

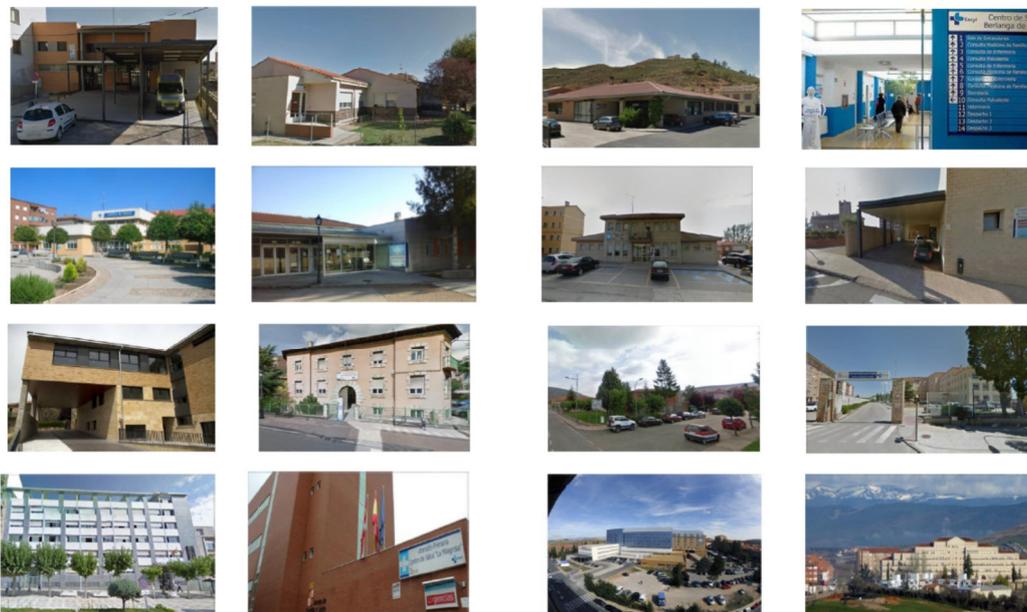
PLAN ESTRATÉGICO 2022-2025

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria



Plan estratégico 2022-2025

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS	4
3. PLANIFICACIÓN. EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS ESPECÍFICAS.....	24
4. OBJETIVOS OPERATIVOS	34
ANEXO 1. IMPLICACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS EN LA CO-CREACIÓN DE VALOR.....	91
ANEXO 2. COMUNICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO.....	98
ANEXO 3. SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO.....	99
ANEXO 4. BIBLIOGRAFIA.....	100

1.INTRODUCCIÓN

Ponemos a disposición de todos los agentes implicados con la actividad de nuestra gerencia, usuarios, profesionales, proveedores, colaboradores y sociedad soriana en general, nuestro Plan Estratégico 2022-2025.

La Planificación Estratégica es una de las herramientas fundamentales en la gestión de calidad de cualquier organización, con independencia de sus fines, tamaño y sistemas de gestión y dirección.

A través de ella, se consigue, en el medio y largo plazo, que la organización se aproxime lo más posible a lo que sería deseable para alcanzar sus propósitos y objetivos, desarrollando la visión predeterminada de ella a la que aspiran sus profesionales y grupos de interés.

Definimos, pues, a donde queremos llegar y qué vamos a hacer para conseguirlo.

Se propone, para ello, toda una serie de objetivos para el periodo de vigencia del plan, plasmados en líneas estratégicas, estrategias concretas, metas y actividades, cuantificadas a través de indicadores que se evalúan anualmente y al cierre del plan.

Así, se detectan oportunidades de mejora que permitirán, de una manera viva, facilitar el cumplimiento de los objetivos generales del periodo de planificación. En definitiva, se trata de aplicar a la planificación la mejora continua en busca de la excelencia, que rige desde hace veinticinco años nuestro sistema de gestión y organización.

Los planes estratégicos se desarrollan en periodos de tiempo determinado, generalmente quinquenales, y se articulan uno detrás de otro, con la evaluación del que finaliza y la inclusión de los objetivos no alcanzados en el nuevo. De esta manera, disponemos de una planificación a largo plazo que va desarrollando orientaciones estratégicas generales a través de los correspondientes planes que se van sucediendo en el tiempo.

Desde los inicios de la planificación estratégica en lo que ahora es una gerencia de asistencia sanitaria y que antes eran gerencias de atención primaria, hospitalaria y de salud de área, se están desarrollando 6 estrategias transversales fundamentales:

- **Integración Asistencial.** Para atender las necesidades de los ciudadanos utilizando todos los recursos de que se dispone de manera coordinada, evitando incomodidades y duplicidades innecesarias.
- **Gestión por Procesos.** El desarrollo del Mapa de procesos nos permite realizar las actuaciones de una manera programada, segura y adecuada al objetivo previsto y disminuyendo la variabilidad no deseada.
- **Descentralización de la gestión.** A través de los Pactos de Objetivos de las unidades, que trasladan los objetivos generales de los planes a cada unidad y profesional buscando un mayor papel en la toma de decisiones de los profesionales.

- **Mejora continua de calidad y búsqueda de la Excelencia**, utilizando el Modelo europeo EFQM.
- **Sostenibilidad financiera, ambiental y social**. Para ser autosuficientes y responder de manera eficaz a las necesidades y expectativas de nuestra población; se plasma en la Memoria de Sostenibilidad.
- **Gestión del conocimiento**. Para generar y compartir conocimiento a través de la investigación, docencia e innovación y contribuir a la atracción de talento y el desarrollo profesional de los trabajadores de la gerencia.

La Planificación Estratégica se inició en Soria con los primeros Planes elaborados en 1998, tanto en Atención Primaria como en el Complejo Hospitalario. Estos planes han ido finalizando, se han evaluado, y se han continuado con otros nuevos hasta la fecha, dotando al área de una planificación a medio y largo plazo necesaria para alcanzar los objetivos de salud en la población que atendemos. Este plan 2022-2025 que ahora presentamos es el IV plan que se elabora en nuestra gerencia y el primero que ve la luz tras el paréntesis que hemos sufrido por la pandemia provocada por el virus SARS-Cov2.

La planificación anual se realiza a través de los Planes Anuales de Gestión y de los Pactos de Objetivos de las unidades, donde se recogen los objetivos anuales de los Planes Estratégicos junto con objetivos de la Gerencia Regional y los objetivos asistenciales y de actividad, así como la correspondiente financiación.

El proceso de elaboración del Plan ha sido, como en los anteriores, muy participativo y enriquecedor. En esta ocasión la participación no se ha limitado a los profesionales de la gerencia, sino que ha incluido otros grupos de interés como los proveedores y las asociaciones de pacientes e incluso la sociedad general a través de los consejos de salud. Con ello, queremos que sea realmente un Plan de todos y que nos permita seguir avanzando en la sanidad pública de Soria como lo llevamos haciendo en los últimos años.

Cierto es que la situación actual es todavía bastante inestable como corresponde a un periodo postpandemia del que aún nos estamos recuperando, por eso este plan abarca solo tres años y no cinco, como los anteriores, con la idea de recuperar para 2025 la periodicidad quinquenal que veníamos utilizando.

Quisiera aprovechar estas líneas para agradecer su trabajo a todos los que han participado en la elaboración de este plan y su difusión y solicitar la colaboración de todas las personas implicadas para su desarrollo.

Y, como no, reconocer el esfuerzo realizado por los profesionales y por todos para volver a poner en marcha toda la maquinaria de la atención sanitaria tras la pandemia y seguir trabajando en la planificación sanitaria y la consecución de resultados en salud, bienestar y calidad de vida.

Enrique Delgado Ruiz

Gerente de Asistencia Sanitaria de Soria

2. ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS

En el año 2020 finalizó el Plan Estratégico 2015-2020 de la Gerencia Integrada de Soria. Este ciclo de planificación estratégica ha culminado el proceso de integración organizativa de las estructuras de la Gerencia y ha avanzado de manera significativa en el de la integración asistencial así como en el desarrollo de la gestión por procesos y la descentralización de la gestión.

Está previsto que el nuevo ciclo de planificación estratégica se extienda a lo largo del periodo 2022-2025. Se ha iniciado su elaboración en el primer trimestre de 2022 al objeto de que, una vez finalizada la evaluación final del plan anterior y establecidas sus áreas de mejora, entre en vigor en el último trimestre de 2022.

El proceso de elaboración del nuevo Plan Estratégico es participativo, como lo ha sido en ciclos anteriores, recogiendo en esta ocasión las aportaciones de todos los Grupos de interés de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO) y, al mismo tiempo, abriendo un periodo de reflexión sobre el propósito, la misión y la visión de la organización y sobre el camino a seguir para alcanzar los objetivos propuestos.

Antecedentes de Planificación Estratégica en el Área de Salud de Soria

El ciclo de planificación estratégica 2015-2020 ha sido el tercero que se ha desarrollado en el Área de Soria, y constituye una reconocida excepción en la planificación estratégica a largo plazo en las organizaciones sanitarias de nuestro país.

El Plan Estratégico 2015-2020 se elaboró tras la evaluación de los Planes Estratégicos del Complejo Asistencial y Atención Primaria, con vigencia hasta 2013, y ha sido el primer ciclo de planificación estratégica como Gerencia Integrada ya que los anteriores se elaboraban, de forma específica, en las Gerencias de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Ciclo de planificación	Ámbito	Plan
Primero	Atención Primaria	Plan Estratégico 2000-2006
Segundo	Atención Primaria Complejo Asistencial	Plan Estratégico 2008-2013 Plan Estratégico 2010-2013
Tercero	Gerencia Integrada	Plan Estratégico 2015-2020
Cuarto	Gerencia de Asistencia Sanitaria	Plan Estratégico 2022-2025

El Plan Estratégico 2015-2020 inició el desarrollo de las estrategias transversales que han marcado el escenario de planificación a medio y largo plazo, y que se mantienen para sustentar nuestro Propósito, desarrollar nuestra Misión y tender a la Visión. En definitiva todo aquello que define lo que queremos que sea la GASSO en el futuro.

La idea es que estas estrategias se concreten en ciclos (hasta ahora quinquenales) de planificación con ejes estratégicos, líneas específicas y objetivos operativos, que respondan a las necesidades y requerimientos de cada periodo. Cada ciclo se organiza en torno a un Plan Estratégico, en un modelo que persigue y asegura la necesaria continuidad en el tiempo y la capacidad de adaptación a las eventualidades de la gestión

que en cada momento podamos encontrar en nuestro incierto ecosistema. Cada actuación se desarrolla de forma temporal a través de los Pactos de Objetivos que se negocian con cada Unidad de la Gerencia y se alinea con las acciones de mejora derivadas de la evaluación externa realizada, según el modelo de la European Foundation Quality Management (EFQM), en enero/febrero de 2022.

Nuevo ciclo de planificación estratégica 2022-2025

Los ejes del nuevo Plan se han formulado tras el análisis de situación así como de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de nuestra estructura y su entorno y la subsiguiente priorización de actividades. Se sigue la misma metodología de planificación utilizada desde 1998, conocida y aceptada por los profesionales y que ha confluído en el desarrollo y evaluación de los planes estratégicos que se han sucedido en el tiempo.

El documento de Orientaciones Estratégicas ha sido la base inicial sobre la que se ha desarrollado el proceso de planificación en este ciclo. En él, y considerando las posibles circunstancias del periodo que se abre, se marcan los criterios generales que deben plasmarse en los correspondientes Ejes Estratégicos del Plan, cuyo objetivo es desarrollar las Estrategias Transversales vigentes en nuestra Gerencia. Dado el entorno general incierto en el que no movemos, las circunstancias no previsibles que se presenten a lo largo del periodo de vigencia del Plan deberán ser incluidas para convertirlo en un instrumento ágil y actualizado.

Estas orientaciones se elaboran por un método sencillo de consenso, utilizando la información disponible, entre el equipo directivo, la unidad de calidad y el grupo de seguimiento del proceso de autoevaluación EFQM, primando la agilidad del análisis y considerando que las desviaciones por una posible subjetividad en los enfoques, han sido corregidos con la implicación y contribución de los Grupos de Interés Clave en el despliegue final de la estrategia y la creación de valor sostenible.

