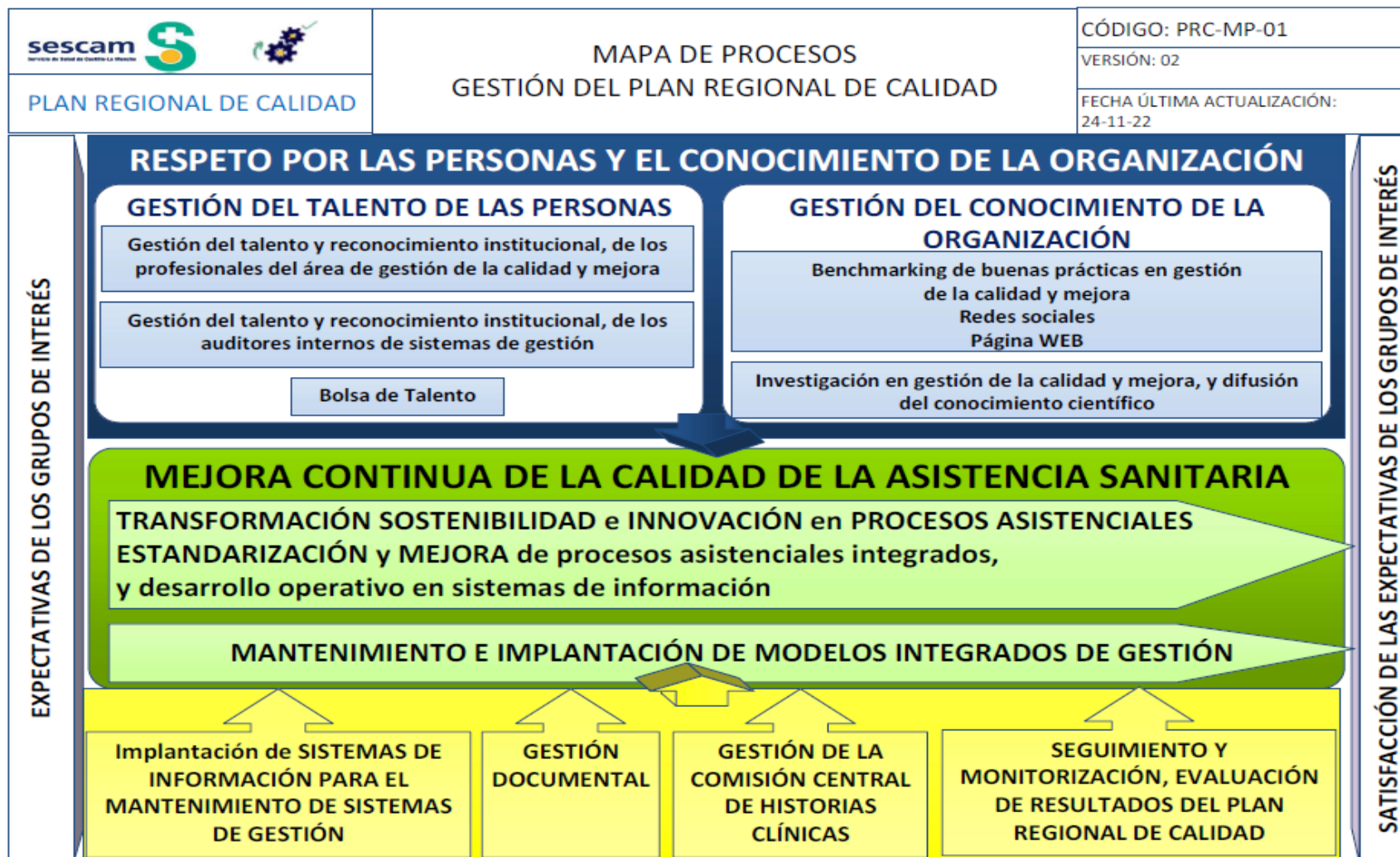
M^a Ángeles Tébar Betegón.

Coordinadora Regional de Gestión de Calidad y Mejora.

Dirección General de Cuidados y Calidad del SESCAM.



2. MAPA DE PROCESOS.





3. MEMORIA DE ACTIVIDAD DE LOS PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.

3.1. PROCESO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

1. Formación Fase 1 del pilotaje

Se han desplegado 8 sesiones formativas a usuarios funcionales:

 1ª FORMACION QM SALUD SESCAM 10-01-23.mp4	10/01/2023 16:29
 2ª FORMACION QM SALUD SESCAM 12-01-23.mp4	13/01/2023 12:28
 3ª FORMACION QM SALUD SESCAM 27-01-23.mp4	27/01/2023 16:45
 4ª FORMACION QM SALUD SESCAM 30-01-23.mp4	30/01/2023 17:45
 5ª FORMACION QM SALUD SESCAM 31-01-23.mp4	31/01/2023 14:09
 6ª FORMACION QM SALUD SESCAM 01-02-23.mp4	02/02/2023 8:13
 7ª FORMACION QM SALUD SESCAM 02-02-23.mp4	02/02/2023 13:59
 8ª FORMACION QM SALUD SESCAM - PLANTILLAS - 07-07-23.mp4	11/07/2023 9:11

2. Formación Fase 2 del pilotaje.

El grupo ha participado en la ampliación de la formación a otros compañeros de los dispositivos que han participado en la Fase 1 del pilotaje.

Se han llevado a cabo 4 sesiones formativas:

 1ª GRABACION FORMACION SESCAM 2ª FASE 21-02-23.mp4	21/02/2023 13:26	MP4 Video File (V...	228.748 KB
 2ª GRABACION FORMACION SESCAM 2ª FASE 23-02-23.mp4	23/02/2023 19:52	MP4 Video File (V...	169.324 KB
 3ª GRABACION FORMACION SESCAM 2ª FASE 28-02-23.mp4	28/02/2023 12:49	MP4 Video File (V...	196.795 KB
 4ª GRABACION FORMACION SESCAM 2ª FASE 07-03-23.mp4	07/03/2023 14:29	MP4 Video File (V...	250.505 KB

3. Sesiones de mejora con la empresa adjudicataria del Gestor ISO.

Se han realizado 17 reuniones de mejora de la plataforma previa a la implantación en las gerencias.



1 REUNION REQUERIMIENTOS I 10-02-23	15/02/2023 11:45	Carpeta de archivos
2 REUNION REQUERIMIENTOS II 16-02-23	08/03/2023 11:34	Carpeta de archivos
3 REUNION REQUERIMIENTOS III 01-03-23	24/04/2023 8:24	Carpeta de archivos
4 REUNION REQUERIMIENTOS IV 08-03-23	08/03/2023 11:35	Carpeta de archivos
5 REUNION REQUERIMIENTOS V 09-03-23	13/03/2023 9:26	Carpeta de archivos
6 REUNION COMPETENCIAS VI 21-04-23	24/04/2023 8:23	Carpeta de archivos
7 REUNION INTEGRACION LDAP 26-04-23	12/01/2024 9:26	Carpeta de archivos
8 REUNION COMPETENCIAS VII 12-05-23	12/01/2024 9:26	Carpeta de archivos
9 REUNIÓN ROLES 07-06-23	12/01/2024 9:29	Carpeta de archivos
10 REUNIONES REVISIÓN ESTADO DEL PR...	14/09/2023 14:21	Carpeta de archivos
11 REUNION CONFIGURACION PROCESOS	27/07/2023 12:13	Carpeta de archivos
12 REUNIONES UDEV	23/10/2023 14:31	Carpeta de archivos
13 REQ B.37.2 INDICADORES 05-10-2023	05/10/2023 12:46	Carpeta de archivos
14. REUNION REQUERIMIENTOS SUBIDA ...	19/10/2023 11:33	Carpeta de archivos
15. ENTREGA HITO 6 30-10-23	30/10/2023 12:18	Carpeta de archivos
16. DUDAS B.39 y B.42	02/11/2023 13:40	Carpeta de archivos
17. DUDAS VILLARROBLEDO 18-12-23	18/12/2023 10:01	Carpeta de archivos

4. Realización de informe de evaluación plataforma Gestor ISO.

Se ha elaborado, en colaboración con la ATIS, un informe de evaluación del cronograma de despliegue de la plataforma previsto, previo a la implantación en todas las gerencias. Dicho informe, en las conclusiones de la parte funcional ha contado con profesionales de las Gerencias de Ciudad Real, Toledo, Villarrobledo, Alcázar de San Juan y Servicios Centrales.

b. Objetivos formulados para el año 2023.

1. Liderar e impulsar la implantación de la plataforma para la gestión de sistemas de información en nuestra Comunidad.
2. Diseñar la formación continuada para profesionales de FASE 3 del proyecto.
3. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con la plataforma.
4. Elaborar documentación de consulta a usuarios en la gestión de la plataforma.
5. Establecer el circuito de respuesta a demanda de necesidades de la plataforma a usuarios potenciales.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC									CÓDIGO: PRC-FL-18												FECHA APROBACIÓN: 07/02/23	
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD									CÓDIGO: PRC-FL-18												FECHA APROBACIÓN: 07/02/23	
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD									CÓDIGO: PRC-FL-18												FECHA APROBACIÓN: 07/02/23	
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2023													
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.						Se realizará al finalizar la fase 2 del pilotaje. Se está trabajando en el diseño de la misma							Existe una versión previa pendiente de concluir FASE 3	Grupo de trabajo A.
	2	28/11/2022	Diseñar una actividad formativa específica calidad.	Cumplimiento de los objetivos formativos.	Validación Plan Formativo.	SI	Anual	Ficha validación.						Se realizará al finalizar la fase 2 del pilotaje							Pendiente de diseño motivado por el retraso en la implantación	Grupo de trabajo A.
				Acreditación actividad formativa	Actividad formativa acreditada por la Comisión Central de Formación Continuada	SI	Anual	Expediente acreditación.						Se realizará al finalizar la fase 2 del pilotaje							Pendiente de diseño motivado por el retraso en la implantación	
	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						Se comenzará a monitorizar en fase 3 del pilotaje							Se medirán tras implantación	Grupo de trabajo A.
					Σ horas/nº incidentes prioridad alta	<48h	Semestral	ATI						Se comenzará a monitorizar en fase 3 del pilotaje							Se medirán tras implantación	
					Σ horas/nº incidentes prioridad media	<4d	Semestral	ATI						Se comenzará a monitorizar en fase 3 del pilotaje							Se medirán tras implantación	
					Σ horas/nº incidentes prioridad baja	<7d	Semestral	ATI						Se comenzará a monitorizar en fase 3 del pilotaje.							Se medirán tras implantación	

			CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																			CÓDIGO: PRC-FL-18	
																						VERSIÓN: 1	
Plan Regional de Calidad			Dirección General de Cuidados y Calidad																			FECHA APROBACIÓN: 07/02/23	
CUSTODIA DEL DOCUMENTO																							
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																							
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2023														
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	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						Se ha definido los roles de la plataforma pendiente de normalizarlos como información documentada del sistema								Se ha avanzado en documentación de roles en plataforma pero aún no es definitiva.	Grupo de trabajo A.

