



MEMORIA ANUAL 2024

PLAN REGIONAL DE CALIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

“Organizaciones de aprendizaje” 2021-2025.



<p>Elaborado por: Equipo Coordinador del Plan Regional de Calidad.</p> <p>En representación del Equipo Coordinador del Plan Regional de Calidad.</p> <p>SERRANO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL - 04212319F Firmado digitalmente por SERRANO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL - 04212319F Fecha: 2025.02.12 14:40:58 +01'00'</p> <p>Fecha:24-01-2025</p>	<p>Revisado por: Co-directores del Plan Regional de Calidad.</p> <p>ORTIZ DIAZ VERONICA - 47056436T Firmado digitalmente por ORTIZ DIAZ VERONICA - 47056436T Fecha: 2025.02.13 13:33:29 +01'00'</p> <p>Firmado por TENDERO ALARCON ANDRES - ***6025* el día 13/02/2025 con un certificado</p> <p>Firmado por OSCAR HERRÁEZ el día 17/02/2025 con</p> <p>Fecha:13-02-2025</p>	<p>Aprobado por: Montserrat Hernández Luengo. Directora General de Cuidados y Calidad.</p> <p>MONSERRAT HERNANDEZ LUENGO - 04606617Q Firmado digitalmente por MONSERRAT HERNANDEZ LUENGO - 04606617Q Fecha: 2025.02.17 14:01:46 +01'00'</p> <p>Fecha: 17-02-2025</p>
---	---	---



ÍNDICE

1. MACROGESTIÓN DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD	3
2. MAPA DE PROCESOS.....	5
3. MEMORIA DE ACTIVIDAD DE LOS PROCESOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.....	7
3.1. PROCESO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN.	7
3.2. PROCESO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN.....	21
3.3. PROCESO TRANSFORMACIÓN, SOSTENIBILIDAD E INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES. ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, Y DESARROLLO OPERATIVO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	29
3.4. PROCESO ESTANDARIZACIÓN REGIONAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN, CALIDAD, CUIDADOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	38
3.5. PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DEL PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO Y RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE AUDITORES INTERNOS.....	41
3.6. PROCESO DE BOLSA DE TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM	48
3.7. PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA	56
3.8. PROCESO INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.....	62
3.9. PROCESO SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN REGIONAL DE CALIDAD.....	68
3.10. PROCESO EXPERIENCIA DEL PACIENTE, PREMS Y PROMS.	72
3.11. PROCESO IDENTIFICACIÓN DE VULNERABILIDADES. ATENCIÓN A LA VULNERABILIDAD	75
3.12. PROCESO CONSULTORÍA EN DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE CUADROS DE MANDO.....	79
3.13. PROCESO ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD. VIABILIDAD DE PROYECTOS.	82
3.14. CELEBRACIÓN DE LAS II JORNADAS DEL PRC	85



- **Su misión.** El PRC trabaja siguiendo el modelo de gestión por procesos, estructurados éstos a través de grupos de trabajo conformados por profesionales con capacidad y conocimiento para el desarrollo de las distintas actividades necesarias. En este trabajo se identifican tres procesos clave que actúan como elemento transformador de la calidad en la atención sanitaria: Implantación y seguimiento de modelos de gestión, Estandarización regional de buenas prácticas y Estandarización y mejora de procesos asistenciales integrados. Básicamente los tres procesos clave caminan hacia una meta común: La aplicación metódica a nivel regional de herramientas de mejora continua con las que ofrecer una mejor atención sanitaria al paciente. Todos los demás procesos actúan como soporte o estrategia de estos tres, favoreciendo la detección de prácticas en el propio SESCAM o fuera del mismo, así como las necesidades y expectativas de los pacientes, evaluando el impacto y eficiencia, estableciendo metas y siempre garantizando el conocimiento y capacitación de los profesionales.

Asimismo la aplicación de esta metodología de mejora continua requiere la adaptación del PRC a variaciones en el contexto interno y externo, lo que favorece la generación de nuevos grupos, mayor motivación profesional y la ampliación de márgenes de actuación. De esta forma durante el 2024 se ha llevado a cabo una reestructuración de los procesos y conformación de grupos del PRC, haciendo un mayor énfasis en la inclusión de aspectos transversales de la asistencia sanitaria como la seguridad del paciente y cuidados, explicitando la búsqueda activa de las necesidades y expectativas de los pacientes. No se considera una modificación del PRC aprobado en 2021, sino una concreción de actividades recogidas de forma implícita en el mapa de procesos anterior. Esta reestructuración ha favorecido además la incorporación de nuevos profesionales al PRC y la planificación del abordaje de nuevas líneas de trabajo del mismo.

Óscar Herráez Carrera
Coordinador Regional de Gestión de Calidad y Mejora.
Dirección General de Cuidados y Calidad del SESCAM.



2. MAPA DE PROCESOS.





El Nuevo Mapa de Procesos del Plan Regional de Calidad fue presentado en la Reunión Anual que se mantiene de los miembros que conformamos dicho Plan. Este 2024, se celebró el pasado 17 de junio, en la Facultad de Farmacia de Albacete, a la que fueron convocados unos 80 profesionales, pertenecientes a las distintas Gerencias y Direcciones Generales. De todos ellos, estuvieron presentes 60 profesionales aproximadamente. A fecha de hoy, el PRC lo conforman 87 profesionales.





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 2024.

Durante el 2024 se ha trabajado en 3 actividades fundamentales.

- 1. Desarrollo y colaboración con la empresa suministradora** para la aplicación adecuada de la herramienta QmKey en el SESCOAM. La herramienta presentada por esta empresa no cumple con todos los requisitos especificados en los pliegos técnicos y su utilización presenta errores de diseño. Tal y como se ha trabajado en años anteriores, se colabora con la misma para la detección de dichos errores y la aplicación de alternativas que permitan la adaptación de la herramienta a las necesidades del SESCOAM y también la adaptación de nuestro sistema de gestión a la estructura de la plataforma informática. Esta adecuación es compleja, lenta y produce sensación de inmovilidad por parte de los profesionales del grupo de trabajo, lo que obliga a la intervención de la DGCC para acortar plazos y garantizar la viabilidad del proyecto. Finalmente, tras incumplimiento por parte de la empresa, se toma la decisión de rescindir el contrato con la empresa suministradora.
- 2. Planificación de las fases de formación y pilotaje.** La aplicación de cambios en pequeños módulos de la plataforma, aunque con alto impacto en las gerencias (principalmente gestión documental), requería el pilotaje de esta implantación en las mismas. Para ello también era requerida la formación de los responsables. Esta formación de responsables y pilotaje en gerencias se ha llevado a cabo en el 2023 y 2024, aunque la detección continua de errores en el sistema dificultó que se llevara a cabo de la forma planificada. Finalmente la rescisión del contrato, avalada también por los profesionales que trabajaron en el piloto, obligó a reestructurar esta parte del proyecto.
- 3. Elaboración de pliegos para nuevo concurso.** La finalización del proyecto QmKey ha sido visto como una nueva oportunidad para conseguir una plataforma que cumpla con los requisitos que el SESCOAM propone para un sistema ambicioso de gestión de la mejora. Tras la rescisión del contrato, el grupo de trabajo está trabajando en la redacción de nuevos pliegos de contratación, buscando activamente el conocimiento de otras alternativas que existen en el mercado y redactando de forma más concreta las necesidades y condiciones que se requieren para la nueva contratación.



b. Objetivos formulados para el año 2024.

Los objetivos para el año 2024 no pudieron desarrollarse en su totalidad debido a la necesaria reformulación consecuencia de la valoración negativa del pilotaje y la consecuente revalorización del proyecto.

1. Liderar e impulsar la implantación de la plataforma para la gestión de sistemas de información en nuestra Comunidad.
 - Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con la plataforma.
 - Elaborar documentación de consulta a usuarios en la gestión de la plataforma.
2. Diseñar la formación continuada para profesionales en la implantación del proyecto.
3. Establecer el circuito de respuesta a demanda de necesidades de la plataforma a usuarios potenciales.
4. Reconocer institucionalmente los responsables de funcionamiento del Gestor.
5. Colaborar con la DGCC y DGSD en la licitación del nuevo proceso de contratación de la empresa de software Gestor ISO (Julio 2024).
 - Elaborar documentación de propuesta de licitación.

c. Propuesta de objetivos para el año 2025.

1. Colaborar con la DGCC y DGSD en la licitación del nuevo proceso de contratación de la empresa de software Gestor ISO.
 - Elaborar documentación de propuesta de licitación.
2. Liderar, impulsar y garantizar una implantación del Gestor ISO viable y eficaz en nuestra comunidad en las 2 etapas planificadas.
 - Diseñar, implantar y evaluar un pilotaje previo a la implantación de la versión definitiva de la plataforma informática.
 - Evaluar la implantación definitiva de la plataforma informática.
 - Elaborar documentación de consulta a usuarios en la gestión de la plataforma.
 - Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con la plataforma.
3. Diseñar, desplegar y evaluar un plan formativo específico para profesionales a nivel usuario en la implantación del proyecto.
4. Establecer un circuito de respuesta a demanda de necesidades de la plataforma a usuarios potenciales.
 - Establecer circuitos de gestión de peticiones.
 - Diseñar circuitos de resolución de incidencias.
5. Reconocer institucionalmente los responsables de funcionamiento del Gestor.
 - Definir los roles de funcionamiento de la plataforma.



d. Conclusiones.

1. A pesar de que el grupo ha estado activo de manera continuada en el proceso de implantación, la evaluación del pilotaje del proyecto inicial ha sido **desfavorable**, por lo que no ha podido concluir la puesta en producción completa de la plataforma.
2. El grupo de trabajo ha tenido que redimensionar sus objetivos en el segundo semestre debido a la finalización de la relación contractual con la empresa adjudicataria del software.
3. El hecho de que haya que reiniciar todo el proceso de implantación de la plataforma, supone una fortaleza en el aprendizaje, aunque retrasa los tiempos previstos en la planificación.
4. El nuevo cronograma de despliegue se fundamenta en la priorización de la adaptación al cambio de dicho proceso.

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

El SESCOAM trabaja en la implantación de 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.



f. Anexo 1: Cumplimiento de planificación.

1. Despliegue de la planificación prevista en las Fases 1 y 2 de Implantación.

Durante el primer semestre del año se desplegaron los hitos planificados en la implantación de la plataforma de manera progresiva.