En el ciclo 2022-2025, las Estrategias Transversales siguen plenamente vigentes, no así las Líneas Estratégicas del anterior Plan (salvo en el caso de que no hayan alcanzado sus objetivos y estos se sigan considerando necesarios). Los nuevos Ejes, se elaborarán a partir de estas orientaciones.

Propósito

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), tiene como propósito atender las necesidades sanitarias de la población contribuyendo a que las personas desarrollen su proyecto de vida.

Misión

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, perteneciente al Servicio Castellano-Leonés de Salud, tiene como misión atender de manera global e integrada a las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria, contribuyendo a promover, cuidar,

recuperar y mejorar su salud con carácter de universalidad, equidad, eficiencia y accesibilidad, a formar a futuros profesionales del sistema sanitario y a generar conocimiento en la sociedad a través de su labor investigadora.

Visión

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es una organización que, ofreciendo servicios que cubran todas las necesidades de asistencia sanitaria de nuestros ciudadanos de una manera integrada, participativa, centrada en la persona y la comunidad, aspira a ser líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente, al mismo tiempo que sostenible y perdurable en el tiempo.

Valores

- Capital humano emprendedor. Trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- Integración asistencial orientada hacia el paciente y su entorno.
- Gestión clínica basada en la descentralización de la gestión a través de liderazgos compartidos y motivadores.
- Búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación.
- Autosuficiencia.
- Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente,
- Participación de profesionales y usuarios.
- Planificación con objetivos a medio y largo plazo.
- Sostenibilidad financiera y asistencial.

Factores clave

- Adaptación a las condiciones sociodemográficas de la provincia.
- Autosuficiencia asistencial y sostenibilidad financiera.
- Gestión a través de Procesos Asistenciales Integrados.
- Estrategias globales de mejora de calidad y seguridad del paciente.
- Desarrollo tecnológico adaptado a la capacidad resolutoria.
- Investigación e innovación.
- El trabajo en equipo y la participación y motivación de los profesionales.
- Implicación bidireccional con la comunidad y el entorno.

Principios éticos y de conducta

Responsabilidad	Proporcionar todos los cuidados que requiera una persona según el estado de la ciencia
Respeto	Tratarse con corrección y según las normas sociales aceptadas.
Integridad	La integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicológicos, sociales e intelectuales de su vida

Transparencia	Información sistemática y estructurada que permite la evaluación y la rendición de cuentas
Profesionalidad	Excelencia al asumir deberes y obligaciones que aporta la buena práctica
Trabajo en equipo	Conseguir la salud y el bienestar del paciente conjuntando habilidades y talentos complementarios
Confidencialidad	Es el derecho del paciente o usuario a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto
Equidad	Ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas
Eficiencia	Alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles.

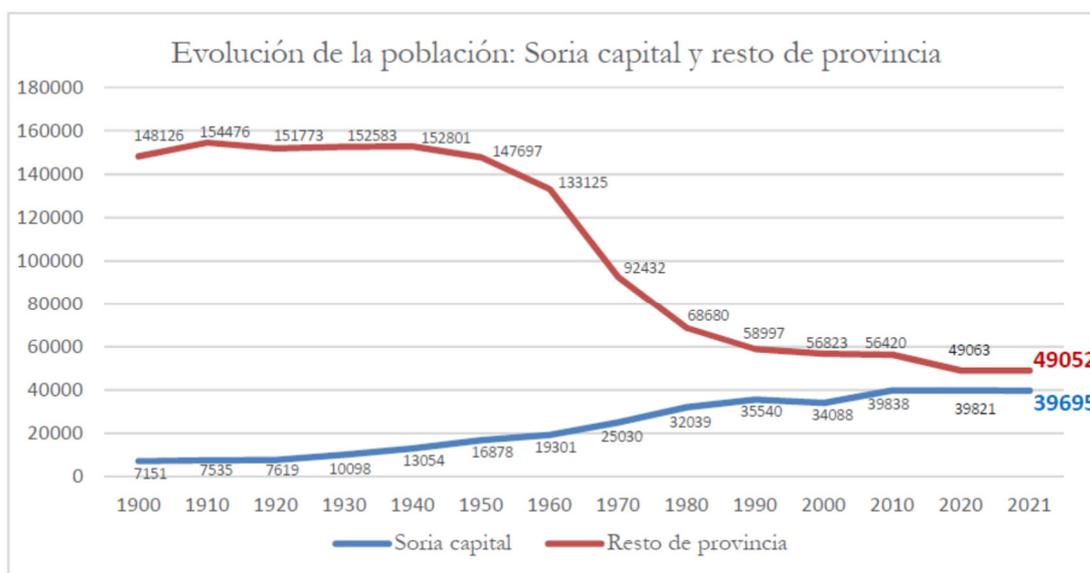
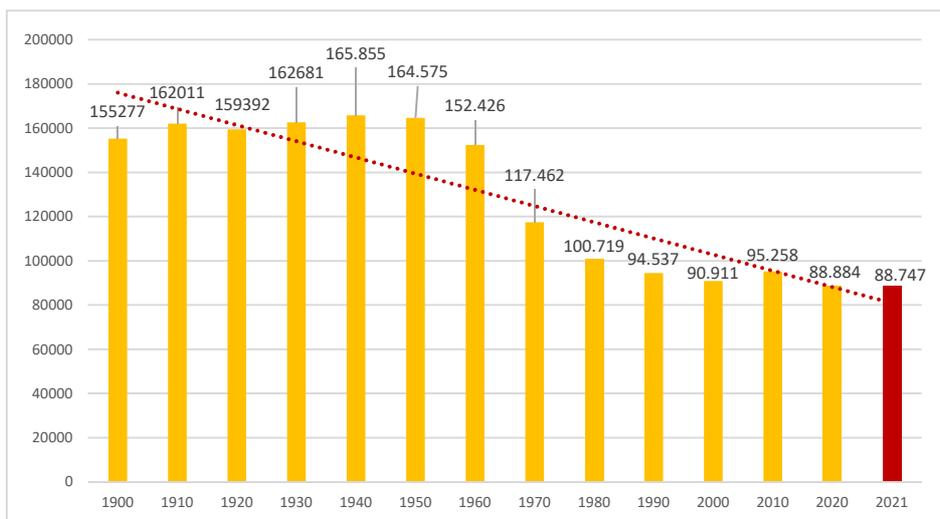
Estrategias transversales

- **Integración Asistencial.** Hacia un modelo asistencial orientado a la persona y la atención de sus necesidades asistenciales con eficacia, rapidez, eficiencia, confortabilidad, seguridad y calidad.
- **Gestión por Procesos.** Hacia un modelo asistencial ágil, basado en la evidencia científica, seguro y donde la variabilidad clínica se deba exclusivamente a las diferencias individuales de la persona.
- **Descentralización de la Gestión.** Hacia un modelo asistencial basado en la Gestión Clínica y donde la toma de decisiones de gestión y clínicas se acerquen cada vez más y sean responsabilidad de los profesionales.
- **Mejora continua.** Buscando la excelencia en todas las actuaciones y actividades a través de planes de mejora y siguiendo la metodología EFQM
- **Gestión del conocimiento.** Donde la docencia, formación continuada, investigación e innovación sean objetivos claves de la organización.
- **Sostenibilidad y solvencia.** Permitiendo una estructura perdurable en el tiempo desde el punto de vista financiero y la adecuación de sus servicios a las necesidades de los ciudadanos y, al mismo tiempo, comprometida con el medio ambiente y social del entorno donde desarrolla su actividad.

Tendencias sociodemográficas

Población

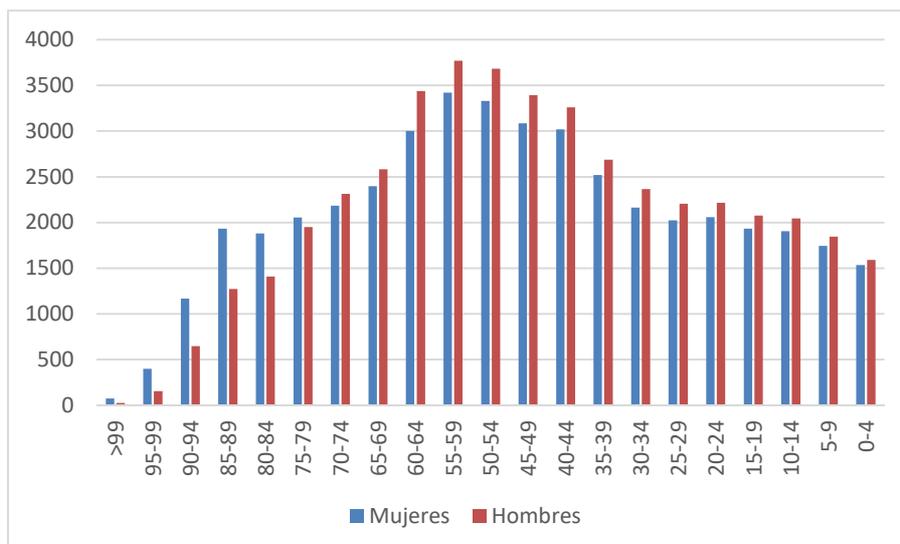
El Instituto Nacional de Estadística (INE) augura para Soria una ligera disminución de la población en los próximos 5 años, que se acentuaría en los siguientes si no se modifican las condiciones económicas y laborales de la provincia. Con una población al inicio de 2021 de 88.747 habitantes, en 2026 habrá descendido, según dichas previsiones, hasta 86.289. El número de tarjetas sanitarias se colocaría en torno a las 85.000, antes de la finalización del periodo de planificación.



Debemos considerar que este análisis se basa exclusivamente en la estructura etaria de la pirámide de población y que variables económico-sociales podrían hacer variar la población, como ocurrió en la década pasada por la llegada de población inmigrante (o el retorno de los que han emigrado durante la crisis), ocupada en el sector servicios fundamentalmente, joven y con altas tasas de natalidad.

En estas circunstancias, incluida la pandemia por COVID-19 durante la que se observa un descenso de la natalidad y un incremento de la mortalidad, el posible incremento poblacional sería siempre de población inmigrante y en la mayoría de los casos, extranjera.

Pirámide poblacional 2021



Esperanza de vida al nacer

La Esperanza de Vida al Nacer es uno de los indicadores de salud de una población más importantes según la OMS. Depende de cuatro factores:

- las características genéticas de la población,
- el medio ambiente,
- los estilos de vida
- y la asistencia sanitaria.

La esperanza de vida en Soria, tanto en hombres como en mujeres, según los datos del INE referidos a los años 2019, 2020 y 2021 son los siguientes:

ESPERANZA DE VIDA AL NACER									
	Hombre			Mujer			Total		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Soria	82,32	80,11	81,41	87,01	84,86	86,27	84,52	82,31	83,68
Castilla y León	81,18	79,78	81,05	86,03	85,45	86,91	83,57	82,53	83,92
España	80,86	79,59	80,24	86,22	85,06	85,83	83,58	82,33	83,06

En la provincia de Soria, comparando los años 2019 y 2021, la vida media al nacer ha disminuido en hombres 0,91 años y en mujeres 0,74 años, en más que probable relación con la pandemia por SARS-CoV-2. Uno de los datos más llamativos es la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres. Sea por genética, sea por hábitos como el tabaco o el alcohol más extendidos entre los hombres, sea por la mayor accidentalidad o por otros motivos, el hecho es que ser hombre en Soria significa de media vivir, con datos de 2021, casi cinco años menos.

Envejecimiento

Si los flujos migratorios no alteran la evolución de la población, la esperanza de vida al nacer superará los 85 años y el porcentaje de población mayor de 65 años se aproximará al 30%.