La monitorización de indicadores comenzará según lo especificado en el cuadro de mandos.



d. Análisis de los resultados alcanzados.

1. FASE1

1.1. TAREAS PLANIFICADAS.

- a. Evaluar el adecuado cumplimiento del programa respecto de los requerimientos definidos en los pliegos.
- b. Realizar la configuración general que se aplicará en todas las gerencias.
- c. 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
- d. Formación de alto nivel a los integrantes del grupo para poder dar apoyo en las siguientes fases de implantación.

1.1.1. RESULTADOS DEL PILOTAJE.

- a. Se ha realizado una valoración técnica y funcional de los requerimientos del software.

Se verificaron las siguientes funcionalidades:

- Suficiente capacidad para la gestión de toda la documentación de las Gerencias y Direcciones Generales del SESCOAM, incluyendo la documentación externa que se considere pertinente.
- Permitir el acceso a la documentación de todos los profesionales de las distintas Gerencias y Direcciones Generales, contando con la suficiente flexibilidad en la definición de los diversos perfiles de acceso a la documentación.
- 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.
- Contar con un buscador avanzado de documentos a partir de diversos criterios (código, título, descripción, servicio, alcance, etc.).
- Soportar el uso de múltiples formatos de archivos (Open office, Microsoft Office, Portable document format, Visio...) tanto de entrada como de salida al sistema.
- 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.
- 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 y garantizar el recordatorio de las tareas con fecha asignada para validar dicha actividad.



- 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.
 - Permitir el registro y evaluación de los proveedores y permitir el seguimiento temporal.
 - Permitir la planificación y monitorización de objetivos de calidad.
 - Permitir planificación y seguimiento de acciones de mejora y No Conformidades.
- b. La configuración de las Gerencias ha considerado una única sede por Gerencia.
 - c. La definición de perfiles de acceso de ha adaptado a los circuitos de control documental de manera genérica.
 - d. Se ha realizado formación de alto nivel a los integrantes del grupo de implantación de los módulos integrados en la aplicación de basal tal como está configurada inicialmente.

2. FASE 2.

2.1. TAREAS PLANIFICADAS.

- a. Evaluar la adaptación del programa respecto a los requerimientos definidos en los sistemas de gestión de las gerencias.
- b. Realizar la configuración local que se puede requerir en una gerencia.
- c. 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
- d. Formación de nivel medio a los integrantes del grupo para poder dar apoyo en la siguiente fase de implantación.

2.1.1. RESULTADOS DEL PILOTAJE.

- a. Se han activado los roles personalizados en cada gerencia para las tareas de creación, edición, revisión y aprobación de información documentada.
- b. Se incluyen los logos de cada gerencia a las sedes y se establecen los mapas de procesos diferenciándose entre macro (servicio) y micro proceso (procesos clave de cada servicio).
- c. Se definen áreas de mejora para cada módulo de la aplicación: Contexto, Liderazgo, Planificación, Apoyo, Operaciones, Desempeño, Mejora, Plan, Check y Act (ver anexo).
- d. Se ha realizado formación de formadores a las gerencias implicadas en el pilotaje. La formación se diferencia de FASE 1 en que incluye algunas de las mejoras propuestas de cada módulo y se amplía el número de personas del grupo de implantación.



3. FASE 3.

3.1. TAREAS PLANIFICADAS.

- a. Completar la implantación del programa en todas las gerencias del SESCOAM.
- b. Completar la configuración local que se puede requerir en una gerencia.
- c. Formación de nivel usuario a los integrantes del grupo para poder dar apoyo en la siguiente fase de implantación.

3.1.1. RESULTADOS DEL PILOTAJE.

- a. A fecha de emisión del informe se valora pasar a producción el módulo de gestión de información documentada. No se ha completado la implantación en todas las gerencias.
- b. No se han completado los roles de cada sede para todas las gerencias del alcance.
- c. No se ha comenzado la formación a nivel usuario, pendiente de la decisión de realizar una implantación parcial. Existe un video tutorial proporcionado por el proveedor del software.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

1. Liderar e impulsar la implantación de la plataforma para la gestión de sistemas de información en nuestra Comunidad.
2. Diseñar la formación continuada para profesionales de FASE 3 del proyecto.
3. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con la plataforma.
4. Elaborar documentación de consulta a usuarios en la gestión de la plataforma.
5. Establecer el circuito de respuesta a demanda de necesidades de la plataforma a usuarios potenciales.

f. Conclusiones.

1. Aunque se han verificado la adecuación de funcionalidades genéricas de la plataforma, existen otras, que precisan de desarrollo informático que no han sido resueltas en el tiempo comprometido en la relación contractual inicial.
2. El único módulo específico de la aplicación que tiene el desarrollo completo propuesto por el grupo de implantación es el módulo de información documentada que gestiona el control documental del sistema de gestión ISO 9001:2015.
3. Debe readaptarse la FASE 3 al contexto actual generado por las condiciones actuales: retrasarse la implantación de todos los módulos de la plataforma a todas las gerencias y comenzar con la implantación parcial global.
4. Se hace necesario una nueva planificación del cambio que anticipe los riesgos de la implantación progresiva de la plataforma.



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

El SESCAM implanta una plataforma digital que permitirá mejorar la información de los sistemas de calidad haciendo ésta más accesible a profesionales y usuarios. La integración de los sistemas de calidad con la tecnología de la información garantiza la optimización de los circuitos de documentación y registro de la mejora continua en las organizaciones sanitarias.

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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

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 implantación de modelos integrados de gestión”. Y en base a ello, las principales actividades llevadas a cabo pueden definirse de la siguiente forma:

1. Implantación de modelos integrados de gestión.

Durante el año 2023, se ha continuado con la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental (SGA) basados en la Norma ISO 14001, iniciada en el último trimestre de 2022, junto con su integración con los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) basados en la norma ISO 9001:2015. El proyecto ha recibido el apoyo de un equipo de coordinación del que forman parte 2 miembros de nuestro proceso, así como otros profesionales de la Coordinación Regional de Calidad y Secretaría General.

La cronología resumida del desarrollo del proyecto durante 2023 es la siguiente:

- Enero 2023: revisión ambiental inicial que permitió clasificar los hospitales propuestos por las gerencias en función de la viabilidad de la implantación. En base a dicha revisión ambiental inicial, se seleccionaron 7 centros: Hospital General de Tomelloso, Hospital General de Villarrobledo, Hospital General de Almansa, Hospital General La Mancha Centro, Hospital Universitario de Guadalajara, Hospital General Universitario de Ciudad Real y sede de los Servicios Centrales del SESCAM (Toledo).
- Los días 20 y 27 de enero y 10 de marzo de 2023 se impartió un taller de presentación de la estructura general del Sistema de Gestión Ambiental, que facilitase el proceso de implantación de la Norma ISO 14001, así como su integración con los Sistemas de Gestión de la Calidad. El taller fue destinado a los profesionales que han formado parte de los equipos de trabajo designados por las gerencias.
- Los días 20, 21 y 22 de marzo, se impartió el curso “Implantación del modelo ISO 14001:2015 en organizaciones sanitarias” a todos los profesionales de los equipos designados.
- Durante abril y mayo, se llevaron a cabo las auditorías internas de los SGC ISO 9001:2015, además de la auditoría de los requisitos comunes de ISO 14001 en las 7 organizaciones iniciales.
- Entre el 11 de septiembre y el 2 de noviembre, coincidiendo con la realización de las auditorías internas de los requisitos específicos de los SGA, se han formado en esta norma los primeros auditores de la bolsa de auditores internos, creada con objeto de que profesionales del SESCAM adquieran la competencia necesaria para realizar, de forma autónoma, las auditorías internas en ISO 14001 a partir de 2025.

- Tras las auditorías externas, llevadas a cabo durante los meses de octubre y noviembre, se han propuesto para certificación los 7 Sistemas de Gestión Ambiental implantados.
- En 2024, todas las auditorías de los SGA se realizarán de manera conjunta con las de los SGC, reduciendo las jornadas de auditoría necesarias suponiendo un ahorro significativo de recursos.

2. Norma ISO 15189, “Laboratorios Clínicos-Requisitos para la calidad y competencia”:

- En abril de 2023, se llevó a cabo formación en Tomelloso sobre la Norma ISO 15189:2022, teniendo representación de nuestro grupo en la misma.
- Posteriormente, Andrés ha mantenido conversaciones con los responsables de laboratorio de diferentes gerencias para conocer la predisposición a una posible implantación de la Norma. También ha mantenido conversaciones con la Coordinador de Calidad del Hospital Miguel Servet y con la Coordinadora de Calidad del Hospital Marqués de Valdecilla para conocer sus experiencias en la implantación de la Norma.
- Se ha valorado la posibilidad de lanzar encuesta a las Gerencias para conocer la predisposición a su posible implantación o incluir la Norma en la encuesta de necesidades de las gerencias.