Se realizaron 30 reuniones telepresenciales:

ENERO.

1. 10 de Enero. Reunión interna hito8.
2. 11 de Enero. Reunión grupo de implantación hito8 y planificación hito9.
3. 17 de Enero. Reunión grupo de implantación gestión usuarios lectores.
4. 24 de Enero. Reunión grupo de implantación hito9.
5. 25 de Enero. Reunión interna gestión de usuarios lectores.

FEBRERO.

6. 1 De Febrero. Reunión interna de seguimiento del proyecto.
7. 6 de Febrero. Reunión configuración 5 sedes piloto.
8. 2 de Febrero. Reunión grupo de implantación seguimiento del proyecto.
9. 5 de Febrero. Reunión interna hito 9.
10. 8 de Febrero. Reunión interna.
11. 16 de Febrero. Reunión interna hito10.
12. 20 de Febrero. Reunión interna hito10.
13. 21 de Febrero. Reunión grupo de implantación hito10 y planificación hito11.
14. 29 de Febrero. Reunión interna revisión estado proyecto.

MARZO.

15. 4 de Marzo. Reunión grupo de implantación estado proyecto.
16. 5 de Marzo. Valoración continuidad del proyecto.
17. 7 de Marzo. Reunión interna hito11.
18. 18 de Marzo. Valoración paso a PRO.
19. 19 de Marzo. Reunión grupo de implantación paso a PRO.

ABRIL.

20. 4 de Abril. Valoración Formación Fase2.
21. 4 de Abril. Reunión interna estado del proyecto.
22. 5 de Abril Reunión grupo de implantación Formación Fase2.
23. 10 de Abril. Valoración continuidad del proyecto.
24. 12 de Abril. Reunión interna Plan de Trabajo.
25. 17 de Abril. Reunión interna hito12.
26. 23 de Abril. Gráficos.

MAYO.

27. 17 de Mayo. Entrega hito12.
28. 21 de Mayo. Seguimiento hito12.
29. 27 de Mayo. Reunión interna seguimiento hito12.
30. 28 de Mayo Reunión grupo de implantación hito12.



5. Sesiones informativas empresas con aplicaciones de gestión normativas.

Se han realizado 4 sesiones telepresenciales para ajustar los requisitos de la plataforma a las condiciones de las empresas que trabajan con software específicos de gestión de sistemas de calidad.

1. 14 de Junio. DEMO ISOTOOLS.
2. 18 de Junio. DEMO RISK4ALL.
3. 4 de Julio. DEMO MANSIS.
4. 14 de Octubre. DEMO BDI.



g. Anexo 2: Cuadro de mandos de indicadores.

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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024												RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE			
PROCESO	Nº ID	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					
IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTION	1	28-11-23	Liderar, impulsar y garantizar una implantación del Gestor ISO viable y eficaz en nuestra comunidad	Evaluación de la implantación.	Satisfacción global media Gestor	>8 (escala 1-10)	Anual	Encuesta de opinión															Grupo de trabajo A.		
	2	28-11-23	Diseñar una actividad formativa específica de calidad.	Cumplimiento de los objetivos formativos.	Validación Plan Formativo.	SI	Anual	Ficha validación																Grupo de trabajo A.	
				Acreditación actividad formativa	Actividad formativa acreditada por la Comisión Central de Formación Continuada	SI	Anual	Expediente acreditación																	
	3	28-11-23	Establecer el circuito de respuesta a demanda de necesidades de la plataforma a usuarios potenciales	Incidencias resueltas en tiempo según criticidad de la misma.	\sum horas/nº incidentes críticos	<24h	Semestral	DGSD																DGSD	
					\sum horas/nº incidentes prioridad alta	<48h	Semestral	DGSD																	
					\sum horas/nº incidentes prioridad media	<4d	Semestral	DGSD																	
					\sum horas/nº incidentes prioridad baja	<7d	Semestral	DGSD																	



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																							
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024														
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE	
IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE GESTIÓN	4	28-11-23	Reconocer institucionalmente los responsables de funcionamiento del Gestor.	Perfil de puesto de trabajo específico.	Diseño perfil de puesto	Si	Anual	Ficha perfil de puesto							Rescisión de contrato con empresa adjudicataria							Se han diseñado roles de plataforma (coordinador, responsable de calidad, responsable de proceso, técnico de calidad y lector)	Grupo de trabajo A.
	5	16-07-24	Colaborar con la Dirección General de Calidad y Salud Digital en la licitación del nuevo proceso de contratación empresa de software	Garantizar la licitación del contrato del nuevo software y difusión en portal de contratación	Contrato licitado y difundido	Sí	Única	Carpeta compartida en red y portal de contratación														En borrador: -PCAP -PPT -RAT -Cronograma	Grupo de trabajo A.
	6	01-12-24	Mantener el grupo funcionalmente activo	Nº Reuniones anuales del Grupo	Σ reuniones/año	>10	Mensual	Carpeta compartida en red														51	Grupo de trabajo A.



h. Anexo 3: Análisis de los resultados alcanzados.

OBJETIVO 1. RESULTADOS IMPLANTACIÓN PLATAFORMA.

Criterios obligatorios PPT. Apartado A	Revisión	Cumple requisito	Observaciones
Buscador avanzado de documentos. Busca documentos a partir de diversos criterios (código, título, descripción o palabras clave)	<p>El buscador no muestra los resultados al buscar por código numérico.</p> <p>El buscador no funciona con números o combinación de números y texto. Tampoco funciona con menos de 3 caracteres.</p> <p>El filtro no permite seleccionar campos para la búsqueda (por ejemplo, buscar en proceso asociado, o sólo en título, etc.).</p>	Validado pendiente ajuste menor	<p>En ajustes realizados en PRE: No muestra resultados por filtro fecha, procesos, carpetas, etc.</p> <p>Sí muestra resultados con código numérico, título.</p>
Acceso a la información relevante para usuarios, proveedores y grupos de interés	No está definido el acceso a proveedores y pacientes.	Incumplimiento. Propuesta solución.	Propuesto envío de usuario y contraseña a través de link y acceso restringido en la plataforma a la información marcada para su acceso. Este acceso no se realiza por LDAP.
Soporta múltiples formatos de archivos	Subido a 15 Mb.	Validado pendiente ajuste menor	
Genera listados de documentos según diversos criterios: Documentos externos, documentos por dispositivo, listado de registros, documentos próximos a caducar.	<p>Genera un listado completo de documentos con independencia del estado y del usuario. No contempla macroprocesos. El filtro ha de hacerse en el Excel descargado. Identifica documentos próximos a caducar.</p> <p>Necesarias mejoras. No pone los criterios utilizados en la creación del informe (sede, macroproceso, filtro...)</p>	Validado pendiente ajuste menor	Prioritaria la identificación de Macroprocesos.



Criterios obligatorios PPT. Apartado A	Revisión	Cumple requisito	Observaciones
Permite consulta documental desde dispositivos móviles (teléfonos, tabletas) y comunicación con las páginas web de las Gerencias.	Corregida visualización en dispositivos móviles. No evaluado sistema de acceso a documentos desde páginas web.	Validado pendiente ajuste menor	
Permite la realización de estadísticas descriptivas y define de manera flexible indicadores: número de documentos por intervalo de fechas.	A través del listado de documentos se puede extraer el número de documentos por intervalo de fechas. No internamente (no filtros) y no indicador interno.	Incumplimiento. Propuesta solución	La gestión de indicadores es muy compleja y no es funcional para la carga de indicadores que se gestionan. Según está planteado se seguirán utilizando Excel. Definidas deficiencias más adelante.
Cuenta con sistema de codificación flexible y adaptable.	ok	Validado completo	No establecida codificación específica por sedes o tipología de documentos. No establecido automatismo para codificación por Macroprocesos.
Permite utilizar información documentada propia de los dispositivos.	Permite la subida de documentación propia de dispositivos (Procesos).	Validado completo	
Soporta análisis de contexto con evolución en el tiempo.	SI. Pendiente de valoración más completa.	No habilitado en PRE	
Permite identificar partes interesadas posibilitando el análisis de sus expectativas.	SI. Pendiente de valoración más completa.	No habilitado en PRE	
Permite el análisis y seguimiento de los riesgos y oportunidades.	SI. Pendiente de valoración más completa. Precisa incluir cuantificación del riesgo.	No habilitado en PRE	



Criterios obligatorios PPT. Apartado A	Revisión	Cumple requisito	Observaciones
Permite la gestión de incidencias y no conformidades incluyendo la evaluación de la eficacia.	SI. Pendiente de valoración más completa. Precisa habilitar la asignación de acciones de mejora a varios padres.	No habilitado en PRE	Se ha habilitado la posibilidad de asociar acciones de mejora a las NC.
Garantiza la trazabilidad entre análisis de contexto, expectativas partes interesadas y gestión de riesgos.	Para ello es preciso habilitar la asignación de una misma acción de mejora a varios padres. Una misma acción puede estar relacionada con varios orígenes (varios análisis).	Incumplimiento. Propuesta solución	PRIORITARIO establecer sistemática para vincular una acción a varios padres. Se ha vuelto a solicitar que cualquier módulo en el que se pueda relacionar acciones, debe tener implementada dicha opción, independientemente de que el módulo esté activo.
Existe sistema de alertas que asigna tareas a responsables y establece recordatorios.		Validado completo	
Tiene la capacidad de inventariar equipos y establece requisitos de mantenimiento permitiendo el registro de la realización de dichas actividades.	SI. Pendiente de valoración más completa.	No habilitado en PRE	
Establece perfiles de puesto de trabajo, evalúa competencias por profesional y planifica y evalúa la formación continuada.	Pendiente de definición de este apartado. No desarrollado de forma adecuada. Pendiente de integración con SOFOS.	Incumplimiento. Propuesta solución	La evaluación de competencias precisa de adecuación de formularios para cada uno de los puestos de trabajo y áreas. No desarrollado de forma adecuada en la plataforma.
Registra y evalúa a los proveedores y permite el seguimiento temporal.	Pendiente de establecer sistema de evaluación adecuada de proveedores. Pendiente de definir metodología de evaluación de proveedores en función del tipo de proveedor y sede. Preciso formulario ágil de evaluación de proveedores.	No habilitado en PRE	