PROYECCIONES DE POBLACIÓN RESIDENTE 2033			
	SORIA	CASTILLA Y LEON	ESPAÑA
TOTAL	83.546	2.208.551	49.016.091
Mayores de 65 años	26.518	733.593	12.329.504
% > 65 años	31,74%	33,22%	25,15%

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Dispersión

Al inicio de la década, estará casi culminado el proceso de despoblación del medio rural y se habrá desbordado el sistema de contención de las cabeceras de comarca, concentrando la población en la capital y superando el 50% la población urbana con respecto al total. Todos los municipios < 101 habitantes (119 sobre un total de 183 municipios - 65% -) estarán en vías de desaparición para 2026, y los 48 entre 101 y 500 habitantes verán muy comprometida su viabilidad.

	1991	2001	2011	2021
Soria Capital	35.540	35.151	40.286	39.695
% Soria Capital	37,76%	38,75%	42,58%	44,73%
Resto Provincia	58.590	55.566	54.324	49.052
% Resto Provincia	62,24%	61,25%	57,42%	55,27%
TOTAL PROVINCIAL	94.130	90.717	94.610	88.747

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística.

El compromiso social de mantenimiento de servicios en el medio rural y la permanencia de cierta población (escasa y con carácter estacional) en las pequeñas localidades hacen necesaria la persistencia de todos los servicios que se prestan a pesar de que cada vez sean más ineficientes y, al mismo tiempo, dificultarán un incremento de recursos acorde con el incremento poblacional en el medio urbano, pudiendo darse el caso de inequidades inversas. En cualquier caso, el fenómeno será coyuntural y desaparecerá completamente con la previsible despoblación absoluta de grandes áreas rurales.

2020	<101	De 101 a 500	De 501 a 1.000	De 1.001 a 2.000	De 2.001 a 3.000	De 3.001 a 5000	De 5001 a 10.000	>10.000
Municipios	119	45	8	3	3	2	2	1
Población	49.052							39.695

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Padrón Municipal.

Debemos considerar que estos fenómenos pueden alterarse por intervenciones activas para frenar la despoblación de las administraciones públicas, previsibles en el periodo 2022-2025, o por evolución de las megatendencias sociales.

Evolución socio-económica

Este análisis se inició en un momento de recuperación de la fase más aguda de la crisis y recesión económica de 2012-2016 que para Soria supuso la pérdida de buena parte de su menguado tejido industrial y de su población juvenil y en edad laboral, especialmente inmigrante. El nivel de vida no se ha visto excesivamente afectado para la mayoría de la población, si bien aumentó el nivel de pobreza y las personas en riesgo de exclusión social con el crecimiento de un desempleo antes prácticamente inexistente

La tendencia era de recuperación con aumento del empleo en el sector servicios, y posiblemente en las inversiones públicas, pero con escasa regeneración industrial, hasta 2022. Crecerá algo la población y la ocupación laboral, también los recursos sociales contra la marginación y exclusión, pero no habrá cambios significativos en la calidad y nivel de vida. La imperiosa necesidad de reducir las diferencias sociales puede llevar a incrementar la demanda de servicios ligados al bienestar social, como los sanitarios, y en un afán de redistribuir renta, las administraciones públicas se verán abocadas a incrementar las inversiones en sanidad y otros servicios públicos. La utilización eficiente y planificada de estos posibles incrementos de recursos es una oportunidad que, si se presenta, deberá ser oportunamente aprovechada.

Estas perspectivas han sido empañadas por la triple perturbación que atraviesa la economía mundial: las tensiones geopolíticas y más concretamente la guerra en Ucrania, la crisis energética y el cambio de rumbo de la política monetaria motivado por el riesgo de la inflación. Todo ello confluye en un recorte de las previsiones de crecimiento y un alza de las de precios.

Modelo asistencial

Entorno general

El modelo asistencial diseñado en la sanidad pública española camina inexorablemente hacia una reforma, que ya fue formulada a finales del siglo pasado y que ha avanzado de manera notoria en los últimos tres años, impulsada por un esfuerzo necesario de sostenibilidad en una doble vertiente: financiera y de adaptación a las necesidades reales de la población. Debemos considerar que este proceso ha llegado ya a un punto de irreversibilidad. Las organizaciones que no puedan adaptarse al nuevo modelo estarán condenadas a desaparecer en cuanto pierdan la aceptación de la población o su capacidad de afrontar sin endeudamientos sus compromisos presupuestarios.

El nuevo modelo se basa en la atención integral de la salud de la persona, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades asistenciales siempre en el lugar más adecuado y con los medios adecuados para conseguir una atención resolutiva, eficiente, segura y de calidad sin desplazamientos, pruebas o molestias innecesarias para el paciente. Sus principios básicos son:

- Mantenimiento de los principios rectores del Sistema Nacional de Salud: Universalidad, Equidad y Accesibilidad.
- Separación de las funciones de Financiación y Compra de las de Provisión de servicios.
- Clasificación de las necesidades asistenciales por el nivel de salud de los pacientes a través de una correcta estratificación y no por patologías, demandas o sistemas orgánicos.
- Priorización de la atención a la cronicidad como la causa principal del aumento de las demandas sanitarias y de la pérdida de calidad de vida ligada al envejecimiento.
- Integración de todas las unidades y recursos del sistema superando los niveles asistenciales, las derivaciones e interconsultas y la visión parcial de los problemas de salud. Considerar la especialización como apoyo a las unidades asistenciales básicas y no como unidades finales.
- Participación comunitaria y alianzas con pacientes, aliados externos y proveedores.
- Absoluta sostenibilidad financiera sin capacidad de endeudamiento.
- Utilización racional de las nuevas tecnologías al servicio de la accesibilidad y la calidad asistencial, sin que sean un fin en sí mismas ni comprometan la viabilidad del sistema. Valor aportado frente a coste-oportunidad.
- Gestión de recursos por los propios profesionales, adaptada a las disponibilidades y a conseguir los mejores resultados en toda su población y no en el paciente aislado.
- Disminución de la variabilidad clínica y adaptación a la evidencia científica.
- Medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como indicadores de la calidad de la asistencia:
 - las medidas de experiencia reportadas por los pacientes (PREMs: Patient Reported Experience Measures) permitirán obtener resultados acerca del servicio que se está ofreciendo y si la calidad de este es la adecuada a sus expectativas.
 - los resultados comunicados por el paciente (PROMs: Patient-Reported Outcome Measures) o resultados directamente valorados por el paciente y basados en su percepción de la enfermedad y/o su tratamiento, se centran en el impacto que el estado de salud tiene en la vida de las personas.

Modelo asistencial de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

Estructura

Según estas premisas consideramos unidades asistenciales básicas de modelo integrado en nuestra gerencia:

- Los Equipos de Atención Primaria.
- Los servicios de Medicina Interna, Área Materno-Infantil y Salud Mental.
- Los servicios quirúrgicos integrados en el bloque quirúrgico y la cirugía mayor ambulatoria.

- Los servicios de rehabilitación-fisioterapia.
- Las áreas integradas de cuidados de enfermería.
- La Unidad de Trabajo Social.
- Los servicios de urgencias.

Son unidades especializadas de apoyo a las unidades asistenciales básicas:

- Las especialidades médicas.
- Las unidades de apoyo en Atención Primaria.
- Los servicios centrales de apoyo al diagnóstico.
- Las áreas de atención a críticos, hospitalización de agudos y convalecencia.
- Las unidades administrativas.

Son unidades asistenciales integradas creadas para la atención específica de las nuevas necesidades asistenciales:

- La Unidad del Paciente con Patología Crónica y Compleja.
- La Unidad de Diagnóstico Rápido.
- La Unidad de Corta Estancia y Hospital de día.
- La Unidad de Cuidados Paliativos.
- Las unidades interdisciplinarias de atención a la patología tumoral más prevalente.

Son recursos asistenciales integrados no propios:

- Los que aportan las asociaciones que establecen alianzas con nosotros.
- Los de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.
- Los de hospitales de referencia en necesidades asistenciales que por su escasa casuística harían ineficiente o comprometerían la calidad si se abordaran en Soria.
- Los de otras administraciones con convenios específicos con la nuestra.
- Los de otros dispositivos asistenciales con convenios que facilitan la accesibilidad de parte de nuestra población.

Modelo Organizativo

- Gerencia de Asistencia Sanitaria única con un organigrama directivo en red orientado a la gestión de procesos asistenciales y a los recursos humanos y materiales.



- Integración de los niveles asistenciales de atención primaria y hospitalaria con distribución de las áreas de actividad en:
 - Consulta ambulatoria.
 - Atención domiciliaria.
 - Áreas quirúrgicas.
 - Hospitalización.
 - Comunidad.
- Gestión por procesos de las actividades.
- Imputación de costes por paciente, estrato asistencial y unidad asistencial final.
- Gestión de cuidados en el ámbito de enfermería en todas las áreas de actividad.
- Descentralización de gestión a través de Pactos de Objetivos.
- Mejora continua de calidad a través del modelo EFQM.

Objetivos del nuevo modelo asistencial

- Disminuir el total de derivaciones o interconsultas en el Área.
Este objetivo ya estaba en el Plan 2015-2020, pero la falta de desarrollo de muchas herramientas de gestión y especialmente de sistemas de información integrados ha hecho que a fecha de hoy este objetivo sea muy difícil de cumplir. Contemplando que a lo largo de 2022 se haya implantado Jimena IV en la atención hospitalaria y se hayan puesto en marcha la interconexión completa con Medora y Gacela, es previsible que este objetivo, básico en la integración, pueda alcanzarse en este nuevo periodo de planificación.

- Conseguir la mayor suficiencia para atender sanitariamente todo lo que sea posible tanto en el Área como en cualquiera de sus unidades, siempre que no se afecte la calidad o la eficiencia global del sistema, mediante la resolución de problemas y atención de necesidades siempre en el entorno más próximo y accesible en que no se comprometa la calidad asistencial.
- Atención integral a la cronicidad, favoreciendo el autocuidado del paciente y su conocimiento como experto en el manejo de sus problemas de salud tendiendo a la co-creación de valor.
- Incorporación de nuevas tecnologías de apoyo al autocontrol.
- Desarrollar la metodología de cuidados de salud tanto en el paciente como en el cuidador utilizando los recursos de enfermería, su función como agente de salud y como enlace de continuidad asistencial en todo el sistema. Fomentar las actividades domiciliarias y comunitarias en toda la organización.
- Controlar factores de riesgo, fomentar hábitos saludables y todas las actividades preventivas tendentes a conservar el nivel de salud de los ciudadanos. Impulsar el diagnóstico precoz y la intervención inmediata sobre patologías potencialmente graves.
- Disminuir las descompensaciones de enfermos crónicos y el número de ingresos hospitalarios por esa causa.
- Diagnóstico y tratamiento eficaz y rápido de los problemas agudos.
- Incremento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).
- Creación de áreas de convalecencia integradas con unidades de recuperación, rehabilitación y seguimiento ambulatorio para cirugía con ingreso.
- Poner todos los recursos disponibles al alcance del profesional que resuelve la atención. Eliminar exploraciones y pruebas repetidas o innecesarias para resolver la necesidad asistencial. Disponibilidad para todas las unidades asistenciales de las unidades de apoyo y profesionales especializados que colaboren en la resolución de problemas.
- Utilización de todas las tecnologías accesibles y disponibles que aporten valor para el conjunto de la actividad asistencial. Énfasis especial en la incorporación de tecnologías para aumentar la capacidad resolutoria de unidades de modelo integrado, con especial desarrollo en la Atención Primaria.
- Utilización responsable de los recursos disponibles gestionados por los profesionales considerando siempre la limitación de los mismos, su distribución temporal y el conseguir que aporten el mayor valor posible a la salud de la población.

- Fomentar el conocimiento, la investigación y la innovación en el proceso asistencial y en los modelos organizativos y de gestión.

Beneficios previsible del nuevo modelo

- Aumento del nivel de salud de la población.
- Autonomía del paciente en sus necesidades de salud.
- Disminución de la morbimortalidad evitable.
- Disminución de las descompensaciones y secuelas de procesos crónicos.
- Disminución de la variabilidad clínica innecesaria.
- Evitar incomodidades y riesgos innecesarios.
- Disminuir la hospitalización y la estancia hospitalaria.
- Mejorar la calidad y seguridad del paciente.
- Sostenibilidad del sistema reduciendo las ineficiencias del mismo.
- Autosuficiencia del conjunto de la gerencia y de cada una de sus unidades.
- Desarrollo personal y profesional.