3. Actualización de la documentación del proceso.

- Respecto a la documentación de nuestro grupo, hemos actualizado el diagrama de flujo PRC-DF-05 Mantenimiento e Implantación de Modelos Integrados de Gestión y hemos creado un nuevo diagrama PRC-DF-17 Evaluación de Demandas de Modelos de Gestión.
- También hemos elaborado el Procedimiento de Comunicación PRC-PC-01, para la mejora de nuestra comunicación interna como la comunicación con las partes interesadas de nuestro grupo. Además, hemos generado un correo electrónico propio del grupo: planregionalmig@gmail.com.

4. Base de Datos de Alcances.

- En SSCC disponemos de la BD de Alcances en la está recogida toda la información de los dispositivos y procesos en el alcance de todas las Gerencias respecto a la Norma ISO 9001:2015 y el alcance de las ubicaciones de las Gerencias respecto a la Norma ISO 14001:2015.
- Actualmente, disponemos de 162 Dispositivos y 681 procesos bajo el alcance ISO 9001:2015 y 7 ubicaciones bajo el alcance ISO 14001:2015.
- También, referenciar que la GAI Hellín presenta certificación en el Modelo de Gestión ACSA, teniendo en el alcance el hospital, el Centro de Salud Hellín 2 y Centro de Salud de Ontur.

5. Actividad discente y docente.

El 90% de los miembros de nuestro grupo se han formado a lo largo del 2023 en diferentes modelos de gestión, como son el Modelo EFQM, Norma ISO 9001:2015, Norma ISO 14001:2015, Norma ISO 15189:2022. Además, el 30% de los componentes de este grupo, ha participado como docente en cursos relacionados con modelos de gestión.



6. Producción científica.

Desde este grupo, a lo largo del 2023, hemos elaborado 11 producciones científicas, expuestas y defendidas en diferentes Jornadas y Congresos regionales y Nacionales.

b. Objetivos formulados para el año 2023.

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.
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 Integrados de Gestión.
5. Garantizar una adecuada comunicación en tiempo con nuestros clientes y otras partes interesadas.
6. Gestionar la eficiencia del proceso y la efectividad de su despliegue.
7. Captar y valorar nuevas necesidades planteadas por los clientes de nuestro proceso.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

 servicio de salud en calidad y seguridad			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									2023														
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 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.			100 %			100 %			Sin solicitudes			Sin solicitudes	100 %	Copropietarios grupo B	
	2	21/03/2022	Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión.	Participación de componente s del nodo MG como discente 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.			334 %			86 %			100 %			143 %	166 %	Gestor documental grupo B	
	3	21/03/2022		Participación de componentes del nodo MIG como docentes en MIG	(Nº 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			100 %			100 %			100 %			Sin convocatorias	100 %	Gestor documental grupo B	
	4	21/03/2022	Participar en la investigación sobre modelos integrados de gestión.	Suministrar datos sobre investigación para 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.							Sin solicitudes						Sin solicitudes	Sin solicitudes	Gestor documental grupo B



			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									2023														
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	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.						7						4	11	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.												SI	SI	Gestor documental grupo B	
	7	Gestionar la eficiencia del proceso y la efectividad de su despliegue	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 %	Semestral	Registro actividad.	Gestionar la eficiencia del proceso y la efectividad de su despliegue						100 %						Sin solicitudes	1	Gestor documental grupo B	
	8		Medición de modelos de gestión implantados	(N.º de implantaciones / N.º total de solicitudes aceptadas) x 100	80 %	Anual	Registro actividad.							NA					30-11-23 Indicador eliminado		NA	Gestor documental grupo B	



			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									2023														
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 MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN	9	03/02/2023	Garantizar una adecuada comunicación en tiempo con nuestros clientes y otras partes interesadas	Comunicación de solicitud aprobada a peticionarios en un tiempo menor o igual a 5 días desde análisis de la petición	(N.º de solicitudes aprobadas y comunicadas a peticionario en un tiempo menor o igual a 5 días desde su análisis / N.º total de solicitudes recibidas) x 100	100 %	Semestral	Registro actividad.						100 %							Sin solicitudes	100%	Copropietarios grupo B
	10	03/08/2023	Captar y valorar nuevas necesidades planteadas por los clientes de nuestro proceso	Envío a gerencias email informativo de los Modelos de gestión disponibles para conocer necesidades/preferencias	SI/NO	≥ 1	Bianual	Registro actividad.									N/A					N/A	Gestor documental grupo B



d. Análisis de los resultados alcanzados.

De forma global, el cumplimiento de los objetivos se puede considerar como adecuado y algunos de los mismos, muy por encima de los estándares establecido (p.e.: indicador nº5, en cuanto a producción científica; indicador nº2, en cuanto a participación en formación).

Por otro lado, se han producido depuraciones de nuestro cuadro de mando, eliminando o reformulando aquellos indicadores que terminan de aportar valor a nuestro flujo de actividades y en definitiva, a nuestro producto esperado. De igual manera, se han incluido nuevos indicadores que aportan información acerca de las inquietudes de nuestros clientes y en aras de controlar la parte comunicativa (indicadores 9 y 10).

De forma más concreta, el proyecto de implantación de Norma ISO 14001:2015, se ha llevado a cabo, a lo largo del año 2023, en 7 de 18 organismos que conforman nuestra organización con un SGC implantado (un 38,8 %). Para el año 2024, está prevista la incorporación de 6 nuevas Gerencias (33,3%), consolidando la implantación de dicho modelo con un impacto total del 72.1% de nuestra organización. Este porcentaje es aplicable al impacto en cuanto a la extensión de un modelo integrado de gestión entre normas ISO 9001-ISO 14001.

Para el 2024, se ha detectado como necesaria la detección de nuevas inquietudes o necesidades en cuanto a implantación de modelos que aporten valor a la asistencia sanitaria. De forma bienal, se ha planteado una remisión de formulario a las distintas Gerencias para testear dichas necesidades.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

Se dan por válidos los objetivos del año 2023 con intención de continuidad.

De forma más concreta, se pretende:

1. Ampliar el alcance de modelos integrados de gestión sobre las Normas ISO 9001-14001, con cualquier valor como aceptable, ya que su implantación requiere de esfuerzos elevados que las organizaciones no siempre pueden ofertar o disponer de ellos, sin olvidar las contingencias que pueden surgir.
2. Detectar y materializar, si es posible, nuevas necesidades en cuanto a modelos de gestión que aporten valor a las organizaciones.
3. Participar, algunos de los miembros de este grupo, en la formación destinada a auditores internos, desde un punto de vista integral.

f. Conclusiones.

- Consideramos un elemento estratégico necesario, para una planificación adecuada de recursos, el hecho de **tener un mecanismo de detección de nuevas necesidades de gestión** que aporten servicios de calidad, sostenibles y con un enfoque a la mejora.
- En total, **162 Dispositivos y 681 procesos bajo el alcance ISO 9001:2015 y 7 ubicaciones bajo el alcance ISO 14001:2015.**
- Se ha puesto de manifiesto el compromiso de las organizaciones sanitarias por mejorar la sostenibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria, ya que **6 nuevas instituciones han dado el paso para el 2024** de incorporarse a la integración de modelos de gestión.



- La **colaboración y esfuerzo ha sido máximo por parte de todos los miembros del grupo de modelos integrados de gestión**, no solo para mantener un nivel elevado de conocimientos, sino para dar cumplimiento a las necesidades planteadas por el resto de organizaciones del SESCAM.
- La comunicación con nuestros clientes tiene un peso relevante para poder cumplir con nuestros estándares de eficiencia y efectividad. Por ello, se ha diseñado un **nuevo proceso que garantice dicha comunicación**.
- La difusión del conocimiento adquirido en cuanto a modelos integrados de gestión y la información actualizada del impacto de dichos modelos (mapeo de sistemas implantados) es un elemento clave de desempeño y de rigurosidad en la aplicación de este proceso.
- **Más de una decena de comunicaciones presentadas** en Congresos y Jornadas de todo tipo.
- El pensamiento crítico y constructivo es necesario para mejorar el proceso y adaptarlo a las necesidades de nuestros clientes. La fórmula de la **telepresencialidad, junto con la reunión presencial periódica** de los miembros de este grupo, es imprescindible para ello.
- El **posicionamiento, respaldo y la comunicación con la Dirección General de Cuidados y Calidad** es fundamental por muchos motivos y en concreto, para recibir el **impulso necesario** en las distintas fases de los proyectos y para poder **garantizar una adecuada comunicación y gestión de recursos** necesarios y disponibles para las demandas que se produzcan.

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

La implantación e integración de modelos de gestión es un elemento que preocupa a las organizaciones sanitarias del SESCAM. Se pretende con ello un beneficio final de que nuestros pacientes reciban la mejor asistencia sanitaria posible y cuidar de forma integral a nuestros profesionales, haciéndolos sentir elementos activos y con valor en el desarrollo de nuestras organizaciones.

Son 13 las organizaciones que se prevén que para este 2024 tengan implantado un modelo integrado de gestión ISO 9001-ISO 14001 (más del 70% del peso específico de todo el SESCAM).

Son más de 162 servicios/dispositivos los que están trabajando con un sistema de gestión basado en la ISO 9001:2015.

Se han difundido más de una decena de comunicaciones de interés acerca de proyectos de éxito implantados en nuestras organizaciones.