Criterios obligatorios PPT. Apartado A	Revisión	Cumple requisito	Observaciones
<p>Monitoriza indicadores y permite obtener gráficos de control.</p>	<p>No desarrollados gráficos de control Sistema de registro de indicadores muy complejo. Precisa establecer un seguimiento (periódico/aperiódico) y registrar el resultado. No define unidades. No permite indicadores cualitativos (texto). No permite la gestión de una batería amplia de indicadores (muy complejo) y con poca versatilidad y utilidad.</p>	<p>Incumplimiento. Propuesta solución</p>	<p>En la entrega de HITO 12, realiza entrega de Indicadores Cuantitativos, con posibilidad de generar gráficos. Los Indicadores Cualitativos son entregados 6 días después, no habiendo sido validados completamente, siendo necesarios ajustes menores. Se solicitan ajustes en leyenda de color, informes de seguimiento.</p>
<p>Permite la planificación y monitorización de los objetivos de calidad reconociendo las desviaciones de los estándares.</p>	<p>No desarrollada monitorización con gráficos de control. Pendiente de valoración más completa.</p>	<p>Incumplimiento. Propuesta solución</p>	
<p>Cumple con los requisitos en la planificación del cambio y evaluación de riesgos asociados.</p>	<p>Si. Pendiente de valoración más completa.</p>	<p>No habilitado en PRE</p>	
<p>Cumple con los requisitos de diseño. Definición de resultados a lograr, revisiones, actividades de verificación y validación.</p>	<p>No desarrollada monitorización con gráficos de control. Pendiente de valoración más completa.</p>	<p>No habilitado en PRE</p>	



OBJETIVO 2. DISEÑO PLAN DE FORMACIÓN.

PLAN DE FORMACIÓN DE QMKEY

CONTENIDO DE LA FORMACIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL

- Acceso
- Interfaz de Usuario
- Operativas Básicas
- Consultar documentación ISO
- Gestor Documental

CONTENIDO DE LA FORMACIÓN DEL EQUIPO DE SOPORTE

- Acceso
- Interfaz de Usuario
- Operativas Básicas
- Consultar documentación ISO

CALENDARIO DE SESIONES DE TRABAJO

	Sesión	Calendario*	Contenido
1	40 Usuarios Grupo 1	09/04/2024 09:30	Gestión Documental
2	10 Usuarios Equipo de Soporte	12/04/2024 09:30	Equipo de Soporte
3	40 Usuarios Grupo 2	16/04/2024 09:30	Gestión Documental
4	40 Usuarios Grupo 3	19/04/2024 09:30	Gestión Documental
5	40 Usuarios Grupo 4	24/04/2024 09:30	Gestión Documental

La duración de las sesiones está prevista para 1,5 horas.

MEDIOS

La formación se realizará por videoconferencia con soporte multimedia del que recibirán una invitación con los datos de acceso.

MATERIALES

Las sesiones serán registradas en video. Los videos resultantes serán accesibles enviados por algún servicio de correo de volumen que sea su preferencia.

ASISTENTE

Una persona de Sescam dará asistencia al formador canalizando preguntas, dudas e interrupciones.

COORDINADOR

Una persona de Sescam coordinara la asistencia de los “alumnos” para ajustar la capacidad.

OBJETIVO 3. ESTABLECER EL CIRCUITO DE RESPUESTA A DEMANDA DE NECESIDADES DE LA PLATAFORMA A USUARIOS POTENCIALES

Elaboración documentos: Gestión de peticiones y categorización de IRIS.

Además, se realizaron reuniones entre empresa adjudicataria y DGSD para la configuración del circuito de incidencias y peticiones.



OBJETIVO 5. COLABORAR CON LA DGCC Y DGSD EN LA LICITACIÓN DEL NUEVO PROCESO DE CONTRATACIÓN DE LA EMPRESA DEL SOFTWARE GESTOR ISO.

Se encuentran en fase de borrador los documentos:

- PPT (Pliego de condiciones técnicas).
- PCAP (Pliego de cláusulas administrativas).
- RAT.
- Cronograma de implantación.

OBJETIVO 6. MANTENER EL GRUPO FUNCIONALMENTE ACTIVO.

Todas las reuniones celebradas a lo largo de 2024 están descritas en esta memoria.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

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 2024, se ha continuado con la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental (SGA) basados en la Norma ISO 14001, en 6 gerencias, junto con su integración con los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) basados en la norma ISO 9001:2015. Asimismo, todas las gerencias con SGI implantado han conseguido mantener certificación en el 2024. 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 2024 es la siguiente:

- Enero-febrero 2024: IRCA 9001 y 14001.
- 21 de marzo: taller de auditores SESCOAM post auditorías 2023.
- 2 de abril: taller de auditores SESCOAM pre auditorías 2024.
- Entre el 8 y el 10 de abril, se impartió una formación de auditores internos en modelos integrados de gestión ISO 9001-14001.
- Abril-mayo: Fase 1 de las Auditorías Internas, para las gerencias con SGI o únicamente SGC.
- 22-24 de abril: actualización en gestión ambiental en centros sanitarios.
- Entre mayo-septiembre: 4 actividades de consultoría con las 6 nuevas gerencias incorporadas al SGA ISO 14001:2015.
- Entre el 10 y el 12 de junio se realizó un taller en el que se compartieron buenas prácticas de servicios certificados en modelos integrados de gestión ISO 9001-14001:2015.
- 17 junio: Reunión del PRC en Albacete.
- Septiembre-octubre: Fase 2 de las Auditorías Internas para las 6 nuevas gerencias con SGI.
- Septiembre-diciembre: Auditorías externas.
- Octubre-diciembre: 4 ediciones de la actividad formativa ISO 9001-2015.
- 3 -11 de noviembre: curso sistemas de gestión energética.
- En 2024, todas las auditorías de los SGA se han realizado 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 noviembre se ha recibido una solicitud desde la GAI Ciudad Real para la valoración correspondiente desde la DGCC del proyecto de acreditación de algunas pruebas del laboratorio de microbiología según la Norma ISO 15189. Recientemente



9. Resultados encuestas necesidades nuevas normas.

Tras la encuesta realizada en marzo 2024 a todas las gerencias, preguntando cuál sería la siguiente norma que querrían implantar en sus gerencias, dando varias opciones entre las mismas, la Norma UNE 179003 “Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente” fue la más votada, con el 82% de los votos.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

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 y tutoría en la implantación de 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. Elaborar un catálogo/mapa de unidades certificadas con distintos Modelos Integrados de Gestión.
2. Captar y valorar nuevas necesidades planteadas por los clientes de nuestro proceso.
3. Continuar con la implantación del modelo integrado ISO 9001 – ISO 140001 en gerencias y centros de salud que se adhieran al proyecto.
4. Valorar la metodología a seguir para la participación en la implantación de la ISO 14001.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

sescam 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		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23		
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																						
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO								2024														
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE
GRUPO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN	1	21/03/2022	Acompañar en la integración de los procesos-modelos de gestión integrada.	Solicitudes de acompañamiento para integración de Modelos Integrados de Gestión	$(N^{\circ} \text{ Solicitudes de acompañamiento atendidas} / N^{\circ} \text{ solicitudes acompañamiento solicitadas}) * 100$.	100%	Trimestral	Registro de actividad.			Sin solicitudes		6 SOLICITUDES CONSULTORIA DE LAS 6 NUEVAS GERENCIAS	1 SOLICITUD TALAVERA PARA IMPLANTACIÓN 14001			Sin solicitudes		CONSULTORIA TALAVERA 25-11-24	CONSULTORIA TALAVERA 09-12-24	100 %	FCO JAVIER PACHECO
	2	21/03/2022	Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión.	Participación de componentes del nodo MG como discente en MG	$(N^{\circ} \text{ Horas participadas del nodo MIG en sesiones de formación} / n^{\circ} \text{ horas de sesiones de formación organizadas sobre MIG}) * 100$.	60%	Trimestral	Registro de actividad.			(188/151) * 100 = 124,50%			(134/39) * 100 = 249,31%			0 %			(57,5/97,5) * 100 = 58,97%	144,27%	CARLOS LÓPEZ Y CARLOS RODRÍGUEZ
	3	21/03/2022	Participar en la formación sobre modelos integrados de gestión.	Participación de componentes del nodo MIG como docentes en MIG	$(N^{\circ} \text{ Horas participadas del nodo MIG en sesiones de formación como docentes} / n^{\circ} \text{ horas de sesiones de formación a la que seamos convocados como docentes sobre MIG}) * 100$.	80%	Trimestral	Registro de actividades formativas del nodo MIG			(29,75/29,75) * 100 = 100%			(14/14) * 100 = 100%			0 %			(2,5/2,5) * 100 = 100%	100 %	
	4	21/03/2022	Participar en la investigación sobre modelos integrados de gestión.	Suministrar datos sobre MIG para investigación por cualquier miembro del PRC.	$(N^{\circ} \text{ Solicitudes de investigación sobre MIG atendida} / \text{Solicitudes totales de datos para investigación sobre MIG}) * 100$.	95%	Semestral	Registro de actividad.							Sin solicitudes						Sin solicitudes	Sin solicitudes



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024												RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE		
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE				
GRUPO MANTENIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN	5	21/03/2022	Participar en la investigación sobre modelos integrados de gestión.	Participación en actividad investigadora (comunicaciones, publicaciones, capítulos de libro, artículos de revista...) sobre MIG.	Nº de producción científica del nodo MIG en el año en curso.	≥ 1 al año en curso	Anual	Registro de actividad.						1							5	6	PASCUAL SEGOVIA	
	6	21/03/2022	Elaborar un catálogo/mapa de unidades certificadas con distintos modelos de gestión.	Mantenimiento del catálogo de unidades certificadas con distintos MIG.	Actualización anual del catálogo.	SI/NO	Anual	Catálogo de unidades MIG.													SI	165 DISPOSITIVOS 9001 16 UBICACIONES 14001 (13 GERENCIAS)	MIGUEL ÁNGEL SERRANO	
	7	31/01/2023	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.							1/1X100 = 100%							Sin solicitudes	1/1X100= 100%	DAVID SERNA
	8	31/01/2023	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.							1/1X100 = 100%							Sin solicitudes	1/1X100= 100%	DAVID SERNA



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024														
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	9	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/pr eferencias	S/NO	≥ 1	Bianual	Registro actividad.			SI											SI	LAURA JIMENEZ



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).