Disponibilidad de recursos

- Financieros

GASTO TOTAL AÑO 2021. CLASIFICACION ECONOMICA		
SUBPROGRAMAS DE GASTO	CIERRE 2021	% SOBRE EL TOTAL
CAPITULO 1. Gastos de personal	94.451.979	55,39
CAPITULO 2. Gastos en bienes corrientes (sin conciertos)	31.443.952	18,44
CAPITULO 3. Gastos en conciertos asistenciales	3.580.418	2,10
CAPITULO 4. Gastos de farmacia y otros productos	25.709.535	15,08
CAPITULO 5. Gastos en prestaciones	407.488	0,24
CAPITULO 6. Gastos en inversiones	14.918.483	8,75
- Con presupuesto de la GASSO	6.612.162	
- Con presupuesto centralizado de la GRS	8.306.321	
TOTAL GASTO	170.511.854	100,00

Los exigentes techos de gasto de los años precedentes han reducido las ineficiencias del sistema. Como aspectos positivos debemos valorar la reducción del endeudamiento, la

mejora de la solvencia económica y la cultura que ahora impregna toda la organización de priorización en los gastos.

Con la incertidumbre de la insuficiencia financiera actual de la sanidad pública es previsible un mantenimiento de los techos actuales en los próximos años. No se vislumbran posibilidades de incremento a corto y medio plazo hasta que no aumente de manera significativa los ingresos con la reducción del desempleo y se produzca un significativo crecimiento económico, difícil de predecir para el periodo de planificación.

Sí que, sin embargo, debemos considerar que la situación de Soria como zona despoblada y desfavorecida en el contexto general de las provincias de Castilla y León y España, puede hacer que haya planes específicos financieros, tanto autonómicos como nacionales, que aporten recursos económicos adicionales para la sanidad. En cualquier caso la estabilidad del sistema es muy frágil y puede verse alterada por aumento de las demandas, impacto de las nuevas tecnologías, incrementos de precios de proveedores o sencillamente por nuevos modelos de financiación más desfavorables. Con estas circunstancias la priorización de servicios y prestaciones sería inevitable.

b. Personas

PROFESIONALES	ATENCIÓN HOSPITALARIA	ATENCIÓN PRIMARIA	TOTAL GASSO
PERSONAL NO SANITARIO			483
PERSONAL SANITARIO	985	386	1.371
Facultativos	203	158	361
No facultativos	782	228	1.010
PERSONAL EN FORMACIÓN (MIR, EIR)			71
TOTAL			1.925

EVOLUCIÓN	2017	2018	2019	2020	2021
Profesionales	1.771	1.804	1.849	1.923	1.854
Personal en formación (MIR, EIR)	34	31	35	49	71
TOTAL	1.805	1.835	1.884	1.972	1.925

*Datos de profesionales contratados a 31/12/2021. Incluye sustituciones.

Debemos contar con una paulatina reducción de facultativos fruto de la no reposición de vacantes por jubilación u otros motivos y la falta general de profesionales para cubrir las vacantes por ser especialidades deficitarias a nivel general y por el poco atractivo de una provincia como la nuestra para captar profesionales.

En enfermería puede darse una situación similar por el aumento de contrataciones al integrarse los nuevos modelos de atención de enfermería y la insuficiencia de nuevos graduados para cubrir estas necesidades. Igual puede ocurrir en fisioterapia, matronas y otras categorías. En cambio, en categorías no sanitarias, la tendencia es a un incremento sostenido en los próximos años a medida que se van incrementando infraestructuras y prestaciones.

En Atención Primaria los límites vienen marcados por el Plan de Reordenación de la Atención Primaria y el Plan de Reordenación de las Urgencias y Emergencias. La falta de personal sustituto y de guardias agrava la situación general de falta de profesionales. Si no hay una reordenación eficaz y un cambio en los modelos asistenciales, la situación no resistirá sin comprometer gravemente la actividad asistencial. El incremento de plazas de MIR presupone que en cinco años la situación se pueda llegar a estabilizar, siempre que las plazas ofertadas se cubran.

En Atención Hospitalaria la situación es similar y afecta puntualmente en especialidades donde la plantilla de profesionales no se encuentra cubierta. Al ser plantillas muy cortas, la falta de un profesional se provoca más desajustes que en grandes hospitales. Aumentan las demoras para priorizar el mantenimiento de los mínimos asistenciales, siempre sin disminuir la cartera de servicios. En Soria además el problema se agrava por la falta de recursos cercanos, públicos o privados que puedan cubrir nuestras carencias. La situación puede ser totalmente incontrolable si no se cambia el modelo asistencial hospitalario a nivel de un funcionamiento en red en la Comunidad y una distribución acorde y eficiente de los recursos.

Las jubilaciones de profesionales, especialmente de los médicos, serán muy elevadas en el periodo 2022-2025. El aspecto beneficioso del rejuvenecimiento con menos carga salarial y mayor capacidad de innovación se verá contrarrestado con la pérdida de experiencia y conocimiento acumulado. Por ello se debe evaluar la necesidad de un plan de sustitución.

c. Inmuebles

Se prevé la ejecución de la II Fase del Hospital Santa Bárbara y la ejecución de su plan de montaje en el periodo de planificación 2022-2025. Supondrá un salto cualitativo importante en nuestras estructuras y también de renovación tecnológica.

La situación de hospital en obras, especialmente en la 2ª subfase a partir de 2022 y los traslados y apertura de nuevos espacios van a condicionar el periodo de planificación, al generar molestias y dificultades y disminuir la posibilidad de utilización de recursos y esfuerzos en otras áreas.

Es previsible se ejecute en este periodo la construcción de los nuevos centros de salud de San Leonardo Yagüe, Burgo de Osma y Soria Norte. Llevarían aparejados también sus planes de montaje.

Igualmente es posible que se produzcan inversiones en otros centros de salud, vía ordinaria o por planes específicos, como Ólvega o Almazán y que se invierta en la mejora de infraestructuras y dotación tecnológica de los consultorios locales.

d. Recursos materiales

La dotación de partida era fruto de los planes de necesidades de la fase expansiva anterior a la crisis y de los planes de mejora de las obras ejecutadas. Sin embargo la falta de planes de necesidades ha hecho que por obsolescencia, falta de renovación tecnológica y no incorporación de nuevas técnicas o servicios, la situación se haya tornado precaria y, en algunos casos, comprometa la necesaria calidad asistencial.

Al inicio del nuevo periodo de planificación se hace imprescindible renovar el aparataje y la tecnología obsoleta antes de iniciar un periodo programado de renovación y necesidades que debería mantenerse en los próximos 5 años. En el Plan Estratégico deberá contemplarse, además, la nueva tecnología a incorporar para mejorar la capacidad resolutoria, la integración asistencial y la calidad y seguridad del paciente.

Tampoco debería olvidarse las dotaciones necesarias para mejorar la accesibilidad de los pacientes y la prestación de servicios, cubriendo las necesidades básicas que comprometan la salud o calidad de vida de los ciudadanos. Ejemplos claros a corto plazo son el posible servicio de radioterapia, satélite de Burgos, o las necesidades adicionales de transporte sanitario urgente que acerquen, en ratios de tiempo estandarizados, a los pacientes a donde se prestan los servicios (ictus, cardiopatía isquémica).

En Capítulo II será favorable la contención actual de precios y las medidas estructurales en farmacia y en centralización logística. Lo que no parece controlable, al menos a corto plazo, es el aumento de los costes de farmacia hospitalaria, impulsado por el incremento de la supervivencia de los pacientes y la entrada de nuevos medicamentos muy efectivos aunque no se haya terminado de determinar bien por falta de estudios de resultados en salud, su coste efectividad. El aumento de las demandas exigirá un control exhaustivo y un análisis pormenorizado del coste-oportunidad.

Contamos con que si se producen desviaciones importantes en Capítulo IV, se tomarán medidas estructurales centralizadas para contenerlas. En cualquier caso, no parece que este vaya a ser un escenario excesivamente preocupante en los próximos años.

e. Nuevas tecnologías

Las tecnologías de la información se seguirán incorporando al gestionarse de manera centralizada y ser prioritarias para la Gerencia Regional de Salud. La historia clínica única informatizada será una realidad a lo largo de este periodo así como la incorporación integral de las pruebas de imagen a la historia.

Una vez culminada la informatización total de la historia clínica, tanto en primaria como en los hospitales, los retos son el cambio de Jimena 3 a Jimena 4 en los hospitales y la integración total de la historia hospitalaria con la de primaria en Medoracyl, de tal

manera que sea una realidad la posibilidad de todo tipo de consultas no presenciales. La integración de Gacela permitirá una verdadera continuidad de cuidados a los pacientes y profundizará en la integración asistencial. Por último, hay que considerar la integración de nuestra historia con todos los centros de Sacyl y del Sistema Nacional de Salud.

Además de la historia clínica, el futuro inmediato pasa por todas las herramientas que permitan compartir información, compartir recursos de unos centros a otros, nuevos modelos de consulta y en definitiva faciliten una atención integrada, resolutive de calidad y lo más accesible posible. Un ejemplo de ello es la implantación en Atención Primaria del Escritorio del Profesional.

La incorporación de nuevas tecnologías en nuestras unidades será aún muy problemática por lo que se priorizará aquellas que aumenten la capacidad resolutive de las mismas. Siempre queda la posibilidad de que lleguen recursos a mayores en planes específicos para compensar la situación de Soria, como por ejemplo la Unidad de Radioterapia y la actualización del aparataje en Radiodiagnóstico.

En este escenario, las alianzas con aliados externos y proveedores, especialmente del sector tecnológico, pueden jugar un papel fundamental para asegurar nuestra renovación tecnológica. Especialmente significativas pueden ser estas alianzas en el ámbito del control y autocontrol del paciente crónico.

La disposición tradicional de nuestra área a pilotar, junto a la Gerencia Regional, nuevos servicios y propuestas así como la excelente predisposición a ello de nuestros profesionales constituyen una oportunidad de innovación e incorporación de tecnología que siempre ha sido un valor de nuestra gerencia y en este periodo de planificación puede ser especialmente relevante.

Análisis de escenarios

La actual situación de inestabilidad en las organizaciones sanitarias y el menor margen de maniobra ante escenarios no previstos, hacen que el Plan Estratégico tome una importancia capital en cualquier planificación que supere el corto plazo.

Siempre existe un riesgo genérico de divergencias de nuestras estrategias con las de nuestra Gerencia Regional de Salud o con el propio Sistema Nacional de Salud y que nos obligaría a replantearnos nuestro Plan.

Clasificamos los riesgos en tres grupos:

1. Riesgos por modificación de la demanda

- Aumento no controlado de la demanda. Puede condicionar el cambio de modelo asistencial e incluso las posibilidades presupuestarias. Especialmente relevante puede ser el aumento de los tratamientos oncológicos al crecer el diagnóstico precoz y la supervivencia.

Respuesta posible: Redistribución de tiempos, recursos y actividades siempre que la demanda sea prioritaria desde el punto de vista asistencial, si no lo es, redefinir los procesos correspondientes para canalizarla.

- No aceptación por los pacientes del nuevo modelo asistencial. Por una cultura asistencial muy arraigada o dificultades para el cambio de rutinas.

Respuesta posible: Implicar a los profesionales y asegurar el éxito inicial a través de pacientes seleccionados en los pilotajes de los nuevos servicios.

- Cambios demográficos no previstos que aumenten la población con carácter general o en determinados estratos o áreas geográficas. Ligados a una evolución económica más variable de lo previsto o una industrialización de alguna zona concreta de la provincia. También un traslado de la población a la capital a un ritmo superior al que se ha considerado previsible.