Es necesario disponer e implementar herramientas que permitan estar a la vanguardia en cuanto a necesidades de nuestra sociedad y en cuanto a la mejor forma de darles respuesta.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

El proceso de transformación, sostenibilidad e innovación en procesos asistenciales tiene como objeto la estandarización y mejora de procesos asistenciales integrados, y desarrollo operativo en sistemas de información se ha centrado fundamentalmente. Su actividad en 2023 se ha centrado fundamentalmente en:

- Garantizar la implantación de los procesos de pilotaje del PRC en sistemas de información y su posterior despliegue en la actividad asistencial para la evaluación del grado de consecución de resultados en salud y gestión eficiente de recursos.
- Estandarización de las convocatorias regionales de diseño de procesos y bolsa de mentores de diseño de procesos.
- Formación teórica de los integrantes de la bolsa de mentores.
- Obtención de fondos europeos para garantizar la viabilidad de la formación práctica de mentores y el despliegue de proyectos regionales de mejora de procesos.

b. Objetivos formulados 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”. Se plantea revisar este objetivo porque en el evolutivo el mismo puede dejar de 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 SESCOG 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.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

 servicio de salud de castilla-la mancha 			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									2023														
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 ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DESARROLLO OPERATIVO SISTEMAS INFORMACIÓN Y EN DE	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”.	(Nº de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información/Nº total de procesos piloto del PRC que son estandarizados)*100.	100%	Semestral	Carpeta compartida PRC						100%							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.	(Nº de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información con informe final de resultados/Nº total de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistema de información)*100.	100%	Semestral	Carpeta compartida PRC						33%							33%	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.	Nº intervenciones de profesionales implicados en la estandarización de procesos piloto del PRC.	5	Semestral	Carpeta compartida CRGCM						5								6	CRGCM



 Sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha  Plan Regional de Calidad			CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18	
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																			VERSIÓN: 1	
						FECHA APROBACIÓN: 07/02/23																
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																						
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2023													
PROCESO	Nº INDICADOR	FECHA DE ESTABLECIMIENTO O 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 ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DESARROLLO OPERATIVO SISTEMAS INFORMACIÓN Y DE	4	2022	Diseñar la convocatoria de diseño de procesos	-	Convocatoria diseñada en tiempo.	Sí	Semestral	Carpeta compartida PRC	CONSEGUIDO EN 2022													CRGCM
	5	2022	Constituir una bolsa regional de mentores de diseño y mejora de procesos asistenciales.	-	Bolsa constituida.	Sí	Semestral	Carpeta compartida Formación.						SI							SI	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.						SI						SI	Sí	CRGCM
	7	2023	Garantizar el adecuado diseño del programa formativo.	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.						0							APLICA 2º SEMESTRE 2024	CRGCM
	8	2023	Garantizar el compromiso con el proyecto de los profesionales.	Evaluación del porcentaje de profesionales que finalizan la formación teórica, necesario para la monitorización del proceso.	(Nº de profesionales que inician el programa formativo teórico para mentores de diseño y mejora de procesos/ Nº de profesionales que finalizan el programa formativo teórico para mentores de diseño y mejora de procesos)*100.	25%	Semestral	Carpeta Compartida Formación						0%						27%	27%	CRGCM



			CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18		
Plan Regional de Calidad																					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									2023														
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 ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DESARROLLO OPERATIVO SISTEMAS INFORMACIÓN Y EN DE	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.						0%								APLICA 2024	CRGCM	2023
	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.	(Nº de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información/Nº total de procesos asistenciales piloto del PRC que son estandarizados)*100.	100%	Semestral	Carpeta compartida Formación.						100%								100%	CRGCM	2022
	2022	Generalizar procesos asistenciales que evidencien su impacto en la mejora de la calidad asistencial.	Generalizado: se define como que se extienda al menos al 40% de las Gerencias en los que se desarrolle la actividad.	(Nº de procesos generalizados/número total de procesos estandarizados con evidencia de mejora de la calidad asistencial)*100.	2%	Semestral	Carpeta compartida Formación.						0%*								0%*	CRGCM	2022
	2023	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)	Nº de sesiones clínicas de generalización de procesos piloto organizadas.	4	Semestral	Carpeta compartida Formación.						2								2	CRGCM	2023



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, sobre los que se aportan los principales resultados de difusión e implantación obtenidos en 2023:

- **Proceso de atención al paciente con Hemorragia Digestiva.** GAI de Puertollano.

Difusión:

- El proceso se presenta en ponencia en las I Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora del SESCAM y en las tres ediciones del curso de Gestión por procesos e Introducción al Pensamiento LEAN organizados por la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora. Además, en la gerencia se realizan sesiones trimestrales.

Despliegue:

- El objetivo de realizar endoscopia digestiva en menos de 24h es un objetivo alcanzado con un indicador entre el 90-100%. (Estándar 90%).
- La valoración de enfermería al ingreso ha aumentado a un 66,67% en el último trimestre, siendo en trimestres anteriores un porcentaje de 50%, 30,5% y 13%. Se siguen llevando a cabo acciones de mejora para aumentar este porcentaje. (Estándar 80%).
- El porcentaje de pacientes hemodinámicamente estable atendidos en menos de 60 minutos es variable, debido al sesgo de la variabilidad en cuanto a sintomatología y complicaciones. Debido a la desviación de este indicador desde la organización se están tomando acciones de mejora en el subproceso de cara a 2024.
- Se ha modificado el formulario de colonoscopia a nivel regional, en consenso con las gerencias del SESCAM.
- Se ha modificado el formulario de gastroscopias en los sistemas de información en la Gerencia de Puertollano, se está trabajando por la estandarización regional.

- **Proceso de cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria.** GAI de Villarrobledo.

Difusión:

- El proceso se presenta en ponencia en las I Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora del SESCAM.

Despliegue:

El proceso ha sido estandarizado y superado la auditoría interna y externa obteniendo la certificación ISO 9001:2015. Se presenta informe de actividad con los siguientes indicadores.

- Volumen de pacientes derivados que efectivamente se realizan la prueba: 88,27% (estándar del 85%).
- Pacientes diagnosticados efectivamente de retinopatía diabética: 10,28% (estándar del 7-12%).
- Pacientes vistos por oftalmólogo en los primeros 15 días tras derivación: 99,46% (estándar superior al 90%).

Se prevé un aumento de la capacidad del proceso en 2024 pasando de 10-15 pacientes semanales a 20-24.



- **Proceso de transversal de atención al paciente con Insuficiencia Cardíaca.** GAI de Puertollano.

Difusión:

- El proceso se presenta en ponencia en las I Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora del SESCAM y en las I Jornadas Regionales de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Castellanomanchega de Cardiología.
- Actividad Formativa Tele-presencial de Benchmarking, con 57 asistentes de distintas gerencias del SESCAM.
- Elaboración y publicación del “Manual del Proceso Transversal de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”. ISBN: 978-84-09-53618-4, Depósito legal TO 284-2023.). Difusión del Manual a toda la alta dirección de la Consejería de Sanidad y SECAM, y a todas las Gerencias y Servicios de Cardiología.

Despliegue:

- Desarrollados desde ATI 2 Protocolos de alcance regional en Turriano y 4 en Mambrino.
- Cuadro de mandos del proceso en fase de montaje de indicadores, explotación de datos desde Montesinos, en desarrollo.
- Desarrolladas las primeras reuniones para valorar la viabilidad e implantación del Proceso en la GAI de Alcázar de San Juan, (en la que se rechaza), y en las GAIs de Albacete, Ciudad Real y Toledo.

- **Proceso de atención al paciente con fractura de cadera.** GAI de Almansa. El diseño de este proceso queda paralizado por cambios organizativos en la Unidad de Calidad de esta Gerencia.

En el momento actual sólo se prevé la generalización del proceso de IC a otras gerencias del SESCAM dado que esta debe de ser a demanda de los profesionales y con el visto bueno de los equipos directivos.

No sólo se han cumplido con los objetivos de difusión de los procesos piloto estandarizados, sino que además de ha contribuido al conocimiento científico en gestión con la publicación del “Manual del Proceso Transversal de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”.

En 2022 se diseñó la convocatoria regional bienal de “TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD e INNOVACIÓN en PROCESOS ASISTENCIALES. En este momento ya se detectó desde la Coordinación Regional de Calidad un aumento de la demanda para el diseño de procesos asistenciales considerados estratégicos por parte de la Dirección del SESCAM. Así en 2023 se ha iniciado la estandarización del proceso de atención precoz al paciente crónico complejo, y ya se han propuesto otros como desburocratización en atención primaria o gestión regional de vacunas. El abordaje de estos procesos supera ya la capacidad de absorción de la demanda de la Coordinación Regional por lo que no se considera asumible publicar la convocatoria en el momento actual. El equipo C, considera que esto supone el hándicap de no poder conocer en el momento actual las iniciativas en gestión de mejora de procesos que tiene su origen en los profesionales del SESCAM. Este riesgo puede ser minimizado elaborando una encuesta de detección de necesidades.



En 2023, se ha convocado la bolsa de mentores con la presentación de 72 solicitudes, 2 profesionales declinaron finalmente su participación. De los 70 integrantes de la bolsa de mentores 63 han iniciado el programa formativo teórico y 17 lo han concluido. Se han realizado un total de 10 actividades formativas consistentes en 248 horas de formación dirigidas a 246 alumnos.

Desde la Coordinación Regional se ha gestionado un concurso público con financiación europea por un importe de 143.989,94€, denominado *“SERVICIO DE CONSULTORÍA, MENTORAZGO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE PROYECTOS DE MEJORA DE PROCESOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DESBUROCRATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE PENSAMIENTO Y HERRAMIENTAS LEAN, MINERÍA DE PROCESOS Y DIGITALIZACIÓN”*. Se trata de un pro-folio que permitirá garantizar la formación práctica de al menos 6 profesionales miembros de la bolsa de mentores del SESCAM. El contrato ha sido adjudicado en diciembre. También, con financiación europea se han conseguido dos ediciones de un curso de formación especializada en gestión de proyectos en organizaciones sanitarias.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

En 2024 se propone alcanzar los siguientes objetivos.