De forma más concreta, el proyecto de implantación de Norma ISO 14001, se ha llevado a cabo a lo largo del año 2024 en 6 del total de 18 organismos que conforman nuestra organización con un SGC implantado (un 38,8 %), teniendo actualmente 16 ubicaciones con certificación en ISO 14001. Para el año 2025, está prevista la incorporación de, al menos, 4 nuevas Gerencias (22,22%), consolidando la implantación de dicho modelo con un impacto total del 94,44% de nuestra organización, además de la incorporación de la Gerencia de Coordinación e Inspección que se incorporaría con el SGA, con implantación de la Norma ISO 14001 exclusivamente. 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 2025, se considera necesaria la valoración de recursos necesarios (económicos, personales, temporales, etc.) que supondría la implantación de la Norma ISO 179003, habiendo sido esta elegida por mayoría de las gerencias para su correspondiente implantación. También será necesario considerar la posible implantación de la Norma 15189 tras la solicitud recibida por la GAI Ciudad Real.

e. Propuesta de objetivos para el año 2025.

Se dan por válidos los objetivos del año 2024 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. Valorar los recursos necesarios para la integración de la Norma ISO 179003 para la seguridad del paciente en los modelos integrados de gestión.
3. Materializar, si es posible, la implantación de nuevos modelos de gestión que aporten valor a las organizaciones.
4. Participar algunos de los miembros de este grupo en la formación destinada a auditores internos.
5. Generar producción científica que nos permita difundir los logros alcanzados.
6. Difundir los resultados de las encuestas de satisfacción post-implantación de la Norma ISO 14001.
7. Valorar la necesidad de apoyo por parte de este grupo de su participación en la inclusión a nivel regional de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales en los modelos de gestión de la calidad implantados en las gerencias.

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, **165 Dispositivos y 696 procesos bajo el alcance ISO 9001:2015 y 16 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 gerencias han conseguido certificación en 2024**, y, al menos, **4 nuevas gerencias** darán el paso **en 2025** para incorporarse a la integración de modelos de gestión, y 1 nueva gerencia sin sistema de gestión anterior, en este caso se incorporaría con el SGA.
 - 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.**
 - **6 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.

Este 2024 ha finalizado con **13 gerencias** que tienen **implantado un modelo integrado de gestión ISO 9001-ISO 14001** (más del 72% del peso específico de todo el SESCAM). Son **165 servicios/dispositivos** los que están trabajando **con un sistema de gestión basado en la ISO 9001:2015**, y **16 ubicaciones** con un **sistema de gestión basado en la ISO 14001-2015.**

Se han difundido 6 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 2024.

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. Su actividad en 2024 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.
- Formación teórica y práctica de los integrantes de la bolsa de mentores.
- Aprovechamiento 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 2024.

Además de los objetivos propios del proceso del Plan Regional, para el año se definieron algunos objetivos operativos nuevos con el objetivo de avanzar más en los procesos estandarizados a nivel regional:

- 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. Garantizar la estandarización y pilotaje del proceso de atención al paciente crónico complejo.**
- Definir la estandarización de los subprocesos relacionados con la atención al paciente crónico complejo.
 - Garantizar los cambios en los sistemas de información
 - Pilotar los procesos definidos.
 - Analiza y evaluar los resultados.
- 4. Facilitar la generalización y despliegue del proceso transversal de atención al paciente con IC en las organizaciones que lo soliciten.**
- Garantizar la difusión de la solicitud para la implantación a las gerencias.
 - Gestionar los posibles cambios en los sistemas de información.
 - Trabajar en el cuadro de mandos regional.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

		CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18				
Plan Regional de Calidad																				VERSIÓN: 1				
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23				
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																								
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	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			
GRUPO ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS DESARROLLO OPERATIVO SISTEMAS INFORMACIÓN	1	2022	Garantizar el despliegue de los proyectos piloto del PRC.	Garantizar el despliegue operativo y desarrollo en sistemas de información de los procesos asistenciales integrales "Atención al paciente con Hemorragia digestiva", "Atención al Paciente con Insuficiencia Cardíaca" y "Atención al Paciente con Retinopatía Diabética".	(Nº de procesos piloto del PRC estandarizados que son desplegados operativamente en los sistemas de información/Nº total de procesos piloto del PRC que son estandarizados)*100.	100%	Semestral	Carpeta compartida PRC	CONSEGUIDO EN 2023												COORDINACIÓN 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 Cardíaca" y "Atención al Paciente con Retinopatía Diabética" y "Atención al Paciente Crónico Complejo" 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 sistemas de información)*100.	100%	Semestral	Carpeta compartida PRC														100%	* En MXXI y Turriano están desplegados todos los formularios y protocolos.	
	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							0								3	3



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024														
PROCESO	Nº ID	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 DE	4	2022	Diseñar la convocatoria de diseño de procesos	-	Convocatoria diseñada en tiempo.	Si	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.	Si	Semestral	Carpeta compartida Formación.	CONSEGUIDO EN 2023												CRGCM		
	6	2022	Diseñar un Plan Formativo para los mentores de diseño y mejora de procesos.	-	Plan Formativo diseñado y presentado en tiempo y forma a los principales proveedores de formación. Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM y Dirección General de Salud Pública.	Si	Semestral	Carpeta compartida Formación.	CONSEGUIDO EN 2023												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.							APLICA 2º SEMESTRE 2024							5,7%	* El mentorazgo de los 3 proyectos donde están incluidos los 9 mentores asignados, finaliza en noviembre de 2024.
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							APLICA 2º SEMESTRE 2024							27%	* En el plan formativo, a excepción de 1, todas las actividades del plan formativo de mentores están programadas para el 2º trimestre.	CRGCM



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	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	9	2023	Garantizar la adecuada formación de los mentores de diseño y mejora de procesos.	Evaluación de las competencias adquiridas por los profesionales que participan en el programa formativo.	(Nº de profesionales que finalizan el programa con calificación apto/nº total de profesiones que inician el programa)*100	70%*	Semestral	Carpeta compartida Formación.						APLICA 2º SEMESTRE 2024							CONTINUA 2025	CONTINUA 2025	CRGCM	
	10	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 piloto del PRC que son estandarizados)*100.	100%	Semestral	Carpeta compartida Formación.	CONSEGUIDO EN 2023												CRGCM			
	11	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%*							CONTINUA 2025	* Inicio reuniones con Ciudad Real para estandarizar el proceso IC	CRGCM
	12	2023	Gestionar las sesiones clínicas regionales para generalización de los procesos piloto del PRC.	Unas sesión por proceso piloto (Hemorragia digestiva, IC, Cribado retinopatía, PCC)	Nº de sesiones clínicas de generalización de procesos piloto organizadas.	4	Semestral	Carpeta compartida Formación.							1							2	3	CRGCM



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

- Asignación de Roles.
- Definición de Objetivos.
- Dos reuniones del grupo llevadas a cabo en fechas 18/10/2024 y 19/12/2024.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

Determinar la actividad del grupo de Estandarización Regional de Buenas Prácticas.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

		CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18						
Plan Regional de Calidad																				VERSIÓN: 1						
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23						
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																										
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024																	
PROCESO	Nº ID	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 REGIONAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN, CALIDAD, CUIDADOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	18/10/24	Iniciar la creación de la ficha de proceso	Estado de la ficha de proceso	No iniciada/ en progreso/ finalizada	En progreso	Trimestral	Carpeta compartida PRC									No iniciada				En progreso	En progreso	Propietario Proceso			
	2	18/10/24	Determinar los roles de los integrantes del grupo	Nº de reuniones de grupo para de trabajo de ficha	Nº de reuniones efectivas realizadas	>2	Semestral	Carpeta compartida PRC														2	2	Propietario Proceso		
	3	18/10/24	Establecer líneas estratégicas y objetivos estratégicos																							Propietario Proceso
	4	18/10/24	Identificar clientes, sus expectativas, requisitos de entrada y requisitos de salida																							



d. Análisis de los resultados alcanzados.

- Quedan definidos los roles de los miembros.
- Se inicia el diseño de la ficha de procesos, en la cual se plantean los objetivos, tanto general como de rendimiento o específicos.

e. Propuesta de objetivos para el año 2025.

- Dar respuesta a todas las solicitudes transmitidas desde el Plan Regional de Calidad o de la Dirección General para la implementación de BBPP.
- Diseminar el protocolo o procedimiento de BBPP a todas las distintas gerencias, garantizando su alcance.
- Evaluar la adherencia a las buenas prácticas en las distintas gerencias del SESCAM.
- Apoyar en la implementación de buenas prácticas respecto a la utilización de pruebas rápidas para la detección de Streptococcus Pyogenes bajo la perspectiva regional, conociendo el estado de esta práctica en todas las gerencias del SESCAM a través del grupo de Benchmarking y valorando su coste-efectividad mediante el proceso del PRC.

f. Conclusiones.

Se han mantenido reuniones para determinar las actividades y responsabilidades del grupo en general y de los distintos miembros.

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

El grupo “Estandarización Regional de Buenas Prácticas” creado en 2024 como parte del Plan Regional de Calidad, está en proceso de inclusión en la actividad global del Plan, iniciando por determinar sus roles y tareas, priorizando la coordinación y difusión a todas las gerencias del SESCAM de las buenas prácticas tanto en gestión, calidad, cuidados y seguridad del paciente.

Durante el 2025 este grupo trabajará en la adecuación regional del procedimiento de detección rápida en atención primaria de patologías respiratorias de vías altas en colaboración con otros grupos (Investigación, Coste-utilidad, Benchmarking, Cuadro de mando, etc.).



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

Tras las Jornadas de trabajo de Albacete en Junio 2024, los 2 procesos fueron fusionados en un único grupo denominado ***“Reconocimiento institucional de los profesionales implicados en la gestión de la calidad y proyectos de mejora”***, aunando así los objetivos de ambos procesos.

Desarrollada en 2023 una propuesta inicial de borrador de decreto que regulase adecuadamente el reconocimiento de los profesionales del área de gestión de la calidad y mejora y de los Auditores Internos del Sescam, debido a los cambios que se produjeron en la estructura organizativa el SESCAM y de la DGCC, no se pudo presentar dicho borrador de decreto, quedando aplazada su presentación a RRHH. Por ello, técnicos de la CRGCM tuvieron en noviembre una reunión en la DGCC para abordar los pasos necesarios para la redacción definitiva del mencionado documento.