Respuesta posible: Redistribución de recursos. Existirían dificultades normativas para realizarla aunque la aplicación de los Planes de Reordenación de la Atención Primaria Rural y de la Atención Continuada facilitarían la adaptación a las nuevas situaciones.

- Aparición de nuevas patologías. En planificaciones a medio y corto plazo debemos considerar las patologías infecciosas epidémicas (paludismo, chikungunya, dengue, virus del Nilo Occidental, Lyme, fiebre exantemática mediterránea) que como la pandemia por SARS-CoV-19, que han modificado toda la forma de actividad o las derivadas del cambio climático (olas de calor).

Respuesta posible: Formación y gestión de procesos. Una vez que han fracasado las medidas sociales y preventivas, solo es útil el incremento de recursos y la ocasional disminución de otras prestaciones.

MORBILIDAD HOSPITALARIA	2015	2016*	2017	2018	2019	2020*	2021*
Diagnósticos más frecuentes al alta (%)							
Enfermedades del aparato circulatorio	15,87	13,55	14,5	14,91	14,94	15,18	14,35
Enfermedades del aparato digestivo	14,32	15,9	13,36	12,92	13,88	12,37	11,96
Enfermedades del aparato respiratorio	14,38	14,97	15,5	17,65	16,68	20,40	17,52
Neoplasias	9,51	9,52	9,04	9,14	10,16	10,42	9,97
Embarazo, parto y puerperio	8,81	8,41	7,53	7,46	7,58	8,34	6,91
Traumatismos, lesiones y envenenamientos	8,14	7,86	8,25	8,89	8,19	8,09	8,43
Trastornos musculo esqueléticos	5,78	5,45	5,44	4,16	4,11	2,36	3,21
Enfermedades del aparato genitourinario	5,37	5,66	6,31	6,4	6,78	5,82	7,28
Trastornos mentales	3,21	2,63	2,86	3,12	3,16	3,45	3,16
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3,00	3,39	3,42	3,2	4,32	4,63	4,49

*2016. Porcentaje de Codificación 82%.

*2020 y 2021. A las enfermedades del aparato respiratorio se añaden los códigos para situaciones especiales (COVID 19).

2. Riesgos de cambios en la financiación

- Disminución superior a la previsible en el techo de gasto.
Respuesta posible: si desborda las posibilidades habría que elaborar un nuevo Plan de Eficiencia donde se limitarían servicios o prestaciones menos relevantes para los objetivos de salud del área.
- Falta de solvencia por insuficiente financiación del techo de gasto.
Respuesta posible: redistribución anual de los gastos y si no fuera posible, limitación temporal de prestaciones no esenciales.
- Incremento de gastos. Tanto por incorporación de nuevos gastos como por aumento de consumos o precios.
Respuesta posible: supresión o limitación del gasto si es posible. Si no lo fuera, supresión de otros gastos con menos impacto sanitario en la cuantía precisa.

3. Riesgos en cambios en la estructura.

- Cambios en los equipos directivos. Poco relevante al tratarse de una organización con una dilatada trayectoria de planificación estratégica y gestión de calidad.
Respuesta posible: planes activos de sucesión.
- Reducciones de plantilla por debajo del umbral mínimo en alguna unidad.
Respuesta posible: redistribución de efectivos y plan de formación de los mismos.
- Falta de profesionales para cobertura de vacantes. Especialmente grave en nuestra área en el colectivo de facultativos tanto en atención primaria como en hospitalaria.
Respuesta posible: aumentar plazas MIR y EIR. Solicitar nuevas acreditaciones de formación hospitalaria. Conseguir acreditación de hospital universitario. Hacer atractiva nuestra organización a través de su capacidad docente, de investigación y de innovación. Redistribución de tareas. Acuerdos y alianzas con organizaciones similares.
- Accidentes, responsabilidades o daños estructurales ambientales sobrevenidos.
Respuesta posible: habilitación de créditos extraordinarios urgentes.

Mención aparte requiere el riesgo de la *ciberseguridad* para la que se deberán implementar las medidas y los presupuestos adecuados para la protección de los datos y de los sistemas.

Oportunidades para ser una organización sobresaliente

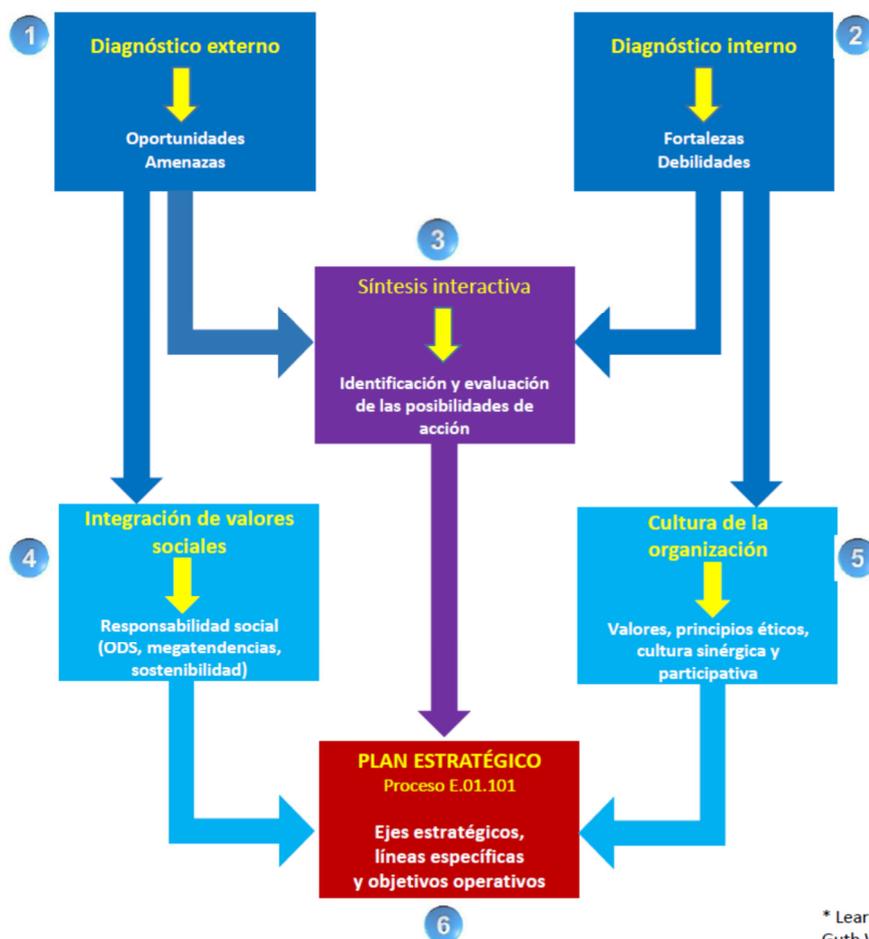
- Las nuevas estrategias de la Gerencia Regional de Salud (GRS) orientadas a la asistencia de calidad, bien dimensionada y ordenada y a solucionar los problemas que padece el sistema actual.
- La situación de crisis de profesionales, económica y de modelo que padecemos que impulsa los cambios y favorece la eficiencia y la innovación.

- El momento de cambio y reforma del Sistema Nacional de Salud, que genera un intercambio de experiencias e ideas innovadoras altamente enriquecedor. Puede ser especialmente interesante los nuevos modelos de evaluación de resultados en salud y el benchmarking ágil que se puede establecer con otras organizaciones como la nuestra.
- Las posibilidades de desarrollo de nuestros profesionales a través de la descentralización de la gestión, la gestión de calidad, los nuevos modelos asistenciales, la investigación y la relación con la Universidad.
- El asociacionismo creciente de pacientes y familiares que favorecen las alianzas y la formación de los pacientes y cuidadores.
- El interés de los pacientes y otros agentes por participar en el sistema lo que facilita la implantación de medidas preventivas y de educación sanitaria que mejoren la salud y la calidad de vida.
- La expansión de las nuevas tecnologías de la información y las redes sociales como cauces de comunicación.
- La voluntad de los profesionales por apostar por el desarrollo profesional, la innovación y la investigación.
- La creación en Soria de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Centro de I+D+I de la Universidad que permitirá nuestro desarrollo y nuestra acreditación como Hospital Universitario.
- La posibilidad de Planes Soria que aporten recursos adicionales que faciliten el desarrollo de la provincia y que bien aprovechados y priorizados pueden aportar mucho a la sanidad soriana.
- La apertura en 2021 de un hospital privado que permite complementar nuestra propia actividad.
- Las obras en el hospital Santa Bárbara y en los Centros de Salud que no solo aportan nuevas infraestructuras y dotaciones sino que son momentos de cambio que se debe aprovechar.
- Nuestro modelo de Liderazgo transformacional que pretende modificar la forma de relacionarse las personas y la cultura de la organización, ya plenamente implantado, y que junto con la descentralización de la gestión debe rendir sus frutos en este periodo nuevo de planificación.
- El nuevo modelo EFQM 2020 que, aunque inicialmente pueda parecernos más complejo, se adapta mejor a nuestra organización y facilitará la gestión eficaz de cambio para afrontar el futuro, incrementando su valor y mejorando sus niveles de rendimiento (sello EFQM 600).

3. PLANIFICACIÓN. EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS ESPECÍFICAS

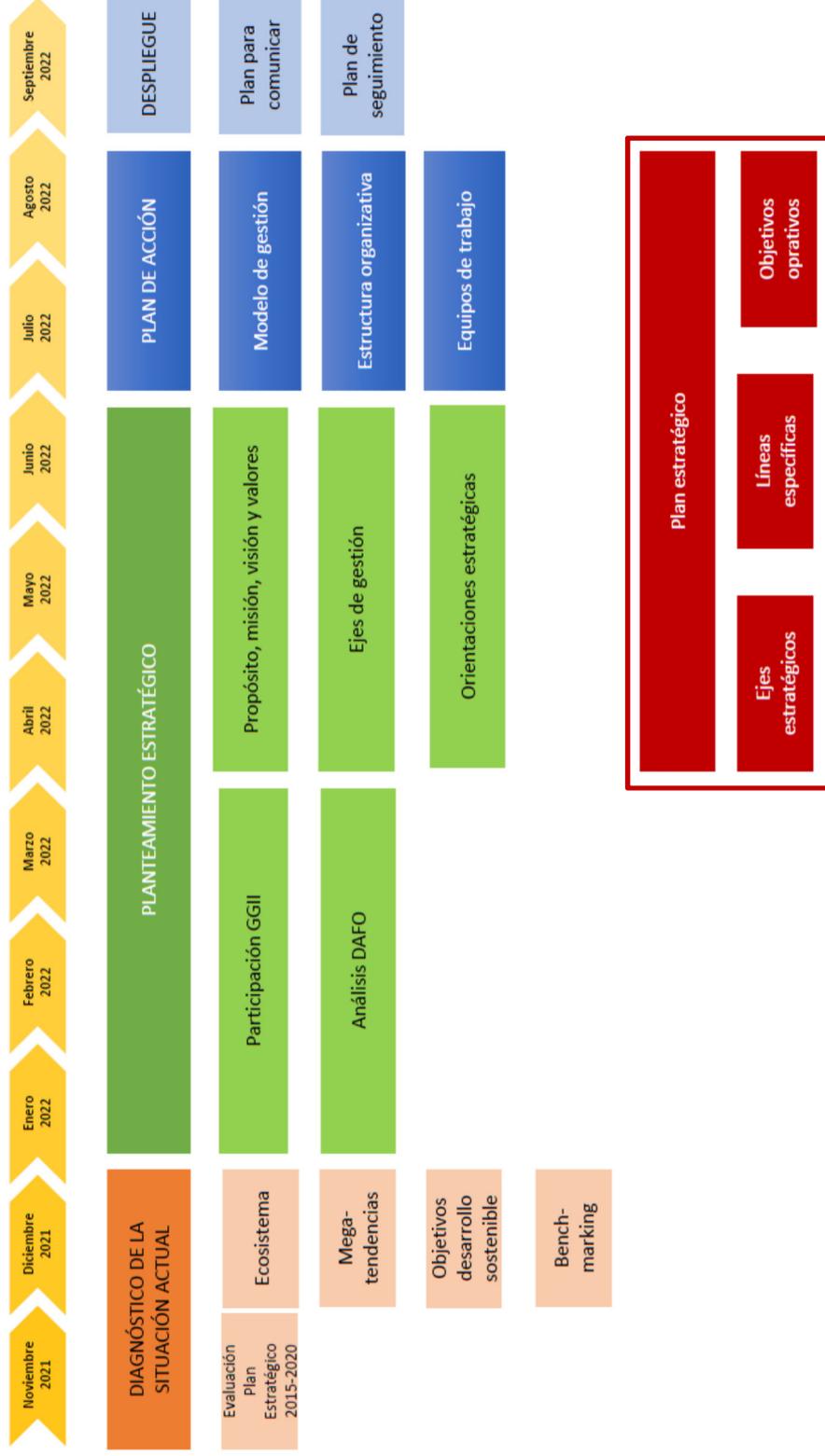
1. Modelo de planificación LCAG*

La planificación estratégica tiene su impulso en la obra de la década de los años 60 del siglo pasado titulada “Política empresarial: textos y casos” de Learned, Christensen, Andrews, y Guth (1965). Propone la articulación eficaz del potencial del cual dispone la empresa, reflejada en sus fuerzas y debilidades dentro de un medio ambiente que presenta amenazas limitantes. Pero, al mismo tiempo toma en cuenta las oportunidades de desarrollo, ello, a través de la utilización del modelo LCAG creado por estos autores en la Harvard Business School.