- Garantizar la estandarización y pilotaje del proceso de atención al paciente crónico complejo.
- Facilitar la generalización y despliegue del proceso transversal de atención al paciente con IC en las organizaciones que lo soliciten.
- Garantizar la formación teórica de los integrantes de la bolsa de mentores de procesos del SESCAM.
- Garantizar la formación práctica de los integrantes de la bolsa de mentores de procesos del SESCAM.
- Garantizar la macrogestión del pro-folio *“SERVICIO DE CONSULTORÍA, MENTORAZGO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE PROYECTOS DE MEJORA DE PROCESOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DESBUROCRATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE PENSAMIENTO Y HERRAMIENTAS LEAN, MINERÍA DE PROCESOS Y DIGITALIZACIÓN”*.

Para la monitorización de proceso el equipo del proceso procederá a revisar y actualizar el cuadro de mendas de indicadores.

f. Conclusiones.

En 2023, se ha conseguido la implantación local de los tres procesos previstos y que formaban parte del pilotaje del PRC, también se ha avanzado en su despliegue en sistemas de información y en el diseño de cuadros de mando específicos. Se han obtenido lo resultados esperado en términos de difusión y se espera seguir mejorando en la generalización de los procesos en base a la demanda de las diferentes gerencias del SESCAM. Dentro del proceso transversal de atención al paciente con IC se ha contribuido al conocimiento científico en con la publicación del *“Manual del Proceso Transversal de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”*. Con la certificación ISO 9001 del proceso de cribado de retinopatía diabética se ha contribuido a seguir mejorando el prestigio de nuestra organización a través de este reconocimiento externo.



La bolsa de mentores de procesos del SESCOAM ha sido convocada con éxito y está constituida por 70 profesionales que ya han iniciado una formación teórico- práctica en gestión. Se ha trabajado con intensidad para conseguir financiación europea que nos permita garantizar la formación práctica especializada para estos profesionales.

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

Actualmente se han diseñado e implementado en sistemas de información los procesos de Atención al paciente con Hemorragia Digestiva, Proceso transversal de atención al paciente con Insuficiencia Cardíaca. GAI de Puertollano. Cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria. GAI de Villarrobledo. Este último ha recibido la certificación con el modelo de gestión de la calidad ISO 9001:2015. Además, se ha publicado el “Manual del Proceso Transversal de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”. Todos los resultados fueron presentados en las I Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora.

Se resolvió con éxito la convocatoria de la bolsa de mentores de procesos del SESCOAM que está integrada por 70 profesionales. 17 de ellos han finalizado la formación teórica en 2023.

Se ha gestionado y conseguido financiación europea por más 159.000€ que ha permitido la formación especializada en gestión de proyectos de mejora de 55 profesionales y permitirá en 2024 la formación práctica de mentores a través del portfolio *“SERVICIO DE CONSULTORÍA, MENTORAZGO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE PROYECTOS DE MEJORA DE PROCESOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DESBUROCRATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE PENSAMIENTO Y HERRAMIENTAS LEAN, MINERÍA DE PROCESOS Y DIGITALIZACIÓN”*.



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 2023.

Una vez definida la ficha de Proceso, en la que se recogieron los Objetivos Estratégicos, Generales y de Rendimiento, y establecidos los Indicadores propuestos para el seguimiento de los mismos, fueron revisados posteriormente por el grupo de monitorización y evaluación de resultados. En el año 2023, se ha realizado su seguimiento.

Se desarrolló, conjuntamente al proceso de reconocimiento institucional de auditores internos, una propuesta de borrador de un decreto que regule adecuadamente este reconocimiento de los profesionales del área de gestión de la calidad y mejora. Debido a los cambios que se han producido en la estructura organizativa el SESCAM y de la DGCC, no se pudo presentar dicho borrador de decreto, quedando aplazado para el 2024 su presentación a RRHH para su evaluación.

También se ha elaborado y difundido el cuestionario de estructuras de calidad de las gerencias. Los resultados del mismo se encuentran en fase de análisis.

b. Objetivos formulados para el año 2023.

- 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.

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									2023														
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	Bolsa de trabajo SELECTA						Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam							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	RR.HH						Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam							Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam	Jeny Rodríguez Coronado	
	3	01/05/2022	Reconocimiento institucional: en procesos selectivos de concurso-oposición o concurso de méritos	Inclusión de méritos en procesos selectivos de concurso-oposición o concurso de méritos por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias	Evaluación de la inclusión de méritos en procesos selectivos de concurso-oposición o concurso de méritos por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias	SI	Anual	RR.HH						Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam							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	RR.HH							Pendiente de realización de encuesta				Encuesta realizada 10-10-23			Pendiente de análisis de resultados	DGCC

 sescam SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE BUENOS AIRES 			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 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	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							Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam	Jeny Rodríguez 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							Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam	Jeny Rodríguez 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							Pendiente de aprobación propuesta de decreto por parte de RRHH Sescam	Jeny Rodríguez Coronado



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Se han actualizado 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 2022 se analizó y se unificó 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 definieron las funciones, dedicación necesaria, forma de elección y nombramiento, metodología de reconocimiento e incentivación, método de evaluación y condiciones de cese.

Este trabajo culminó 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. Debido a los cambios en la estructura organizativa el SESCAM y de la DGCC, no se pudo presentar dicho borrador de decreto, quedando aplazado para el 2024 su presentación a RRHH para su evaluación.

Respecto al cuestionario de estructuras de calidad de las diferentes gerencias, aún se encuentra en fase de análisis de los datos, no pudiendo obtener conclusiones ni tomar decisiones al respecto.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

- Solicitar la aprobación de decreto anteriormente citado, lo que permitirá seguir avanzando en la medición de los indicadores propuestos.
- Elaborar y difundir informe de análisis de las estructuras de calidad de la región.

f. Conclusiones.

Aún queda mucho por andar en lo referente al reconocimiento en méritos de los profesionales del área de gestión de la calidad y mejora, y su institucionalización en forma de decreto por parte de las Cortes de Castilla La Mancha, a lo cual, se dedicarán los esfuerzos del grupo en 2024.

g. 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 SESCOAM.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

La actividad del proceso estratégico bolsa de talento del PRC en 2023 se ha centrado fundamentalmente, en primer lugar, en el diseño del programa formativo y su difusión a las gerencias y Servicios Centrales del SESCOAM. 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 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.



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									2023														
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 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	Si	Semestral	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"						Si						Si	Si	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	Si	Semestral	Carpeta compartida						Si						Si	Si	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"						88,00 %						89,00%	88,50%	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	-	Σ 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"						4,63							4,44	4,53	Gestor documental del proceso



 Plan Regional de Calidad			CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																			CÓDIGO: PRC-FL-18	
CUSTODIA DEL DOCUMENTO																						Dirección General de Cuidados y Calidad	
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																							
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2023														
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 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%	Anual	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"						-						20,00%	20,00%	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	Anual	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 profesionales que rotan por la CRGCM	1	Anual	Sistema de gestión de la CRGCM						0							0	Gestor documental del proceso	
	8	10/01/2022	Evaluar y difundir los resultados del proceso Bolsa de Talento.	-	Memoria anual de resultados elaborada	Sí	Anual	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"							-						Sí	Sí	Gestor documental del proceso



 sescam SECRETARÍA DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA			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									2023														
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 BOLSA DE TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM	9	15/06/2023	Garantizar el adecuado diseño de las actividades formativas planificadas	Índice de créditos obtenidos por actividad formativa de las incluidas en el programa Bolsa de Talento	$(\sum \text{Nº créditos obtenidos para los cursos que se solicitó acreditación} / \sum \text{Nº créditos potenciales para dichos cursos}) * 100$	90%	Semestral	Base de datos seguimiento formación						111%						122,02%	117%	Gestor documental del proceso	
	10				$((\sum \text{Nº créditos de actividades formativas} / \sum \text{Nº de actividades formativas}) * 10) / \text{Nº de actividades formativas}$	≥1,25	Semestral	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"						1,52					1,46	1,49	Gestor documental del proceso		
	11	15/06/2023	Garantizar la realización de las actividades formativas necesarias para dar respuesta a las expectativas de las partes interesadas	Tasa de actividades concedidas de las incluidas en la Bolsa de Talento	$(\text{Nº de actividades formativas no concedidas (salvo por motivos presupuestarios)} / \text{Nº de actividades formativas solicitadas}) * 100$	<20%	Semestral	Base de datos seguimiento formación						0%						0%	0%	Gestor documental del proceso	
	12				$(\text{Nº de actividades formativas impartidas} / \text{Nº de actividades formativas concedidas}) * 100$	100%	Semestral	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"						100%				100%	100%	Gestor documental del proceso			



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.

En 2023, además se gestionó la formación relativa a la “Bolsa de Talento de Mentores en Diseño de Procesos”, para lo que se requiere también la formación de “Gestión de Proyectos de Mejora en Organizaciones Sanitarias”.

Inicialmente se planificaron 2 ediciones de la formación en Gestión por procesos, que finalizaron 38 alumnos, 2 ediciones de ISO 9001:2015 que finalizaron 63 alumnos y 2 de Herramientas Lean, que fue finalizado por 66 alumnos. Debido a la alta demanda finalmente se hicieron 3 ediciones de Lean avanzado (Herramientas Lean en organizaciones sanitarias).

En el global de actividades formativas de bolsa de talento, un 89% del total de alumnos finalizan la formación respecto del total de solicitudes realizadas.

Además, se celebraron 2 ediciones de Gestión de Proyectos de Mejora en organizaciones sanitarias. Finalizaron 54 alumnos en esta formación específica requerida, además de las anteriores, para adquirir capacidades para ser mentor en diseño de procesos.

Se dio respuesta a toda la demanda de estas actividades formativas. Además, se procede al estudio del indicador que marca los alumnos que finalizan respecto a los que solicitan la formación, para mejorar su adecuación, utilizando herramientas para asegurar el compromiso los alumnos para finalizar las actividades formativas.