También se elaboró y difundió el cuestionario de estructuras de calidad de las gerencias, cuyos resultados fueron presentados en el Congreso Nacional de Calidad, en Octubre de 2024, en forma de Comunicación Oral.

En cuanto al reconocimiento de auditores internos, se mantiene el reconocimiento firmado por parte de la ex-Directora Gerente del SESCAM en Agosto 2022 del abono de dicha actividad.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

Se mantienen los objetivos:

- Evaluar la adecuación de las estructuras de calidad y mejora en las gerencias del SESCAM.
- Definir y asignar los recursos necesarios para actividades relacionadas con las auditorías internas, en función de los diferentes roles de auditores y del alcance de la propia auditoría.
- Mantener la remuneración económica de las horas de auditoría cada año.
- Aplicación del Decreto tras su entrada en vigor en los términos establecidos.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

		CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18			
Plan Regional de Calidad																				VERSIÓN: 1			
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23			
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																							
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024														
PROCESO	Nº ID	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 RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PROFESIONALES	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 finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario Proceso	
	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 finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario Proceso	
	3	01/05/2022	Reconocimiento institucional: en procesos selectivos de concurso oposición o de méritos	Inclusión de méritos en procesos selectivos de concurso oposición o 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 de méritos por formar parte de las estructuras de calidad de las gerencias	SI	Anual	RR.HH														Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario Proceso
	4	01/09/2022	Tasa de rotación en estructuras de calidad	Profesionales incluidos en estructuras de calidad en el año.	$\frac{\text{Nº de profesionales incluidos en estructuras de calidad en el año } n}{\text{Número de profesionales que permanecen en el año } n-1}$	>1	Anual	RR.HH														316/314 = 1,00	1



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	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 RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PROFESIONALES	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 finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario Proceso	
	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 finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario Proceso
	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 finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam



		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									2024														
PROCESO	Nº ID	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 RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PROFESIONALES	8	20/05/2022	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	Anual	Bolsa de trabajo SELECTA						Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam							Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario proceso
	9	20/05/2022	Reconocimiento institucional	Reconocimiento institucional: carrera profesional.	Evaluación de la inclusión de méritos en carrera profesional por formar parte de las auditorías internas.	Sí	Anual	RR.HH						Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam							Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario proceso
	10	20/05/2022	Reconocimiento institucional	Reconocimiento institucional de procesos selectivos de concurso-oposición.	Evaluación de la inclusión de méritos en procesos selectivos concurso-oposición o proceso de méritos por formar parte de las auditorías internas.	Sí	Anual	RR.HH						Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam							Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Pendiente de finalización del decreto y posterior aprobación propuesta de parte de RRHH Sescam	Propietario proceso



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO

2024

PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCCIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE ID	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE	
GRUPO RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PROFESIONALES	11	20/05/2022	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 auditoria (incluyendo pernóctas)	SI/NO	Sí	Anual (Tras las Auditorías Internas)	Registro de Actividad de Auditores						Sí, se mantiene el reconocimiento							SI	Se mantiene el reconocimiento por parte de la directora gerente del SESCAM de la abono de dicha actividad Agosto 2022.	DGCC
	12	20/05/2022	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 según el procedimiento habitual seguido en las gerencias.	SI/NO	Sí	Anual (Tras las Auditorías Internas)	Registro de Actividad de Auditores						Sí, se mantiene vigente. Se determina que dichas dietas por desplazamiento sean solicitadas por los auditores a sus respectivas gerencias, que las abonarán convenientemente							SI	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	DGCC
	13	20/05/2022	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													(8/78) *100= 10,25%	10,25%



f. Conclusiones.

La implementación y mantenimiento del SGC en dispositivos sanitarios requiere actualmente la inversión en recursos humanos en términos de horas adicionales fuera de la jornada laboral habitual. Por ello, las gerencias deben considerar estos datos al diseñar estrategias de gestión de recursos humanos que aseguren un equilibrio adecuado entre la carga laboral y la implementación efectiva del SGC.

Seguiremos trabajando para aumentar la bolsa de auditores internos y poder seguir dando un servicio de calidad a todas las gerencias con certificación, además de continuar con la remuneración de dicha actividad.

En definitiva, 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 auditores internos, y su institucionalización en forma de decreto por parte de las Cortes de Castilla La Mancha, a lo cual, se dedicarán los esfuerzos en 2025.

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

El principal objetivo del Plan Regional de Calidad es asegurar que la calidad de 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.

Así, el trabajo realizado durante este año en el nuevo grupo denominado ***“Reconocimiento institucional de los profesionales implicados en la gestión de la calidad y proyectos de mejora”***, ha estado dirigido hacia la consecución del reconocimiento institucional tanto de auditores internos, regulando sus funciones, como de las estructuras de calidad y de sus profesionales a través de la definición unificada de puestos, funciones, responsabilidades y recursos asociados.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

sescam Servicio de Salud en Castilla-La Mancha		CÓDIGO: PRC-FL-18																						
Plan Regional de Calidad		VERSIÓN: 1																						
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																						
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																								
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024												RESPONSABLE			
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE		
GRUPO BOLSA DE TALENTO EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCAM	1	21/03/2022	Diseñar la Fase 3 del programa formativo "Bolsa de Talento"	-	Programa formativo diseñado	Sí	Semestral	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"						Sí							Sí	Sí	Gestor documental del proceso	
	2	21/03/2022	Actualizar la base de datos para la adecuada gestión de la información del proceso	-	Base de datos diseñada	Sí	Semestral	Carpeta compartida						Sí							Sí	Sí	Gestor documental del proceso	
	3	21/03/2022	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"							83,00%							82,00%	82,50%	Gestor documental del proceso
	4	21/03/2022	Mejorar el grado de satisfacción de los alumnos con el programa formativo.	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"							4,53							4,74	4,64	Gestor documental del proceso



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	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	21/03/2022	Favorecer la incorporación de nuevos profesionales como docentes del programa formativo	-	$(N^{\circ} \text{ docentes que participan por primera vez en el programa formativo} / n^{\circ} \text{ total de docentes}) * 100$	20%	Anual	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"													20,00%	20,00%	Gestor documental del proceso	
	6	21/03/2022	Diseñar y difundir un programa formativo de rotación de los profesionales y residentes por la CRGCM	-	Programa diseñado	Si	Anual	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"							Si							Si	Gestor documental del proceso	
	7	21/03/2022	Gestionar el intercambio o rotación de profesionales por la CRGCM	-	$\sum \text{profesionales que rotan por la CRGCM}$	≥ 1	Semestral	Sistema de gestión de la CRGCM														2	2	Gestor documental del proceso
	8	21/03/2022	Evaluar y difundir los resultados del proceso Bolsa de Talento.	-	Memoria anual de resultados elaborada	Si	Anual	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"														Si	Si	Gestor documental del proceso



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024												RESPONSABLE			
PROCESO	Nº ID	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		
GRUPO BOLSA DE TALENTO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES DEL SESCOAM	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	$(\sum \text{N}^\circ \text{ créditos obtenidos para los cursos que se solicitó acreditación} / \sum \text{N}^\circ \text{ créditos potenciales para dichos cursos}) * 100$	90%	Semestral	Base de datos seguimiento formación						95%							108,14%	101,57%	Gestor documental del proceso	
					$((\sum \text{N}^\circ \text{ créditos de actividades formativas} / \sum \text{N}^\circ \text{ horas de actividades formativas}) * 10) / \text{N}^\circ \text{ de actividades formativas}$	≥1,25	Semestral	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"							1,47									1,58
	10	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	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades formativas no concedidas (salvo por motivos presupuestarios)} / \text{N}^\circ \text{ de actividades formativas solicitadas}) * 100$	<20%	Semestral	Base de datos seguimiento formación							0%							0%	0%	Gestor documental del proceso
					$(\text{N}^\circ \text{ de actividades formativas impartidas} / \text{N}^\circ \text{ de actividades formativas concedidas}) * 100$	100%	Semestral	Base de datos gestión de la formación "Bolsa de Talento"																100%



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 de formación básica para auditores del SESCAM del modelo ISO 9001 o formación avanzada en herramientas LEAN.

En 2024, se ha continuado con la gestión de 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:

- Herramientas Lean avanzadas, llevándose a cabo una, en que finalizaron 19 alumnos.
- 3 ediciones de ISO 9001:2015 que finalizaron 40 alumnos.
- 2 de Gestión de Proyectos de Mejora, que fueron finalizadas por 32 alumnos.

Debido a la alta demanda en ISO 9001:2015 finalmente se celebró una 3ª edición de ISO 9001:2015 que finalizaron 21 alumnos.

Se ha continuado formando teóricamente a los profesionales de la bolsa de talento de mentores, donde 9 de los profesionales han terminado su formación práctica, pudiendo ayudar de esta forma al desarrollo de otros proyectos futuros de mejora en los que puedan formarse en la práctica nuevos mentores.

- Formación de Auditores Internos para profesionales con orientación a participar en auditorías para el mantenimiento de los modelos integrados en gestión ISO 9001-14001 implantados en nuestro servicio de salud, finalizando la formación un total de 23 personas.

En el global de actividades formativas de bolsa de talento, un 82,50% del total de alumnos finalizan la formación respecto del total de solicitudes realizadas.

Una vez atendida la demanda de esta formación, se estudia este indicador y se promueven herramientas para asegurar el compromiso los alumnos de finalizar las actividades formativas.

La evaluación de la satisfacción global media de las actividades formativas es 4,64 sobre una escala 1-5. Se observa un incremento de este valor en relación a 2023 derivado de la adaptación y actualización de algunas actividades formativas, orientando la metodología de impartición a la práctica aplicada en servicios sanitarios.

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 2024 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 11,57% más



- Gestionar la bolsa de mentores asignándolos a los procesos más adecuados en función de la demanda de actividad del proceso.
- Conseguir un alto grado de satisfacción de los alumnos con el programa formativo, marcándose un mayor criterio de aceptabilidad de acuerdo a los resultados obtenidos en 2024.
- Favorecer la incorporación de nuevos profesionales como docentes del programa formativo.
- Continuar con el desarrollo del programa de rotación de profesionales por la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora, tomando como oportunidad las solicitudes que se están recibiendo.
- Garantizar la mejora en la calidad de las actividades formativas, de otra parte, con el desarrollo de expedientes de acreditación más elaborados de acuerdo al objetivo y criterios de eficacia que pretenden estas actividades formativas de Bolsa de Talento.
- 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.