* Learned E, Christensen C, Andrews K & Guth W. 1965. Harvard.

2. Cronograma



3. Resultados del Plan Estratégico 2015-2020

El Plan Estratégico 2015-2020 se compone de 8 Líneas Estratégicas y 32 Estrategias, desarrollado en 80 Objetivos, 305 Metas y 1.081 Actividades a cumplir a lo largo de estos 6 años. A mitad del Plan se analizaron los resultados alcanzados en ese momento (2017), modificando algunas metas y actividades.

Se decide finalizar el Plan en la fecha prevista, sin ampliarlo un tiempo más por las circunstancias de 2020, para dar un impulso a la Gerencia con el desarrollo de un nuevo Plan Estratégico.

Se ha realizado la evaluación en base a la información facilitada por los responsables de las Estrategias. Las metas y actividades no cumplidas en un año, se añaden a las planteadas para el año siguiente. Sobre el total se ha cumplido el 49,9% de los Objetivos, el 50,1% de las Metas y el 63,7% de las Actividades.

El informe completo está disponible en la intranet: Documentación → Ver más → III Plan Estratégico 2015-2020 → Evaluación Plan Estratégico 2015-2020.

Línea estratégica	Actividades		Metas		Objetivos	
	Sobre el total	Sobre lo evaluado	Sobre el total	Sobre lo evaluado	Sobre el total	Sobre lo evaluado
I. Modelo asistencial integrado	37,5%	48,6%	42,5%	50,3%	38,9%	58,5%
II. Accesibilidad, universalidad, equidad, eficiencia	61,2%	72,8%	32,8%	58,3%	33,3%	38,1%
III. Calidad y seguridad del paciente	63,4%	65,4%	40,1%	64,6%	60,8%	76%
IV. Desarrollo profesional	82,1%	92%	64,8%	72,6%	52,3%	63,9%
V. Participación y motivación de los profesionales	58,5%	65,2%	74,5%	78,4%	82,5%	82,5%
VI. Participación comunitaria	42,3%	46,9%	10%	15%	6,3%	10%
VII. Sostenibilidad	66,7%	69,2%	50,8%	56%	48,9%	48,9%
VIII. Innovación y desarrollo	57%	58,5%	54%	57,9%	44,8%	75%
PLAN ESTRATÉGICO 2015-2020	63,7%	70,4%	50,1%	63,1%	49,9%	58,8%

4. Priorización de actividades por los Grupos de Interés

Durante el primer trimestre de 2022 se llevaron a cabo 6 grupos focales mediante medios telemáticos en correspondencia con los Grupos de Interés clave de la GASSO. Participaron un total de 60 personas y los resultados se recogen en el *Anexo 1. Implicación de los Grupos de Interés en la co-creación de valor*

Tras la aportación de los Grupos de Interés se realiza una agrupación de actividades y se remiten de nuevo a las personas participantes para que, según su criterio, procedan a su priorización. El resultado final de esta priorización de actividades es el siguiente:

- Adecuar de la plantilla a las necesidades reales.
- Fidelizar profesionales: estabilidad laboral.
- Desarrollar de las competencias de enfermería y potenciar la actividad enfermera.
- La comunicación interna.
- La comunicación entre los profesionales (horizontal).
- La retroalimentación de la información (feedback).
- Gestionar el tiempo de los profesionales para realizar actividades diferentes a la asistencial en horario laboral (formación, investigación, docencia,..).
- Promocionar e incentivar la investigación.
- La Implantación sistemas de reconocimiento.
- La carrera profesional.
- El crecimiento personal y profesional.
- El liderazgo transformacional.
- La evaluación de riesgos laborales.
- La movilidad laboral sostenible y segura.
- La humanización de la asistencia sanitaria.
- El desarrollo de una cartera de servicios alineada con las necesidades reales de los ciudadanos.
- Aprovechar la innovación tecnológica en la labor asistencial (seguimiento de tratamientos, consultas no presenciales,...).
- El desarrollo de la cirugía robótica.
- Unificar la Historia clínica electrónica.
- Reactivar los Consejos de Salud de Zona.
- La comunicación externa.
- Implantar métodos para la canalización de ideas de innovación y mejora.
- Utilizar las redes sociales para dar visibilidad a la organización.

5. Matriz DAFO

Grupo de interés	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Clientes	Cultura de mejora continua Gestión por procesos integrados Continuidad asistencial Alianzas estratégicas	Servicios no orientados a la respuesta a necesidades y expectativas Escasez generalizada de profesionales Listas de espera Sistemas de información Comunicación externa	Participación en la gestión Foro de pacientes Consultas no presenciales Colaboración socio-sanitaria	Cambios demográficos: envejecimiento Paciente crónico: fragilidad Dispersión geográfica de la población Epidemiología: patologías emergentes Usuarios (mal)informados con demandas <i>agui y ahora</i> (redes sociales)
Personas	Grado de compromiso con los pacientes y capacidad de adaptación Gestión de los profesionales (plan) Descentralización de la gestión Clima laboral: conocimiento recíproco Acceso a la formación Accesibilidad y flexibilidad del equipo directivo	Capacidad de atracción y fidelización Selección del perfil profesional Desarrollo personal y profesional Falta de liderazgo transformacional Formación especializada poco atractiva Incentivación y reconocimiento Financiación de la investigación Comunicación interna Escaso sentido de pertenencia a la organización	Liderazgo transformacional Conciliación familiar Cultura organizacional sinérgica Nuevas competencias en enfermería Compromiso social (ambiental, movilidad) Dirección alineada con la transformación Hospital universitario: relaciones con la Universidad Actualización de las Comisiones hospitalarias	Dimensionamiento de las plantillas Plantilla envejecida sin recambio Burnout: desánimo, cansancio, desconfianza, sobrecarga laboral, envejecimiento Escasa disposición al trabajo en equipo Objetivos personales poco alineados con la visión de la organización (procesos) Tasa de interinidad: inestabilidad laboral
Inversores / reguladores	Equilibrio presupuestario Gerencia integrada Planificación estratégica Calidad en gestión reconocida Cumplimiento de las normas	Dependencia política en las decisiones técnicas No asumir las diferencias territoriales Falta de negociación real de los planes: planificación centralizada Rigidez administrativa Modelo de atención primaria obsoleto Silos clínicos Sistemas de información en desarrollo	Nuevo edificio y prestaciones Posibilidad de reforma del modelo asistencial (AP) Desarrollo de la telemedicina (consultas no presenciales) Trabajo en red Colaboración para la mejora Técnicas diagnósticas	Financiación insuficiente para la prestación de la cartera de servicios Excesiva burocratización (dificulta la gestión y la mejora) Variabilidad estratégica La sanidad como eje de la discrepancia política Normativa pública limitante
Sociedad	Impacto económico y laboral Transparencia Liderazgo en calidad Incorporación de la mujer	Inestabilidad económica Inestabilidad política Presión social (proximidad) Escaso desarrollo de la salud comunitaria Ámbito socio-sanitario	Colaboración estratégica (alianzas) Humanización de la asistencia Potenciación de la salud mental Fomento de la gestión del conocimiento Formación especializada	Expectativas sobre el sistema irreal Demandas sociales crecientes y belligerantes Uso ineficiente de los servicios Entorno legal volátil Resistencia al cambio Minusvaloración de la atención primaria
Partners	Gestión estratégica de las alianzas Creatividad e innovación en las alianzas	Ausencia de presupuesto Demandas poco realistas	Implicación social en el ámbito sanitario Colaboración con voluntariado Evaluación de resultados	Expectativas clientelistas Ruptura unilateral de la alianza
Proveedores	Relación prolongada (fidelización) Colaboración (relación <i>win-win</i>) Gestión de los pagos	Techo de gasto Escaso peso económico (hospital pequeño) Escasos proveedores locales	Desarrollo de nuevas tecnologías Nuevos modelos de compra Colaboración científico-técnica e innovación	Impacto económica de las nuevas tecnologías y medicamentos sin análisis de eficiencia Visión sólo económica de la relación Monopolios

6. Definiciones

Ejes estratégicos

- son ámbitos generales de actuación en los que se concentra la actividad de la GASSO para alcanzar su propósito y su visión

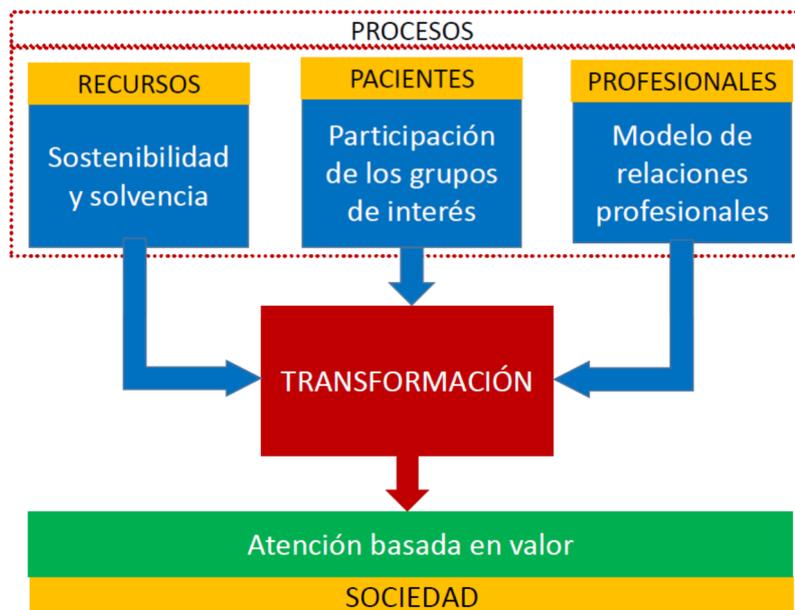
Líneas específicas

- son agrupaciones de objetivos operativos o combinaciones verticales de objetivos. Consisten básicamente en grandes conceptos en los que se pretende que se centre una organización y por lo tanto guían en gran medida todas las acciones a realizar
- la función de las líneas específicas es dividir la estrategia en actividades que aporten un valor concreto

Objetivos operativos

- ¿Cómo sé si estoy en la dirección correcta?
- SMART: específico, medible, alcanzable, realista, tiempo limitado
 - idealmente, sólo se podrán realizar el 70% de los objetivos
 - generalmente un máximo de 5 objetivos por línea específica