La evaluación de la satisfacción global media de las actividades formativas es 4,53 sobre una escala 1-5. Se evidencia la aceptación del programa formativo, sólo en Gestión de Proyectos de Mejora se obtiene una evaluación de la satisfacción por debajo de 4,5. Una vez analizadas las posibles causas y sugerencias de los alumnos, se procedió a la adaptación de esta actividad con más ejemplos enfocados a proyectos sanitarios, para mejorar su aplicabilidad en el ámbito de trabajo de los profesionales de nuestro Servicio de Salud, mejorando la evaluación de la satisfacción en la segunda edición.

En cuanto a la evaluación de la eficacia, se evidencia que el 100% de los alumnos que terminan la formación en bolsa de talento en 2023 superan el examen de conocimientos en todas las actividades formativas realizadas.

Como condición sine qua non que nos marcamos, todas las actividades formativas deben estar acreditadas previa solicitud ante la Comisión de Formación Continuada. Con los resultados obtenidos, se evidencia que los contenidos, objetivos, metodología, métodos de evaluación de eficacia, son valorados por encima de los requerimientos que marca la Comisión de Formación Continuada, puesto que se obtienen un 22% más de los créditos teóricos establecidos según las características de la actividad formativa a acreditar.



Se ha continuado con una estrategia de formación de formadores, con el objetivo de 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, el 20% del profesorado interno que se había formado anteriormente en las actividades que imparten, era nuevo en el segundo semestre. La incorporación de nuevos docentes no tubo impacto en la satisfacción global media.

Aunque se planteó el objetivo de diseñar un programa formativo de profesionales para su rotación por la Coordinación Regional de Calidad, no se ha llevado a cabo durante 2023 por insuficiencia de medios y necesidad de priorización de actividades, siendo imposible desarrollarlo hasta el momento.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

- Diseñar la fase 3 del programa formativo “Bolsa de Talento”, continuando con estas formaciones, además de otras para implementar la adquisición de competencias para mentores en diseño de procesos miembros de la Bolsa de Mentores del SESCOAM.
- Mantener actualizada la base de datos para la adecuada gestión de la información del proceso para una gestión más ágil y eficaz de la información generada en el 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, como la bolsa de mentores del Grupo de Diseño de Procesos.
- 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 SESCOAM como por los 258 de profesionales que forman parte de la “Red de Calidólogos” del SESCOAM, 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. En 2023, el proceso se ha enfrentado 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, y que finalmente ha sido posible realizar gracias a esa financiación.

Además, se han celebrado actividades formativas propuestas por parte de otros procesos del PRC, tales como por el equipo de investigación, tales son Resultados en Salud, Diseño de Estudios de Investigación, o el equipo de modelos integrados de gestión, actividades para la implantación del modelo integrado de gestión ISO 9001-14001, que ante el aumento de la demanda también se potenciará su realización para el próximo año y se continuará con la difusión de estas actividades y de sus resultados.

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

Se ha desarrollado la fase segunda del programa de formación bolsa de talento para la mejora de competencias en gestión de la mejora, inicialmente previsto para 24 profesionales, pero en el que **han participado 221 profesionales**. Se realizaron un **total de 233 horas de formación, con una satisfacción global media de 4,53 sobre 5**.

En términos de eficiencia, el coste alumno/hora fue de: **4,11€/alumno/hora** para el curso gestión por procesos e introducción al pensamiento LEAN, **2,63€/alumno/hora** para el curso **Modelo de gestión ISO 9001:2015**, **5,29€/alumno/hora** para el curso de **Herramientas Lean** y **7,31€/hora en Gestión de Proyectos de Mejora**, al tratarse de una formación más específica.

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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

Una vez definida la ficha de Proceso, en la que se recogieron los Objetivos Estratégicos, Generales y de Rendimiento, y establecidos los Indicadores propuestos para el seguimiento de los mismos, fueron revisados posteriormente por el grupo de monitorización y evaluación de resultados. En el año 2023, se ha realizado su seguimiento

El 2022 se redactó 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, y se desarrolló conjuntamente al proceso de reconocimiento institucional de las unidades de calidad, una propuesta de borrador de un decreto que regule adecuadamente este reconocimiento.

Debido a los cambios que se han producido en la estructura organizativa del SESCAM y de la DGCC, no se pudo presentar dicho borrador de decreto, quedando aplazado para el 2024 su presentación a RRHH para su evaluación.

Se ha mantenido la remuneración económica de las horas de auditoría de la misma manera que el año 2022.

b. Objetivos formulados para el año 2023.

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

- Definir y asignar los recursos necesarios (principalmente referente a tiempos de trabajo) empleados en cada actividad relacionada con las auditorías internas, en función de los diferentes roles de auditores y del alcance de la propia auditoría.
- Establecer los mecanismos necesarios para la aprobación del decreto que reconozca 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.
- Mantener la remuneración económica de las horas de auditoría cada año.



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									2023														
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 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			No Aplica			No Aplica			No Aplica	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			No Aplica			No Aplica			No Aplica	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			No Aplica			No Aplica			No Aplica	No Aplica	Grupo de trabajo F	
	4	18/05/2022	Reconocimiento institucional de actividades de Auditoría extendidas fuera de la jornada laboral.	Vigencia de reconocimiento por parte del Sescam del abono de la actividad realizada fuera de jornada de auditoría.	SI/NO	Sí	Anual (Tras las Auditorías Internas)	Registro de Actividad de Auditores							Sí						Se mantiene el reconocimiento por parte de la directora gerente del SESCOAM dela abono de dicha actividad Agosto 2022	DGCC	



 sescam Servicio de Salud de Cuidados y Calidad 			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									2023													
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 AUDITORES INTERNOS	5	18/05/2022	Garantizar la retención del talento en bolsa de auditores.	Vigencia del compromiso obtenido tras la reunión del 29 Noviembre 2022, para el abono de dietas por desplazamiento y pernoctas según el procedimiento habitual seguido en las gerencias.	SI/NO	Sí	Anual (Tras las Auditorías Internas)	Registro de Actividad de Auditores						Sí							Dado la dificultad de gestión de estas dietas de forma automática por parte de las Gerencias y los profesionales, se determina que dichas dietas por desplazamiento sean solicitadas por los auditores a sus respectivas gerencias, que las abonarán convenientemente	DGCC
	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*100/Número de profesionales incluidos en la bolsa de auditores que no participan en auditorías en el último año	>10%	Anual	Bolsa de auditores DGCC						25%							25%	DGCC



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Durante el 2023 se han mantenido los sistemas a la espera de la presentación del borrador de la propuesta de decreto por parte de la DGCC.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

- Solicitar la aprobación de decreto anteriormente citado, lo que permitirá seguir avanzando en la medición de los indicadores propuestos.
- Mantener la remuneración económica de las horas de auditoría cada año.

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 2023 se ha avanzado en este aspecto, facilitando la participación de profesionales en las auditorías internas y regulando las funciones a desempeñar en las mismas.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

En este grupo se han definido como principales líneas de actividad:

- **Identificar Buenas Prácticas en Gestión de la Calidad y Mejora.**
- **Trabajar en la visibilidad de las buenas prácticas** en gestión de la calidad de nuestra organización.
- Implantar y mantener un **Banco de Buenas Prácticas** disponible para toda la organización.

b. Objetivos formulados para el año 2023.

- **Identificar buenas prácticas** en gestión de la calidad y mejora de la organización para implementar las que aportan valor.
- Implantar y mantener un **banco de buenas prácticas** disponible para toda la organización así como para cualquier otro interesado.
- **Trabajar en la visibilidad de las buenas prácticas** en gestión de la calidad de nuestra organización mejorando la comunicación a nivel interno y a nivel externo, con el soporte de RRSS y la página web del SESCAM. Celebrar las I Jornadas del Plan Regional de Calidad y elaborar memoria del balance de la misma.
- Realizar una evaluación de los resultados obtenidos, bien de la BBPP de las Jornadas Regionales o bien de las convocatorias de BBPP, con el objetivo de valorar modificaciones en los objetivos que se estimasen oportunas.

c. Cuadro de mandos de indicadores.

 sescam servicio de Salud de Cuidados y Calidad 			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									2023														
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 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	(Nº BBPP cumplen requisitos establecidos en la definición de BBPP/ nº solicitudes recibidas) x 100	>80%	Semestral	Base datos grupo H						N/A						N/A	N/A	Propietarios	
	2			Establecer bases de la convocatoria	Nº de convocatorias anuales lanzadas	≥1	Semestral	Base datos grupo H							N/A					N/A	N/A	Propietarios	
	3			Cumplimiento de plazos	Adecuar plazos a la convocatoria (nº solicitudes en plazo / total solicitudes recibidas)	> 90%	Semestral	Formulario solicitud							N/A						N/A	N/A	Propietarios



			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									2023														
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 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 gerenc. del Sescam en la primera convocatoria	Semestral	Formulario solicitud						NA						NA	N/A	Gestores documentales	
	5			Diseñar un Plan de Comunicación para dar a conocer las Buenas Prácticas implantadas.	Cualitativo si / no	Plan de comunicación activado	Semestral	Grupo H						NA						NA	N/A	Grupo H	
	6			Conocer el interés de los profesionales en BBPP a través de las jornadas.	(Nº total de participantes en las jornadas/Nº total del aforo determinado)* 100	Nº total de participantes en la jornada > 85% del total de profesionales SESCAM	Según realización de las Jornadas Regionales	DGCC						100%							100%	Grupo H	
	7	28/02/2023		Realizar las jornadas regionales de calidad	Cualitativo si / no	Realizado	Según realización de las Jornadas Regionales	Grupo H			SI										-	SI	Grupo H
	8	28/02/2023		Realizar la memoria de las jornadas	Cualitativo si / no	Realizado	Según realización de las Jornadas Regionales	Grupo H					NO										NO



			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									2023													
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	
GRUPO PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA	9	21/02/2022	Implantar y mantener un mapa o banco de BBPP	Nº de BBPP que el repositorio cuenta anualmente	Nº total de BBPP aceptadas/Nº total de BBPP disponibles en el repositorio)*100	Nº total de BBPP disponibles en el repositorio >80%	Semestral	Grupo H						NA						NA	NA	Gestor documental
	10			Disponible banco actualizado para consulta interna y / o externa	Cualitativo si / no	Existencia del banco	Anual	Grupo H						NA						NA	Gestor documental	
	11			Diseñar el Registro específico a modo de repositorio que nos permita conocer a tiempo real las Buenas Prácticas implantadas en el SESCAM.	Cualitativo si / no	Registro Implantado	Anual	Grupo H						NA							NA	Gestor documental



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Dentro de los resultados de las IJRC, se exponen (a modo de resumen ya que existe un documento específico sobre ello), lo siguiente:

- Profesionales inscritos 410, admitidos 304.
- El Nº total de **comunicaciones presentadas** han sido: **98.**

Comunicaciones orales: 61.