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:

- Pertenecientes o en potencia integrantes de las Unidades de Calidad de las gerencias.
- Profesionales asistenciales, debido a la gran difusión de la alta dirección del SESCAM o por los más de 260 profesionales de la “Red de Calidólogos” y profesionales que han participado en esta formación de Bolsa de Talento.

Derivado de esta cultura de mejora continua, el proceso Bolsa de Talento renueva sus objetivos y alinea su estrategia con la de dotar a los profesionales de competencias para contribuir a la gestión de la mejora allí donde se desarrolla el valor, en la prestación de la asistencia sanitaria, ayudando a extenderla a todo nuestro servicio de salud.

Además, se vuelve a evidenciar con la rotación de residentes el interés por este tipo de formación.

Se han finalizado formaciones más específicas, como la IRCA, que contribuyen al mantenimiento de los modelos de gestión ISO 9001 e ISO 14001, todo ello derivado de financiación con fondos externos.

También, se han celebrado actividades formativas propuestas por parte de otros procesos del PRC:

- Grupo de Investigación, actividades como Resultados en Salud y Diseño de Estudios de Investigación.
- Por el equipo de Modelos Integrados de Gestión, actividades para la implantación del modelo integrado de gestión ISO 9001-14001. Actividades necesarias puesto que continúa siendo iniciativa de las gerencias del SESCAM la implantación de este sistema de gestión para contribuir a minimizar el impacto ambiental derivado de la actividad asistencial.



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

Se ha desarrollado la tercera fase 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 135 profesionales**. Se realizaron un **total de 187 horas de formación, con una satisfacción global media de 4,64 sobre 5**.

Durante el 2025 este proceso permitirá la formación empírica de profesionales que ya cumplen con formación teórica en aplicación de herramientas de optimización de procesos, participando o incluso liderando la implantación de proyectos de mejora. Además, se continuará con la formación de nuevos profesionales para mantener activa esta bolsa de talento.





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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

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

- **Identificar Buenas Prácticas en Gestión de la Calidad y Mejora.**
- **Búsqueda activa de** buenas prácticas según necesidades, solicitudes y proyectos de los procesos clave del PRC.
- **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.
- Estructuración del grupo tras la salida de antiguos miembros e incorporación de nuevos integrantes (7) tras la Jornada de trabajo celebrada en Albacete el pasado junio.
 - Valorar nombramiento de nuevo propietario/copropietario.
 - Valorar nombramiento de Gestor Documental.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

- **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 SESCOAM. Celebrar las II Jornadas del Plan Regional de Calidad (Primer semestre 2025) y elaborar memoria del balance de la misma. (2º semestre 2025).

*Tras la jornada de trabajo de Albacete, y la aprobación del nuevo Mapa de procesos, la organización de las II Jornadas Regionales de Calidad es considerada como actividad independiente de nuestro proceso.

- Realizar una evaluación de los resultados obtenidos, bien de la BBPP de las II 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.

		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									2024														
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE	
GRUPO PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA	1	21/02/2022	Identificar buenas prácticas en gestión de la calidad y mejora	Identificar buenas prácticas entre las presentadas en cada convocatoria	(Nº BBPP cumplen requisitos establecidos en la definición de BBPP/ nº solicitudes recibidas) x 100	>80%	Semestral	Base datos grupo H						N/A Convocatoria no lanzada						N/A Convocatoria no lanzada	N/A Convocatoria no lanzada	Propietario	
	2			Establecer bases de la convocatoria	Nº de convocatorias anuales lanzadas	≥1	Semestral	Base datos grupo H							0						0	0	Propietario
	3			Cumplimiento de plazos	Adecuar plazos a la convocatoria (nº solicitudes en plazo / total solicitudes recibidas)	> 90%	Semestral	Formulario solicitud								N/A Convocatoria no lanzada						N/A Convocatoria no lanzada	N/A Convocatoria no lanzada



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024																
PROCESO	Nº ID	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						N/A							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							N/A							NA	N/A	Grupo Benchmarking	
	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								N/A							NA	N/A	Grupo Benchmarking
	7	28/02/2023		Realizar las jornadas regionales de calidad	Cualitativo si / no	Realizado	Según realización de las Jornadas Regionales	Grupo H								N/A									Grupo Benchmarking
	8	28/02/2023		Realizar la memoria de las jornadas	Cualitativo si / no	Realizado	Según realización de las Jornadas Regionales	Grupo H								SI MEMORIA JORNADAS 2023									Grupo Benchmarking



		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									2024															
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE		
GRUPO PROCESO BENCHMARKING DE BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA	9	21/02/2022	Implantar y mantener un mapa o banco de BBPP	Nº de BBPP que el repositorio cuenta anualmente	$N^{\circ} \text{ total de BBPP aceptadas} / N^{\circ} \text{ total de BBPP disponibles en el repositorio} * 100$	Nº total de BBPP disponibles en el repositorio >80%	Semestral	Grupo H						No Recibidas							No Recibidas	No Recibidas	Gestor documental	
	10			Disponible banco actualizado para consulta interna y / o externa	Cualitativo si / no	Existencia del banco	Anual	Grupo H							NA							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								No generado							No generado	No generado



d. Análisis de los resultados alcanzados.

- ✓ 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 del baremo de 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 2025.

Para el año 2025 se plantean como Objetivos:

- ✓ Continuar con los objetivos propios del 2024, y de manera más particular:
 - Lanzar 1ª convocatoria de BB.PP. tras la realización de las II JRGCM 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 las Jornadas.

f. Conclusiones.

- Los objetivos proyectados para el año 2024 deben de seguir vigentes para el nuevo año derivado de que son objetivos definitorios del propio proceso.
- 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. En este sentido, se nos ha solicitado por parte del Codirector, la participación en una búsqueda proactiva de protocolos/procedimientos sobre actividad asistencial.
- 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”.
- Actualmente, el grupo ha tenido la incorporación de nuevos miembros. Esto obliga a rediseñar las funciones que hacíamos cada uno de nosotros, manteniendo o asignando atribuciones a los componentes del grupo.
- Se ha mantenido una reunión telemática, ya se ha convocado la segunda para el inicio del año 2025, con el objetivo de seguir trabajando en las tareas y responsabilidades. Se acordó que era preciso realizar la convocatoria de BBPP una vez se hayan celebrado las IJRGCM.



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.

Se propuso 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.

Finalmente estas IIJRGCM se realizarán en mayo de 2025, pero será una actividad independiente de este grupo tras la reestructuración del Mapa de procesos aprobado el pasado junio, en Albacete.



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

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).

Las principales líneas de actividad del proceso han sido:

- Gestión de la documentación: Elaboración y/o actualización de la ficha de proceso, bases de datos, diagramas de flujo, etc.
- Planificación de las actividades del Plan Formativo en INVESTIGACIÓN.
- Asesorar metodológicamente a miembros de PRC y DGCC.
- Consensuar y cerrar circuitos de actividad que escapan del alcance del grupo: DGCC y otras entidades.
- Realizar el diseño de difusión de actividades de investigación, incluyendo eventos diana de convocatorias de ayudas y premios.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

1. Generar una propuesta definitiva de las actividades formativas en consenso con los Coordinadores y los miembros del Grupo I.
2. 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.
3. Dar difusión a las actividades formativas desde DGCC a los grupos de interés y garantizar la satisfacción de las actividades formativas realizadas.
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 2024 Actividades de Investigación del PRC y de Actividad Anual del Grupo de Investigación.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

sescam 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		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23			
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																							
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024														
PROCESO	Nº ID	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 INVESTIGACION 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	Circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora estandarizada disponible en el Gestor Documental del PRC.	Circuito estandarizado y documentado	Sí	Semestral	REDON PRC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Propietario del Proceso	
	2	21/02/2022	Estandarizar el circuito de formación en investigación en gestión de la calidad y mejora	Número de actividades formativas desarrolladas con respecto a las expectativas de los grupos de interés.	\sum de actividades formativas en investigación	≥ 2	Semestral	Plan formativo de DGCC	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	Propietario del Proceso	
	3	21/02/2022	Garantizar la satisfacción con las actividades formativas realizadas	Satisfacción media del alumnado en las actividades formativas	\sum satisfacción / número alumnos que responden a encuesta	>4 en una escala Likert 1-5	Semestral	Dirección General Recursos Humanos						4,31					4,68			4,5	Propietario del Proceso
	4	21/02/2022	Estandarizar el circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora	Circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora estandarizado disponible en el Gestor Documental del PRC	Circuito estandarizado y documentado	Sí	Semestral	REDON PRC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Propietario del Proceso
	5	21/02/2022	Estandarizar el circuito de apoyo metodológico en gestión de la calidad y mejora	Número de solicitudes anuales	Sumatorio de asesorías	10	Semestral	BBDD APOYO METODOLÓGICO	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	19	Propietario del Proceso