Pósteres: 37.

- El Nº total de **comunicaciones admitidas** han sido: **96.**

Comunicaciones orales: 60.

Pósteres: 36.

Actualmente, se está cerrando el presupuesto que se dispuso en colaboración (en relación a la gestión del mismo), con la Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos. Existe la posibilidad de tener el dinero excedente reservado en la FNHP, hasta conocer las actividades que se propongan a futuro.

Del mismo modo, hay una propuesta de reunión de cierre de las mismas con el objetivo de elaborar un informe de cierre definitivo.

- ✓ Se ha diseñado el formulario/solicitud candidatura de buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora.
- ✓ Se han establecido los criterios de calidad científico-técnicos para evaluar las buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora.
- ✓ Diseño del formulario de baremación criterios de calidad científico-técnicos.
- ✓ Diseño del formulario de planificación y seguimiento de actividades.
- ✓ Se han identificado oportunidades de mejora en el propio proceso como es el propio plan de difusión de las BB.PP.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

Para el año 2024 se plantean como Objetivos:

- ✓ Continuar con los objetivos propios del 2023, y de manera más particular:
 - Lanzar 1 convocatoria de BB.PP. semestral que cumpla los requisitos definidos en nuestro proceso.
 - Diseñar y gestionar del repositorio de BB.PP. y el mapa de distribución de las mismas.
 - Establecer un plan de comunicación que difunda las BB.PP. de referencia dentro de nuestra comunidad.
 - Realizar reingeniería de nuestro proceso para dar la oportunidad de aprovechar el talento retenido en la organización de Jornadas.
 - Realización de la memoria de las IJRC, una vez hayamos tenido la reunión de cierre y el reporte a la DGCC.



f. Conclusiones.

- El grupo de Benchmarking ha dedicado su mayor carga de trabajo al desarrollo de las I Jornadas de Calidad y Mejora del Sescam, que se celebraron en Toledo, en la Escuela de Administración Regional el 28 y 29 de marzo de 2023.
- Los integrantes de este grupo han formado parte del Comité Científico, Organizador y Secretaria Técnica de las Jornadas Regionales.
- Se han llevado a cabo 3 reuniones en formato telemática.
- Se ha mantenido una dinámica de actualización documental asociada a este proceso conforme sus requerimientos.
- Los objetivos proyectados para el año 2023 deben de seguir vigentes para el nuevo año derivado de que son objetivos definitorios del propio proceso y de que el extraordinario consumo de recursos que está conllevando la celebración de las I Jornadas regionales de Calidad y Mejora no ha permitido su evolución natural.
- Todavía nos encontramos en una fase temprana de madurez no solo de este proceso sino del propio plan como para que se puedan obtener resultados asociados a la gestión de todo lo relacionado con las BB.PP.
- Es necesario reevaluar y analizar el flujo de actividades de este proceso y en su caso, implementar las modificaciones necesarias en aras de una mejora continua y mayor eficiencia.
- Se han mantenido reuniones con los equipos de informática (GAI Talavera de la Reina, ATIS SSCC), para conocer el modo de proceder a la creación de un banco de buenas prácticas, recibiendo la indicación que el mismo, podría estar ubicado en la intranet del SESCAM, en el consiguiente apartado de “Profesionales”.
- Ante la situación actual de la DGCC, con la falta de cobertura de la plaza de Coordinación Regional de Calidad, es preciso conocer la propuesta de trabajo sobre la que seguir avanzando. En definitiva, conocer cuál es el futuro del PRC del SESCAM.

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 II Jornadas Regionales de Gestión de la Calidad y Mejora del SESCAM.

Queda pendiente, según directrices de la DGCC, si es oportuno la realización de unas II Jornadas, en idéntico formato a las primeras o, por el contrario, valorar cuál puede ser el modelo: distintas reuniones por gerencias con puesta en común, difusión de los trabajos realizados hasta ahora en sesiones formativas para los profesionales, que busquen el impacto en los pacientes como BBPP, etc.

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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2023.

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 escapen 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 2023.

1. Generar una propuesta definitiva de las actividades formativas en consenso con los Coordinadores y los miembros del Grupo I.
2. Dar difusión a las actividades formativas desde DGCC a los grupos de interés y garantizar la satisfacción de las actividades formativas realizadas.
3. Lanzar la encuesta de necesidades formativas en el segundo trimestre de 2023, que permitirá enviar la propuesta de actividades formativas en el plazo marcado por la DGRRHH.
4. Ofrecer apoyo metodológico y estadístico a los miembros del PRC que lo soliciten por el circuito establecido.
5. Valorar la constitución de un grupo de investigación dentro del Plan Regional de Calidad, buscando miembros de forma activa.
6. Asegurar un número de miembros del Grupo I que permita satisfacer la demanda de los grupos de interés de forma óptima.
7. 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.
8. Presentar la Memoria 2022 Actividades de Investigación del PRC y de Actividad Anual del Grupo I.

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 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	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	Si	Semestral	REDON PRC						Si							Si	Propietario del Proceso	
	2	21/02/2022		Número de actividades formativas desarrolladas con respecto a las expectativas de los grupos de interés.	Σ de actividades formativas en investigación	≥2	Semestral	Plan formativo de DGCC						1							2	Propietario del Proceso	
	3	21/02/2022	Garantizar la satisfacción con el apoyo metodológico recibido por parte de los grupos de interés.	Satisfacción media del alumnado en las actividades formativas	Σ satisfacción / número alumnos que responden a encuesta	>4 en una escala Likert 1-5	Semestral	Dirección General de Recursos Humanos							4,72					4,26	4,72 y 4,26	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	Si	Semestral	REDON PRC							Si						Si	Propietario del Proceso	
	5	21/02/2022		Número de solicitudes anuales	Sumatorio de asesorías	10	Semestral	BBDD APOYO METODOLÓGICO							1							2	Propietario del Proceso



			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 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 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 asesorados que responden a encuesta	>4 en una escala Likert 1-5	Semestral	PRC-BD-03 Satisfacción asesorías						-							-	Propietario del Proceso	
	7	21/02/2022		Creación de Informe de 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							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							En proceso	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						11								Si, 15	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						18							30	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 han realizado dos actividades formativas en 2023:
 - Diseño de estudios de investigación. Modalidad telepresencial de 40 horas.
 - Resultados en Salud. Modalidad telepresencial de 40 horas.
 - Se ha localizado talento y valor dentro de nuestra institución y comunidad autónoma en profesionales que realizarán algunas de estas actividades, obteniendo en cada actividad formativa un 4,2 y un X sobre 5, respectivamente.
 - A su vez, se realizó una búsqueda de los métodos de investigación en gestión de la calidad y mejora estandarizando un formulario de necesidades formativas sentidas de nuestros grupos de interés y también de posibles propuestas de expertos de esas materias, teniendo en cuenta actividades de 2023.
 - Este cuestionario para actividades formativas de 2024 fue lanzado a finales de septiembre de 2023, 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.
 - Se tendrá en cuenta estas segundas ediciones para mantener o generar cambios según las valoraciones de la satisfacción en las actividades, tal y como marca el diagrama de flujo del proceso.
 - Aunque podría ser una posible limitación la baja adherencia a encuesta de acciones formativas del PRC (18 respuestas de 54 miembros del PRC, 33%), se planteó la posibilidad de difundir estos resultados en unas Jornadas del PRC a finales de 2023 para todos sus miembros que permitirá concienciar, facilitar y visibilizar la toma de decisiones para iniciar las actividades formativas durante 2024.
 - Se ha mantenido el 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 la Coordinadora del PRC, para omitir el paso del consenso 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/póster/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 se han recibido 2 entradas 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 2023 se ha realizado:
 - 2 consultorías estadísticas para la Coordinación Regional sobre informes de Auditorías de la Región.
 - 1 valoración de entrada de asesoría metodológica en la que los criterios de inclusión no estaban bien definidos.
 - Apoyo metodológico para la búsqueda bibliográfica sobre varios artículos relacionados con las Auditorías.
- Dentro de las carpetas compartidas por todos los miembros del PRC, se mantiene actualizado el 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 2024 y para establecer la actividad de 2023 se lanzará 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 15 de las 17 convocatorias de difusión propuestas 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	Enviada
2	Convocatoria	Becas Juan G. Armengol: investigación en el campo de las Urgencias	Finaliza 31 enero de cada año	2023	SEMES	Enviada
3	Premios	Estudio presentado en Congreso de Sociedades o Asociaciones federadas a SESPAS	Enero	2023	SESPAS	No convocada
4	Premios	Reconocimiento nivel de excelencia y Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública	Febrero	2023	Ministerio de Hacienda	Enviada
5	Convocatoria	Adscripción de Grupos de Investigación Sanitaria al IDISCAM	Febrero	2023	IDISCAM	Enviada
6	Premios	Premios Profesor Barea	Febrero	2023	Fundación Signo	Enviada
7	Convocatoria	Ayudas a la investigación en Salud	Marzo	2023	Fundación Mutua Madrileña	Enviada
8	Premios	Premio al Mejor Artículo en Economía de la Salud	Abril	2023	AES	Enviada
9	Premios	Premios CANOHA (Casos prácticos bajo la estrategia del NO HACER)	Abril	2023	SEDISA	Enviada, convocada en Julio
10	Premios	Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios	Mayo	2023	AES	Enviada
11	Premios	Becas de SEDISA a la Investigación en Gestión Sanitaria	Junio	2023	SEDISA	Fue convocada en enero y cerrada en abril
12	Convocatoria	becas de investigación FECA	Julio	2023	SECA	Enviada
13	Premios	Premio de Investigación en Gestión de Enfermería	Julio	2023	ANDE	Enviada
14	Premios	Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública	Julio	2023	M. HACIENDA	Enviada
15	Premios	Actividades comunitarias en Atención Primaria	Septiembre	2023	Semfvc	A noviembre aún sin convocar
16	Premios	Premios Avedis Donabedian a la Calidad	Octubre	2023	Avedis Donabedian	Enviada en octubre y en enero
17	Convocatoria	Prestación de servicios de apoyo para gestionar grupos en el ámbito de la salud 2023-2025	Todo el año	2023	HaDEA	HaDEA_2



Dentro de este objetivo, durante los meses de octubre y noviembre, el Grupo I analizó, valoró y consensuó la posibilidad de generar desde el PRC un Grupo de Investigación en la categoría "De reciente creación en ámbitos a priorizar" del Instituto de Investigación Sanitaria (IDISCAM), denominado Gestión de la Mejora de la Calidad en la Asistencia Sanitaria (GEMECAS), donde se definió:

- El propósito de GEMECAS: La contribución al conocimiento científico sobre la gestión de la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria.
- Requisitos de los solicitantes:
 - No ser miembros en otros grupos de investigación del IDISCAM (por la propia convocatoria del IDISCAM).
 - Currículum vitae normalizado (CVN).
 - Firma de Anexo I (documento anexo).
- Documentación presentar:
 - Currículum vitae normalizado en formato FECYT (CVN-FECYT). Podrá encontrar más información como tutoriales para realizarlo aquí: <https://cvn.fecyt.es/editor>
 - Los interesados deberán remitir el CVN a: fjgomezzr@sescam.jccm.es
- Presentación de solicitudes y plazos:
 - El plazo de presentación de solicitudes finalizaría el 15/11/2023.
 - El plazo de resolución y anuncio de aprobación como miembros y responsable del Grupo GEMECAS: 24/11/2023.
- Criterios de evaluación
 - Justificación de pertenencia a GEMECAS por parte del investigador en el Anexo I: 2 puntos.
 - ≥ 2 Años de experiencia como Responsable de Calidad: 2 puntos.
 - Acreditar formación específica de calidad, dependiendo de las horas realizadas y el tipo de curso (Gestión de proyectos de mejora, Metodología Lean, ISO 9001, etc...): hasta 2 puntos.
 - ≥ 2 Publicaciones de artículos de investigación en revistas NO indexadas en los últimos 10 años: 1 punto.
 - ≥ 2 Publicaciones de artículos de investigación en revistas indexadas en los últimos 10 años: 4 puntos.
 - ≥ 2 Publicaciones de artículos de investigación en revistas de primer cuartil: 6 puntos.
 - ≥ 4 Comunicaciones (ya sea oral o poster) sobre trabajos de investigación (excluyendo caso/s clínico/s) en Jornadas o Congresos Nacionales o Internacionales sobre Gestión de la mejora de la Calidad en los últimos 10 años: 2 puntos.
 - Participación en proyectos aprobados por CEIm's: 2 puntos.
 - Participación en proyectos financiados en convocatorias competitivas: 3 puntos.
 - Grado de Doctor: 4 puntos. Requisito necesario para optar a Responsable del Grupo de Investigación GEMECAS.

Tras deliberarlo y tenerlo todo generado, por el momento y ante la incertidumbre que atraviesa la Coordinación General de Proyectos de Mejora de la DGCC, sobre todo para poder gestionar de forma eficiente nuevas líneas, se tuvo que posponer la convocatoria que estábamos planteando para nuevas fechas.



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 2023 han dedicado unas 30 horas en todos los miembros, siendo una media de 3 horas anuales al PRC desde su confección inicial y fuera de las jornadas establecidas por la DGCC para dedicación completa a ello. Dentro del Grupo I, hubo varios cambios: Milko Mario Torres, el propietario del proceso, renunció en septiembre y se incorporó en ese perfil, otro miembro del PRC, Alfonso Blázquez, por lo que se pudo mantener la actividad del Grupo I de forma adecuada, tal y como marca este objetivo.

e. Propuesta de objetivos para el año 2024.

- Generar una nueva propuesta definitiva de las actividades formativas en consenso con las evaluaciones de las actividades formativas de años previos y la valoración de 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 2024, que 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 de nuevo la constitución de un grupo de investigación dentro del Plan Regional de Calidad, buscando miembros de forma activa y según las posibilidades de la DGCC.
- 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.

f. Conclusiones.

Se ha conseguido exitosamente el despliegue de las actividades del Grupo para el logro de los objetivos planteados en 2023. 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 2024 se plantea de nuevo analizar tanto la encuesta de satisfacción como de necesidades de las actividades formativas. El circuito de apoyo metodológico y estadístico está funcionando 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, y se valorará de nuevo la creación de GMECAS. 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 capacite 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. A su vez, se plantea generar un grupo de investigación de Gestión de la Mejora de la Calidad en la Asistencia Sanitaria (GEMECAS). 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 2023.

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 2023 ha sido la de estar a disposición del resto de grupos que forman parte del Plan Regional de Calidad en la evaluación y monitorización de sus indicadores y es lo que hemos intentado realizar.

Las principales líneas de actuación han sido:

- Realizar una valoración de los indicadores del resto de los procesos que forman parte del PRC.
- Valorar los nuevos indicadores que nos han planteado.
- Trabajar en la elaboración de un taller para dar a conocer nuestra actividad.

b. Objetivos formulados para el año 2023.

En el año 2023 nos planteamos como objetivos los siguientes:

- Ayudar a definir los indicadores de los procesos/grupos una vez definidos los objetivos.
- Verificación de los datos para construir los indicadores.
- Elaborar un cuadro de mandos, tablas de cada proceso, poniéndolos a disposición de los grupos de trabajo.
- Realización de una taller para dar a conocer e introducir la cultura de medición en nuestro sistema.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

sescam			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									2023														
PROCESO	Nº INDICADOR	FECHA DE ESTABLECIMENT O 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%	SEMESTRAL	BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades Médicas de						80%						80%	80%	Grupo J	
	2	20/08/2022	Verificar los datos recibidos para su construcción	% indicadores verificados	(Nº de indicadores verificados/nº indicadores recibidos)*100	90%	SEMESTRAL	BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades de						80%						80%	80%	Propietario del Proceso	
		20/08/2022	Explicación de cada indicador.	% de Indicadores explicados.	Nº de indicadores explicados/ Nº total de indicadores recibidos)*100.	90%	SEMESTRAL	BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades de						50%						50%	50%	CO-Propietario del Prpceso	
	3	20/08/2022	Creación del cuadro de mandos	Realizado el cuadro de mandos general	SI/NO	SI	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio Sanidad, Sociedades de							SI						SI	SI	Grupo J
		20/08/2022	Realizado Cuadros mandos específicos.	Realizado el de mandos específico	SI/NO	SI	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas. de							N/A						N/A	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.	%	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas. de							N/A						N/A	N/A	Gestor Documental



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

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	SEMESTRAL	Consumos energéticos y de consumibles ISO 14001						N/A						N/A	N/A	Propietario del Proceso
		19/12/2022		Coste de Realización del Proceso.	$\sum$ Costes de empleados en la elaboración del proceso.	€	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas.						N/A					N/A	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).	€	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas.						N/A					N/A	N/A	Propietario del Proceso	
	5	30/06/2023	Taller para dar a conocer e introducir la cultura de medición en nuestro sistema	Realizar de Actividad Formativa	SI/NO	SI	ANUAL	Carpeta Formación DGCC						NO						NO	NO	Propietario del Proceso



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Hemos continuado dando servicio a las peticiones del resto de grupos del proyecto. No hemos conseguido avanzar en la realización de un taller formativo.

Hemos participado activamente en el Congreso Regional de Calidad formando parte del Comité Organizador y participando como ponentes en las distintas sesiones.

e. Propuesta de objetivos para el año 2023.

Nuestra propuesta de objetivos para el 2024 es continuar con los del 2023. A falta de una reunión del grupo en el que se avance en estos objetivos.

f. Conclusiones.

Hemos iniciado el camino en la introducción de conceptos como la medición de resultados, su evaluación y seguimiento.

Hemos intentado mostrar las bases de datos de las que disponemos con sus beneficios y limitaciones.

Hemos abierto un camino que será beneficioso para todos los interesados en la asistencia sanitaria en nuestra región.

No hemos avanzado en nuestra intención de elaborar un taller formativo.

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

En ocasiones se dice que la sanidad pública es un fallo del mercado. Sin embargo la realidad de nuestro entorno nos lleva a la idea de una sanidad universal y gratuita dirigida por los principios de igualdad y equidad en el acceso; y ésta se realiza, en su gran mayoría, con medios públicos en nuestra comunidad.

En otras ocasiones se habla de información asimétrica en la prestación sanitaria y esto se resuelve, en parte, con un mayor conocimiento de la realidad con que se presta la atención sanitaria pública. La calidad en la prestación de ésta que significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con los menores efectos adversos, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles y con una eficiencia notable

Es por esto por lo que el grupo de seguimiento, evaluación y monitorización de resultados puede y aporta soporte a la transmisión de los conceptos de medición de la prestación, cuantificación de ésta y su valoración económica.