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024												RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE					
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUCIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CALCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE							
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	encuesta enviada el 20/12/2024	5	Propietario del Proceso			
	7	21/02/2022	Promover la difusión de la investigación en gestión y calidad.	Creación de Informe actividad investigadora anual para el envío al grupo de Benchmarking del PRC y la DGCC.	Realización de informe actividad investigadora	Si	Anual	BBDD ACTIVIDAD INVESTIGADORA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Propietario del Proceso		
	8	21/02/2022		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	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	Propietario del Proceso		
	9	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	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 de actividades difundidas a los grupos de interés	Si	Semestral	BBDD ACTIVIDADES DIFUNDIDAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	Propietario del Proceso
	10	21/02/2022		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	-	-	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	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 formativa en 2024:
 - Diseño de estudios de investigación. Modalidad telepresencial de 40 horas.
 - Curso de Resultados en Salud. Modalidad telepresencial de 40 horas.
 - Se ha localizado talento y valor dentro de nuestra institución y Comunidad Autónoma en profesionales que han realizado esta actividad, obteniendo una satisfacción global anual de 4,50 sobre 5.
 - Se tendrá la formación realizada para mantener o generar cambios según las valoraciones de la satisfacción en las actividades, tal y como marca el diagrama de flujo del proceso.
 - 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:
 - Puesto que 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, se difundió entre los miembros del PRC y de la DGCC el circuito de soporte y apoyo metodológico a principios de año. En 2024 se ha realizado un total de 19 asesorías con una satisfacción media de 5 sobre 5.
 - 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:
 - Este año no se pudo lanzar un cuestionario ya estandarizado por los miembros del Grupo Investigación 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 pretendía realizar una memoria anual con el resultado obtenido de nuestros de grupos interés, pero este año debido a la situación del PRC sobre todo al inicio del año, no se ha enviado el cuestionario y por lo tanto no se ha podido realizar la memoria. Esta información sería trasladada a los Codirectores del PRC y la DGCC para que en próximos años se puede llegar a realizar 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 2024, enviando a día de hoy 13 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 event	Nombre	Apertura estimada (mes)	Año	Institucion	Observaciones
1	Premios	Premios a la Excelencia y a la Calidad	Enero	2024	JCCM	Enviada
2	Convocatoria	Becas Juan G. Armengol: investigación en el campo de las Urgencias	inaliza 31 enero de cada añ	2024	SEMES	No convocada en enero ni febrero
3	Premios	studio presentado en Congreso de Sociedades o Asociaciones federadas a SESPA	Enero	2024	SESPAS	Enviada
4	Premios	ocimiento nivel de excelencia y Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión P	Febrero	2024	Ministerio de Hacienda	Enviada
5	Convocatoria	Adscripcion de Grupos de Investigación Sanitaria al IDISCAM	Febrero	2024	IDISCAM	Aún no convocada desde febrero
6	Premios	Premios Profesor Barea	Febrero	2024	Fundacion Signo	Enviada
7	Premios	Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública	Febrero	2024	M. HACIENDA	Enviada
8	Convocatoria	Ayudas a la investigación en Salud	Marzo	2024	undacion Mutua Madrileñ	Enviada en Febrero
9	Premios	Premio al Mejor Artículo en Economía de la Salud	Abril	2024	AES	Enviada
10	Premios	Premios CANOHA (CASos prácticos bajo la estrategia del NO HACER	Abril	2024	SEDISA	Lazana y enviada en Agosto
11	Premios	Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios	Mayo	2024	AES	Enviada en Marzo
12	Premios	Becas de SEDISA a la Investigación en Gestión Sanitaria	Junio	2024	SEDISA	Revisada desd Abril. Aún no convocada
13	Convocatoria	becas de investigación FECA	Julio	2024	SECA	Lazana y enviada en Agosto
14	Premios	Premio de Investigación en Gestión de Enfermería	Julio	2024	ANDE	Lanzada en Junio y enviada
15	Premios	Actividades comunitarias en Atención Primaria	Septiembre	2024	Semfyc	parece ser bianual?
16	Premios	Premios Avedis Donabedian a la Calidad	Octubre	2024	Avedis Donabedian	Enviada
17	Convocatoria	tación de servicios de apoyo para gestionar grupos en el ámbito de la salud 2023-	Todo el año	2024	HaDEA	

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 2024 han dedicado unas 37 horas en todos los miembros, siendo una media de 6 horas anuales al PRC desde su confección inicial y fuera de las jornadas establecidas por la DGCC para dedicación completa a ello, sin contar con las horas de asesorías metodológicas. Dentro del Grupo I, hubo una incorporación a partir de Septiembre: Pilar Córcoles, Iván Israel Jiménez y Juan Fernández.

e. Propuesta de objetivos para el año 2025.

- 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 Investigación.
- 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 2025, 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.
- Asegurar un número de miembros del Grupo Investigación 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 2024. 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 2025 se plantea de nuevo analizar tanto la encuesta de



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

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

Dentro de la planificación del Plan Regional de Calidad 2021-2025 en desarrollo del Plan de Salud Horizonte, el proceso de Seguimiento, 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 2024 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:

- Verificar que el resto de grupos del PRC actualicen la evaluación de sus indicadores.



b. Cuadro de mandos de indicadores.

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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	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	DECIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE		
GRUPO SEGUIMIENTO MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS PRC	1	19/12/2022	Ayudar a definir los indicadores de los demás grupos	% indicadores validados	$(N^{\circ} \text{ indicadores validados} / n^{\circ} \text{ total de indicadores recibidos}) * 100$	90%	SEMESTRAL	BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas						N/A									Grupo del Proceso	
	2	19/12/2022	Verificar los datos recibidos para su construcción	% indicadores verificados	$(N^{\circ} \text{ de indicadores verificados} / n^{\circ} \text{ indicadores recibidos}) * 100$	90%	SEMESTRAL	BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas						N/A										Propietario del Proceso
		19/12/2022	Explicación de cada indicador.	% de Indicadores explicados.	$N^{\circ} \text{ de indicadores explicados} / N^{\circ} \text{ total de indicadores recibidos} * 100$	90%	SEMESTRAL	BBDD, Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas						N/A										CO-Propietario del Proceso
	3	19/12/2022	Creación del cuadro de mandos	Realizado el cuadro de mandos general	SI/NO	SI	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas							SI									Grupo del Proceso
		19/12/2022	Realizado Cuadros de mandos específicos.	Realizado el Cuadro de mandos específico	SI/NO	SI	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas.							N/A									Grupo del Proceso
		19/12/2022	% Utilización de Cuadro mandos existentes.	% Utilización de Cuadro mandos existentes.	$N^{\circ} \text{ de Cuadros de mando existentes} / N^{\circ} \text{ Cuadros de mando realizados}$	%	SEMESTRAL	BBDD Montesinos, Turriano, Ministerio de Sanidad, Sociedades Médicas.							N/A									Gestor Documental



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

CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD

ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUENCIA	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	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									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										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										
	5	30/06/2023	Taller para dar a conocer e introducir la cultura de medición en nuestro sistema	Realizar de Actividad Formativa	SI/NO	Sí	ANUAL	Carpeta Formación DGCC						NO										Propietario del Proceso



c. Análisis de los resultados alcanzados.

Hemos continuado dando servicio a las peticiones del resto de grupos del proyecto.

Se ha realizado informe anual de desempeño del plan.

Debido a dificultades de difusión, quedó pospuesta la realización de taller formativo sin ejecución en 2024.

Hemos participado activamente en las reuniones del PRC.

d. Propuesta de objetivos para el año 2025.

En junio de 2024 este grupo de trabajo se reestructura y su actividad se desagrega en dos grupos:

- Consultoría Cuadro de Mandos.
- Análisis Coste-Utilidad. Viabilidad de Proyectos

La actividad exclusiva de este proceso será el seguimiento y monitorización de la cumplimentación semestral de los indicadores de cada uno de los grupos que conforman el PRC.

e. Conclusiones.

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

Se ha tratado, de forma indirecta y bajo petición directa, mostrar las bases de datos de las que disponemos con sus beneficios y limitaciones.

Se ha participado en la difusión de la cultura de medición y la importancia de toma de decisiones basadas en datos (esencia de este grupo).

No ha existido materialización definitiva de taller formativo, aunque si asesoría personalizada ante propuestas concretas de otros miembros del plan regional.

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

El grupo de seguimiento, evaluación y monitorización de resultados ha proporcionado soporte y ha impulsado la valoración de la necesidad de conocer y saber utilizar los conceptos de medición de la prestación, cuantificación de ésta y su valoración económica.

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



3.10. PROCESO EXPERIENCIA DEL PACIENTE, PREMS Y PROMS.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

Las principales líneas de actividad, al ser un grupo de nueva creación, se pasan a detallar siguiendo el cronograma de reuniones:

- 9 de octubre de 2024: Reunión inaugural. Se establecieron las bases del grupo y su posible funcionamiento.
- 12 de noviembre de 2024: Segunda reunión. Presentación de avances preliminares.
- 10 de diciembre de 2024: Tercera reunión. Primer esbozo de roles de cada una de las personas participantes, así como establecimiento de los co-propietarios del proceso.
- 9 de enero de 2025: Última reunión. Evaluación de los progresos realizados y establecimiento de las próximas acciones, consolidación de objetivos y propuestas de líneas de acción.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

En este primer año de andadura del grupo de medición de experiencia del paciente, los objetivos que se han identificado y plasmado son tanto el objetivo general, el propósito del grupo, así como los objetivos de rendimiento:

El objetivo general ha quedado definido de la siguiente forma:

- Conocer la experiencia de las personas usuarias (PREMs) y los resultados percibidos de su salud (PROMs) a través del diseño, implementación y consolidación un sistema integral de medición.

Por otro lado, los objetivos de rendimiento se han plasmado de la siguiente forma:

- Identificar los aspectos prioritarios para los pacientes en su experiencia y resultados sanitarios.
- Medir la satisfacción y los resultados percibidos por los pacientes.
- Fomentar la participación activa de las personas usuarias en la mejora de la calidad asistencial.
- Garantizar una comunicación efectiva con otros grupos de interés.
- Detectar y evaluar nuevas necesidades en la medición de la experiencia.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

		CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18				
Plan Regional de Calidad																				VERSIÓN: 1				
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23				
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																								
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024															
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE		
GRUPO EXPERIENCIA DEL PACIENTE, PREMS Y PROMS	1	09/10/24	Iniciar la creación de la ficha de proceso	Estado de la ficha de proceso	No iniciada/ en progreso/ finalizada	En progreso	Trimestral	Carpeta compartida PRC									No iniciada				En progreso	En progreso	Propietario Proceso	
	2	09/10/24	Determinar los roles de los integrantes del grupo																				Propietario Proceso	
	3	09/10/24	Establecer líneas estratégicas y objetivos estratégicos	Nº de reuniones de grupo para de trabajo de ficha	Nº de reuniones efectivas realizadas	>2	Semestral	Carpeta compartida PRC														4	4	Propietario Proceso
	4	09/10/24	Identificar clientes, sus expectativas, requisitos de entrada y requisitos de salida																					



d. Análisis de los resultados alcanzados.

Los principales resultados han ido dirigidos a montar el “chasis” estructural del grupo y a consensuar los principales objetivos a alcanzar por el mismo, así como a empezar a identificar las más evidentes dificultades en estos momentos iniciales.

e. Propuesta de objetivos para el año 2025.

- Recopilar acciones en esta materia se están realizando en otras comunidades autónomas.
- Desarrollar formaciones para el grupo.
- Estandarizar el flujo de trabajo del grupo para el despliegue de sus funciones.
- Profundizar en el conocimiento de las necesidades del resto de grupos del PRC con respecto al grupo PREMS y PROMS.
- Dar respuesta a necesidades de PREMs y PROMs en proyectos abordados por el PRC
 - Subprocesos definidos dentro del proceso de atención al paciente crónico complejo
 - Proceso de gestión de la experiencia del paciente
 - Artritis reumatoide
 - Alopecia areata
 - Colitis ulcerosa

f. Conclusiones.

Las conclusiones no pueden obtenerse en base a resultados de indicadores al estar en fase de desarrollo del funcionamiento del grupo.

La estandarización del funcionamiento del grupo permitirá contar con inputs obtenidos directamente de las personas usuarias, buscando la mejora de la calidad prestada en la asistencia sanitaria así como la mejora en la percepción del estado de salud relacionado con la misma.

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

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



3.11. PROCESO IDENTIFICACIÓN DE VULNERABILIDADES. ATENCIÓN A LA VULNERABILIDAD.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

En este año, las actividades desarrolladas se han basado en la constitución del grupo, definiendo las líneas estratégicas en las que se enmarca el proceso, así como los roles de cada uno de los miembros, los objetivos del proceso e identificación de clientes y sus expectativas.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

- Crear el grupo de Atención a la vulnerabilidad.
- Iniciar la creación de la ficha de procesos.
- Determinar los roles de los integrantes del grupo.
- Establecer las líneas estratégicas y objetivos estratégicos.
- Identificar clientes, sus expectativas, requisitos de entrada y requisitos de salida.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

		CUADRO DE MANDOS ACTIVIDAD PRC																		CÓDIGO: PRC-FL-18							
Plan Regional de Calidad																				VERSIÓN: 1							
CUSTODIA DEL DOCUMENTO		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23							
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																											
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO									2024																		
PROCESO	Nº ID	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 ATENCIÓN A LA VULNERABILIDAD	1	07/11/24	Crear el grupo de Atención a la vulnerabilidad	Constitución del grupo de trabajo	SI/NO	SI	Única	Carpeta compartida PRC												Sí	Sí	Propietario Proceso					
	2	07/11/24	Iniciar la creación de la ficha de proceso	Estado de la ficha de proceso	No iniciada/ en progreso/ finalizada	En progreso	Trimestral	Carpeta compartida PRC									No iniciada			En progreso	En progreso	Propietario Proceso					
	3	07/11/24	Determinar los roles de los integrantes del grupo	Nº de reuniones de grupo para trabajo de ficha	Nº de reuniones efectivas realizadas	>2	Semestral	Carpeta compartida PRC														5	5	Propietario Proceso			
	4	07/11/24	Establecer líneas estratégicas y objetivos estratégicos																								Propietario Proceso
	5	07/11/24	Identificar clientes, sus expectativas, requisitos de entrada y requisitos de salida																								



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

La inclusión de este proceso en el PRC pretende detectar las necesidades específicas de grupos de pacientes con especial vulnerabilidad que, por baja representatividad, pueden no ser detectadas por los mecanismos de detección convencionales. La aplicación de metodologías específicas para la detección de estas necesidades específicas debe favorecer la equidad de la atención sanitaria en todos los pacientes.

La relación de este grupo con procesos clave como la implantación de buenas prácticas es clave para dar respuesta a las necesidades de pacientes con especial vulnerabilidad.



c. Cuadro de mandos de indicadores.

sescam 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		Dirección General de Cuidados y Calidad																		FECHA APROBACIÓN: 07/02/23							
CUADRO DE MANDOS DE ACTIVIDAD																											
ORIGEN Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO								2024																			
PROCESO	Nº ID	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 CONSULTORIA EN DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE CUADROS DE MANDO	1	09/10/24	Crear el grupo de Consultoría en desarrollo y de evaluación de cuadros de mando	Constitución del grupo de trabajo	SI/NO	SI	Única	Carpeta compartida PRC										SI			SI	Propietario Proceso					
	2	09/10/24	Iniciar la creación de la ficha de proceso	Estado de la ficha de proceso	No iniciada/ en progreso/ finalizada	En progreso	Trimestral	Carpeta compartida PRC										En progreso			En progreso	Propietario Proceso					
	3	09/10/24	Determinar los roles de integrantes del grupo	Nº de reuniones de grupo para de ficha	Nº de reuniones efectivas realizadas	>2	Semestral	Carpeta compartida PRC													3	3	Propietario Proceso				
	4	09/10/24	Establecer líneas estratégicas y objetivos																								Propietario Proceso
	5	09/10/24	Identificar clientes, expectativas, requisitos de entrada y requisitos de salida																								
	6	09/10/24	Taller para dar a conocer e introducir la cultura de medición en nuestro sistema	Realizar de Actividad Formativa	SI/NO	SI	Anual	Carpeta compartida PRC													NO	NO	Propietario Proceso				



3.13. PROCESO ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD. VIABILIDAD DE PROYECTOS.

a. Principales líneas de actividad desarrolladas en 2024.

El Grupo se ha creado en Junio de 2024. En ese año las principales líneas desarrolladas han sido:

- Formación del Grupo. Actualmente lo componen cuatro profesionales.
- Definir la Misión del grupo.
- Definir las líneas de actuación del grupo.

b. Objetivos formulados para el año 2024.

El principal objetivo de este grupo en el año 2024 ha sido el de incorporar a los profesionales que desean pertenecer a él, definiendo las principales líneas de actuación y asignar los roles a los diferentes miembros del grupo.



c. Cuadro de mando de indicadores.

		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									2024														
PROCESO	Nº ID	FECHA DE ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO	DEFINICIÓN DEL OBJETIVO	INDICADOR (Descripción)	FÓRMULA	ESTÁNDAR PARA VALORAR LA CONSECUICIÓN	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	FUENTE PARA EL CÁLCULO DE INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESULTADO ANUAL	RESPONSABLE	
GRUPO ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD. VIABILIDAD DE PROYECTOS	1	16-12-2024	Formación del grupo	-	SI/NO	SI	Única	Carpeta compartida													SI	SI	Propietario del Proceso
	2	16-12-2024	Definir la misión del grupo	-	SI/NO	SI	Única	Carpeta compartida													SI	SI	Propietario del Proceso
	3	16-12-2024	Definir las líneas de actuación del grupo	-	SI/NO	SI	Única	Carpeta compartida													SI	SI	Propietario del Proceso



d. Análisis de los resultados alcanzados.

En el año 2024 se ha conseguido formar el grupo y definir sus principales líneas de actuación.

Quedaría pendiente:

- Estandarizar el flujo de actividad del grupo para llegar a cumplir su objetivo principal
- Definir las herramientas documentales a utilizar por el grupo (p.ej.-Ficha de petición de datos del grupo).

e. Propuesta de objetivos para el año 2025.

Definimos los siguientes objetivos del grupo para el año 2025:

- Realizar estudios a demanda del resto de grupos del PRC.
- Valoración económica de los procesos del PRC.
- Proponer y, si es pertinente, realizar estudios económicos propios.
- Realización de una actividad presentación/formativa del grupo dentro del PRC y del SESCAM.
- Realizar el estudio de aplicabilidad coste-efectiva del test de detección rápida de *S. pyogenes* en atención primaria.

f. Conclusiones.

Estamos en una fase muy temprana del funcionamiento del grupo. Hemos definido el punto de partida pero todavía nos queda mucho camino por recorrer, con las aportaciones desde el punto de vista del balance coste-utilidad que se consideren precisas o se soliciten.

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

El objetivo del grupo es evidenciar el coste de los procesos del SESCAM, en el contexto de la gestión de la calidad, su coste-utilidad así como la viabilidad de los proyectos, desde el punto de vista económico, que se presenten.

Dichas funciones permitirán incorporar criterios de eficiencia en los procesos objeto de estudio.



3.14. CELEBRACIÓN DE LAS II JORNADAS DEL PRC.

Tras el éxito de las I Jornadas del PRC tanto desde el punto de vista de la participación como desde la perspectiva científica, con un número de comunicaciones que rebasaron por completo los límites esperados y que pusieron de manifiesto el interés que hay en nuestra región por la mejora de la atención sanitaria, era necesario trabajar en una nueva edición de las mismas.

Para ello se ha establecido un grupo de trabajo específico y escindido del grupo de Benchmarking desde el que se han creado los comités organizador y científico de las mismas. Durante este 2024, entre ambos comités, tanto de manera individual como conjunta, se han realizado 11 reuniones para la planificación y desarrollo de las actividades necesarias para la organización de las mismas. La primera decisión tomada en estas reuniones fue la de completar las jornadas adhiriendo también aspectos bajo el epígrafe de la Seguridad del Paciente. Bajo la perspectiva de que no puede haber calidad sin seguridad, ambas cobran mayor sentido al abordarse de manera conjunta.

El logo de estas jornadas será el “árbol metodológico” que representa cómo el PRC se sustenta en raíces fuertes, en los profesionales que están en primera línea, atendiendo a las necesidades de los pacientes desde las múltiples ubicaciones que existen en el SESCAM. El tronco donde se unifican todas las inquietudes y que da estructura al árbol con doble estrategia. Por un lado firmeza y por otro cierta flexibilidad. Firmeza en la búsqueda de la consecución de los objetivos y la respuesta a las demandas de profesionales y pacientes. Flexibilidad para lograr la adaptación a los cambios en el contexto interno y externo.



Finalmente las ramas principales representan los diferentes grupos del PRC, surgidos de los objetivos principales del PRC y conformados por profesionales con diferentes inquietudes y talentos. Así se conforma nuestro árbol, con una copa mecanicista que representa la metodología seguida en el PRC: La definición de procesos y proyectos basados en la mejora continua cuyo sentido se obtiene al colaborar de forma coordinada con el resto de los procesos, con énfasis en la innovación. De igual forma que el árbol necesita de todas las hojas trabajando de forma activa para sus procesos vitales, los grupos de trabajo del PRC no tienen sentido trabajando de forma autónoma y aislada, sino con un trabajo coordinado y colaborativo. Además se considera esencial para el desarrollo del ecosistema el asentamiento del árbol en el terreno de la ciencia y la investigación, sosteniéndose en base a la evidencia y colaborando en comunicar nuevas evidencias y conclusiones. Uno de los objetivos de las jornadas es precisamente el intercambio científico de los hallazgos y evidencias que pueden suponer una mejora en la gestión y atención de los pacientes.