7. Ejes estratégicos: descripción y relaciones



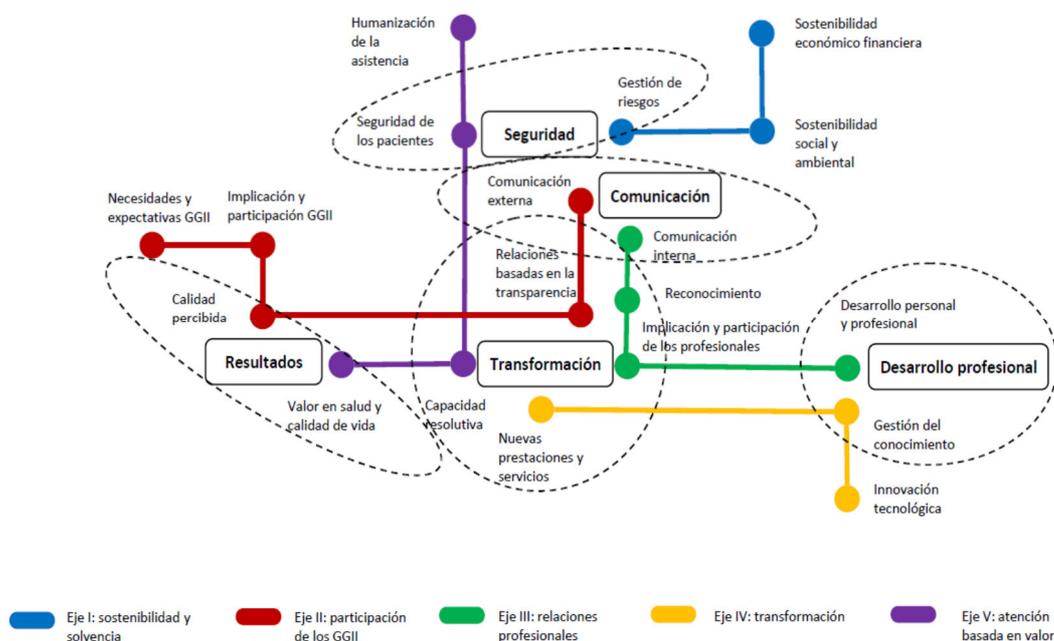
8. Relaciones de las Líneas específicas



9. Elementos críticos de éxito

El concepto de elemento o factor crítico de éxito fue desarrollado por primera vez en 1961 por D. Ronald Daniel. En 1979 John F. Rockart publicó un artículo en la revista Harvard Business Review en el que define los factores críticos de éxito como *“aquella cantidad limitada de áreas en las que los resultados, si son satisfactorios, aseguran un desempeño competitivo exitoso para la organización. Son las pocas áreas clave en las que las cosas deben salir bien. Si los resultados en estas áreas no son los adecuados, el trabajo de la organización durante el período será inferior a lo deseado”*.

En nuestro caso son *desarrollo profesional, seguridad, transformación, resultados y comunicación*.



10. Ejes estratégicos y Líneas específicas

Eje estratégico I. Sostenibilidad y solvencia

- . Línea específica I.1: Alcanzar la sostenibilidad económica-financiera
- . Línea específica I.2: Impulsar la sostenibilidad social y ambiental
- . Línea específica I.3: Gestionar de los riesgos

Eje estratégico II. Participación de los grupos de interés

- . Línea específica II.1. Conocer las necesidades y expectativas de los grupos de interés
- . Línea específica II.2. Potenciar la implicación y la participación de los grupos de interés
- . Línea específica II.3 Basar las relaciones en transparencia
- . Línea específica II.4 Incrementar la calidad percibida
- . Línea específica II.5. Desarrollar la comunicación externa

Eje estratégico III. Modelo de relaciones profesionales

- . Línea específica III.1: Desarrollo personal y profesional
- . Línea específica III.2: Implicación y satisfacción de los profesionales
- . Línea específica III.3. Reconocimiento a los profesionales
- . Línea específica III.4: Comunicación interna

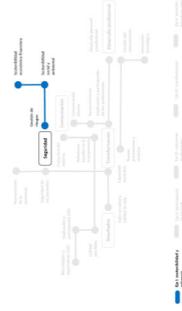
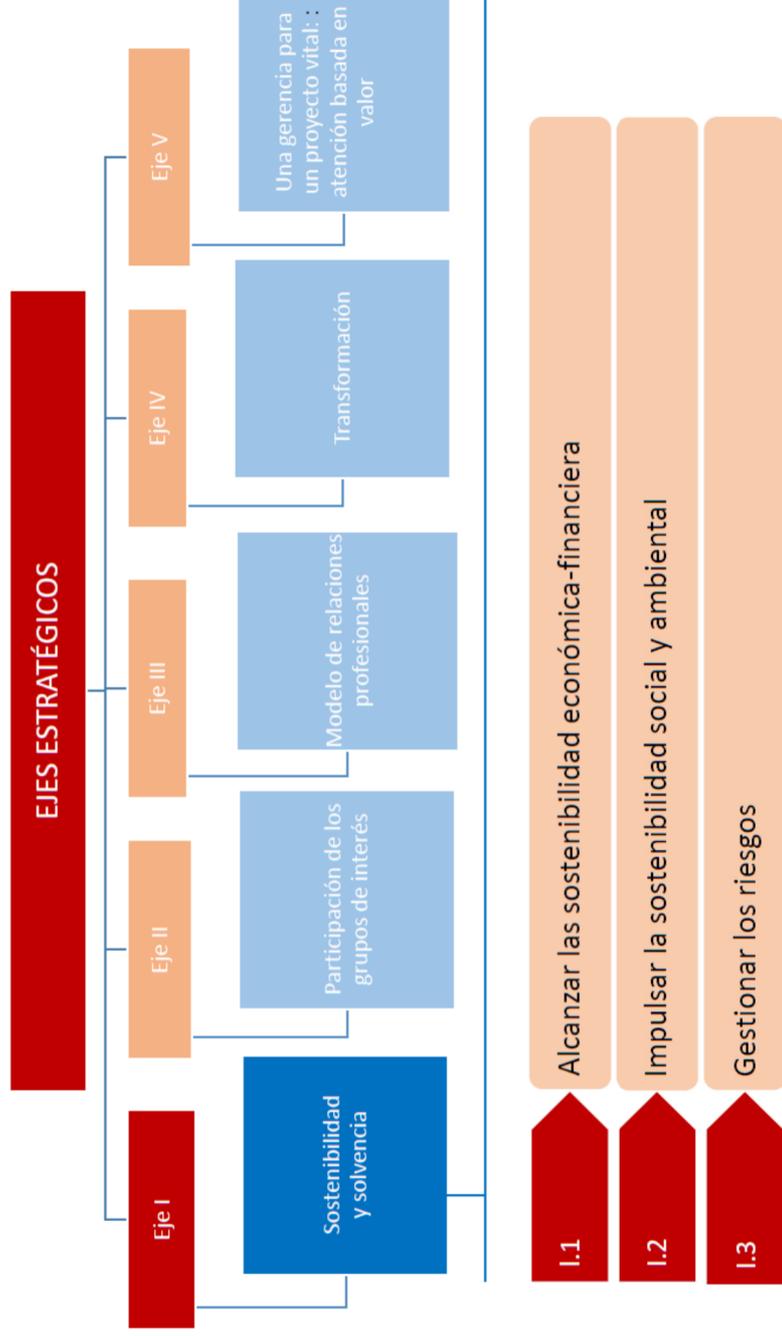
Eje estratégico IV. Transformación

- . Línea específica IV.1. Innovación tecnológica
- . Línea específica IV.2. Gestión del conocimiento
- . Línea específica IV.3. Nuevas prestaciones y servicios

Eje estratégico V. Una gerencia para un proyecto vital: atención basada en valor

- . Línea específica V.1. Humanización de la asistencia
- . Línea específica V.2. Capacidad resolutive
- . Línea específica V.3. Seguridad de los pacientes
- . Línea específica V.4. Valor en salud y calidad de vida

4. OBJETIVOS OPERATIVOS



I.1 Alcanzar las sostenibilidad económica-financiera

Objetivo I.1.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Utilizar los recursos disponibles con eficiencia: asegurar el control presupuestario	Balance de la asignación crédito / gasto < 100%	< 100%	< 100%	< 100%	< 100%	Dirección de Gestión Proceso E.01.107 Cumplimiento presupuestario Proceso S.04.101 Control Presupuestario

Objetivo I.1.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Desarrollo de la contabilidad analítica	Gasto imputable vía GRDs más relevantes: - 2 GRD relevantes - 4 GRD relevantes (ejemplo: parto, insuficiencia cardiaca, neumonía, ictus)		•	•	•	Dirección de Gestión Proceso S.04.102 Contabilidad analítica

Objetivo I.1.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Potenciar la prescripción por principio activo, tanto en Atención Hospitalaria como en Atención Primaria	% de prescripción por principio activo entre los CPA que tienen EFG en Atención Hospitalaria (Enero-Junio 2022: 61,48%) % de prescripción por principio activo entre los CPA que tienen EFG en Atención Primaria (Enero-Junio 2022: 71,79%)	62%	66%	70%	72%	Dirección de AP y AH Farmacia AP y AH Proceso 0.07.101.3 Gestión de la prestación farmacéutica
		72%	76%	80%	82%	

Objetivo I.1.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Gestionar y priorizar las inversiones en infraestructuras	Diseñar el Proceso Inversiones e incluirlo en el Mapa de procesos (proceso de soporte) Implantar un Plan Anual de inversiones		●			Director/Gerente Dirección de AP y AH Dirección y Subdirección de Gestión y Servicios Generales Comisión Mixta Consejo de Gestión
			●	●	●	

1.2 Impulsar la sostenibilidad social y ambiental

Objetivo I.2.1	Indicador	Estándar			Liderazgo
		2022	2023	2024	
Incrementar la eficiencia energética para reducir los consumos de energías y recursos no renovables - consumo energía eléctrica - consumo de agua	Plan de eficiencia energética		●		
	- Subproceso Consumo de energía eléctrica	n	n - 4%	n - 6%	n - 8%
	- Subproceso Consumo de agua	n	n - 4%	n - 6%	n - 8%

Objetivo I.2.2	Indicador	Estándar			Liderazgo
		2022	2023	2024	
Gestión sostenible de los residuos	Proceso de gestión de residuos		●		
	Recogida selectiva de residuos (kg)	10.500	+ 10%	+ 20%	+30%
	- Residuos plásticos. ECOEMBES		n	n+10%	+20%
	- Subproceso residuos cartonaje		n	n+10%	+20%
	- Subproceso residuos vidrio		n	n+10%	+20%
	- Subproceso residuos metálicos		n	n+10%	+20%

Objetivo 1.2.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Gestión de una movilidad laboral sostenible y segura	Información sobre movilidad laboral sostenible y segura en el Plan de acogida a nuevos profesionales Desplazamientos habituales: - % desplazamientos a pie (CAS) - % desplazamientos en bicicleta (CAS)		●			Subdirección de Gestión y Servicios Generales Plan de movilidad laboral sostenible y segura. 2019.
				52% 4%	55% 5%	

Objetivo 1.2.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Memoria bienal de Responsabilidad Social Corporativa	Diseño e implantación de la memoria bienal		●			Dirección y Subdirección de Gestión de Servicios Generales Proceso S.08 Sostenibilidad medioambiental
					●	

Objetivo 1.2.5	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Integración de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las Líneas del Plan Estratégico	Plantilla de integración Seguimiento de la integración	•	•	•	•	Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Proceso S.08 Sostenibilidad medioambiental
--	--	---	---	---	---	---

Objetivo I.2.6	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Proteger la seguridad de las personas con necesidades diferenciadas y garantizar su acceso a la información en igualdad de condiciones al resto de los ciudadanos.	Implantación de VISUALFY: solución de accesibilidad auditiva (https://www.visualfy.com/es/) Seguimiento y mejora		•	•	•	Dirección y Subdirección de Gestión de Servicios Generales Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente

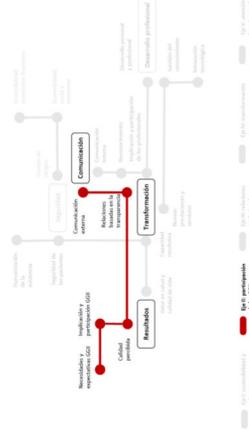
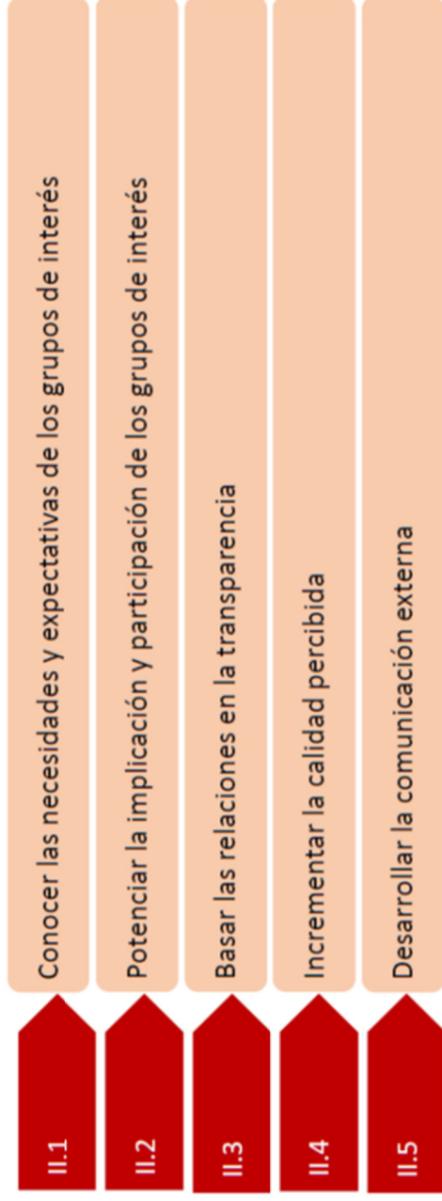
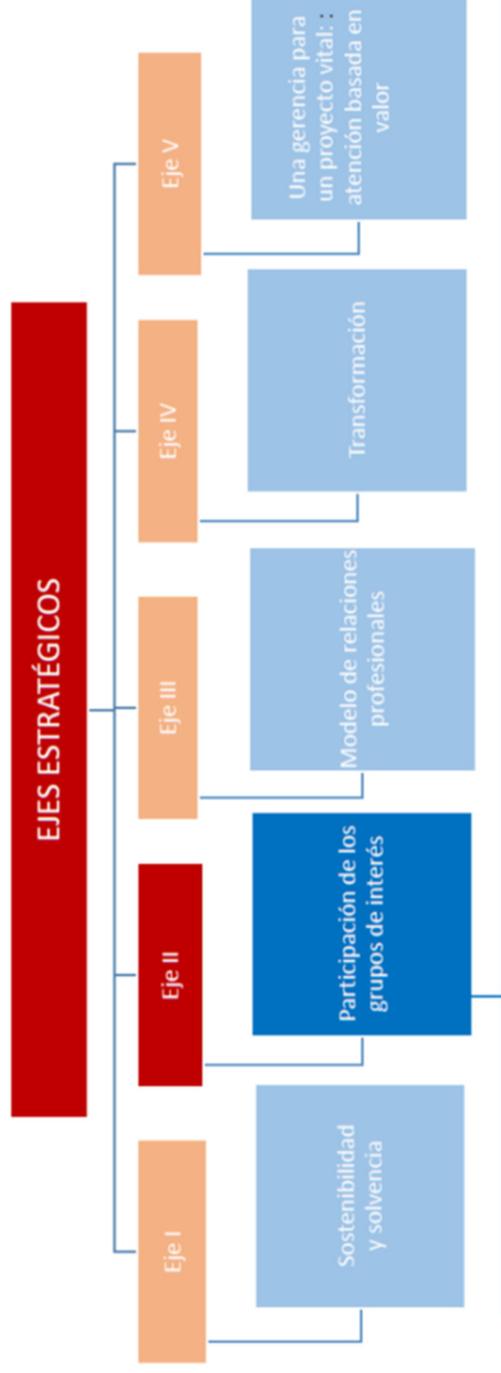


Objetivo I.3.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Seguridad informática: proceso para prevenir y detectar el uso no autorizado de los sistemas informáticos de la GASSO	Proceso de Seguridad informática Evaluación y mejora		●	●	●	Servicio de Informática Proceso S.05.101 Seguridad de las instalaciones (seguridad informática)
Objetivo I.3.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Promocionar e implantar Planes de Gestión de Riesgos críticos	% de unidades /centros de salud con implantación de un Plan de Gestión de Riesgos críticos		25%	50%	75%	Dirección de AP y AH Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Proceso E.01.106 Gestión de riesgos
Objetivo I.3.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

<p>Adecuación de plantillas a las necesidades reales (Gestión de personas: elaborar un plan de ordenación de recursos humanos como instrumento básico para la planificación eficiente de las necesidades asistenciales y los procesos transversales)</p>	<p>Plan de ordenación de recursos humanos y dimensionamiento de las plantillas con la participación de los profesionales</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Director/Gerente Dirección de gestión. Área de Profesionales Dirección de AP y AH Proceso E.02.101 Plan de Recursos Humanos</p>
--	--	--	---	---	---	--

Objetivo I.3.4	Indicador	Estándar					Liderazgo
		2022	2023	2024	2025		
<p>Gestión de patologías emergentes</p>	<p>Paciente crónico pluripatológico: - disminución ingresos hospitalarios totales Cambio climático: - proceso de patologías por aumento de la temperatura ambiente - revisión</p>		<ul style="list-style-type: none"> • <p>< 5%</p>	<p>< 8%</p>	<p><10%</p>	<p>Dirección de AP y AH Subproceso A.300 Paciente crónico</p>	
Objetivo I.3.5	Indicador	Estándar					Liderazgo
		2022	2023	2024	2025		

<p>Formación en desarrollo sostenible y cambio climático en relación con la salud</p>	<p>Actividades formativas recogidas en el Plan de Formación Anual (paludismo, chikungunya, dengue, virus del Nilo Occidental, Lyme, fiebre exantemática mediterránea, patologías por calor) Satisfacción con la formación</p>		<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>Dirección de Gestión. Área de profesionales Comisión de Formación Proceso E.04.101 Plan de formación continuada</p>
			<p>> 8</p>	<p>> 8,5</p>	<p>> 9</p>	



II.1 **Conocer las necesidades y expectativas de los grupos de interés**

Objetivo II.1.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Conocer necesidades y expectativas de los Grupos de Interés clave y analizar sistemáticamente su satisfacción	Encuesta informatizada sobre necesidades y expectativas de los vocales de los Consejos de Salud de Zona Satisfacción media de los vocales con la actividad del Consejo de Salud (2021: 2,9/5)		●		●	Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Dirección de AP Proceso E.05.103 Participación de la sociedad
			3,5		4	

Objetivo II.1.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Satisfacer las necesidades y expectativas de los Grupos de Interés clave	Acciones implantadas para satisfacer las necesidades y expectativas de los GGII detectadas y alineadas con la estrategia de la GASSO		5		10	Dirección de AP y AH Gestión de profesionales Dirección de Gestión

Objetivo II.1.3	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Desarrollar el trayecto asistencial del paciente según el Mapa de Viaje	Número de acciones implantadas para mejorar el trayecto asistencial del paciente según el Mapa de Viaje		2	3	3	Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Dirección de AP y AH Proceso E.05.104 Voz del ciudadano

Objetivo II.1.4	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Gestionar las reclamaciones como oportunidades de mejora	Acciones de mejora, tras reclamación o sugerencia, diseñadas, implantadas y registradas: -Atención Primaria -Atención Hospitalaria		6 10	8 12	10 14	Responsable de reclamaciones de AP y de AH Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Dirección de AP y AH Proceso S.02.103 Reclamaciones y sugerencias

II.2 Potenciar la participación e implicación de los grupos de interés

Objetivo II.2.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Incrementar las actividades de participación ciudadana directa (la participación ciudadana es el mecanismo para incorporar de forma transparente y ordenada a las personas y la sociedad civil en la toma de decisiones en el ámbito de la salud)	1. Activar los Consejos de Salud de Zona: Equipos de Atención Primaria que realizan 3 Consejos de Salud en el año (2021: 0) 2. Equipos de Atención Primaria que NO realizan ningún Consejo de Salud de Zona en el año (2021: 10)	> 6	> 10	>12	14	Dirección de AP Coordinadores de Centros de Salud Trabajadora Social Proceso E.05.103 Participación de la sociedad

Objetivo II.2.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Empoderar a los pacientes y familiares para mejorar su estado de salud: formación e información	Actividades formativas e informativas en: - centros educativos - centros de mayores - asociaciones (pacientes, amas de casa,.....)	3 3 3	4 4 4	5 5 5	Dirección de AP y AH Responsable de comunicación Proceso E.05.101 Comunicación externa
---	---	-------------	-------------	-------------	---

Objetivo II.2.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Participación de los Grupos de Interés: co-creación para aportar valor	Participación en el Plan Estratégico 2022-2025 -desarrollo -seguimiento Participación en la actualización y / o desarrollo de procesos Satisfacción con la participación	●	● 2	● 3	● 3	Direcciones de AP y AH Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Proceso E.01.101 Plan estratégico Proceso E.03.105 Gestión de procesos
			>4,1/5	>4,2/5	>4,3/5	

Objetivo II.2.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Salud y participación comunitaria (según la investigación <i>Desarrollo de una red de apoyo para el fomento del autocuidado/autogestión en una zona rural de la provincia de Soria</i>)	Creación de redes comunitarias y de participación ciudadana en los centros de salud rurales (CS) <ul style="list-style-type: none"> - planificación - implantación Satisfacción de los ciudadanos con la participación	<ul style="list-style-type: none"> • 3 CS >4,2/5	4 CS >4,3/5	5 CS >4,4/5	Dirección de AP Proceso E.05.103 Participación de la sociedad
--	--	---	----------------	----------------	---

Objetivo II.2.5	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Promover actividades de benchmarking en relación al modelo EFQM en el sector sanidad de Cyl	Impulsar desde la GASSO un FORO EFQM en el sector sanidad de Cyl (Calidad GRS, organizaciones con sello EFQM) Acciones de benchmarking surgidas desde el FORO	•	>3	>4	>5	Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Proceso E.03.104 Benchmarking

II.3 Basar las relaciones en la transparencia

Objetivo II.3.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
		Incluir en la página web información: - El organigrama de la GASSO - Plantilla del personal - Cartera de servicios de AP y AH - Cumplimiento presupuestario - Acreditaciones de calidad con auditorías externas - Actividad en AP y AH - Listas de espera en AP y AH - Datos sobre proyectos de investigación - Medicamentos genéricos en AP y AH	●	●	●	

Objetivo II.3.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
			●	●	●	

<p>Difusión de los resultados de la GASSO en la Memoria anual, que garantice la transparencia en la información</p>	<p>Memoria anual de la GASSO disponible, antes del 31 de marzo, en la intranet (soria.sacyl.es) y en la página web (www.sanidadsoria.es) Evaluación de la Memoria anual de la GASSO por la Fundación Avedis Donabedian (https://www.fadq.org/) (Memoria 2020: 88,85%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 2021: 90% 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2022: 92% 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2023: 94% 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2024: 95% 	<p>Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Equipo Directivo Proceso E.05.101 Comunicación externa</p>
---	--	---	---	---	---	--

Objetivo II.3.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
<p>Evaluar el nivel de transparencia de la GASSO</p>	<p>Autoevaluación con el Índice Dyntra Servicios Sanitarios https://www.dyntra.org/register/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● n 	<ul style="list-style-type: none"> ● n + 5 	<ul style="list-style-type: none"> ● n + 10 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>Responsable de comunicación Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Proceso E.05.101 Comunicación externa</p>



Objetivo II.4.1	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
		<p>Elaborar un Manual de Evaluación, con una batería de indicadores, para el seguimiento de la satisfacción de los usuarios. Satisfacción de los usuarios Hospital de Santa Bárbara:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultas externas (media: 6,85) - Urgencias (media: 5,61) Atención Primaria - Centros de salud (media: 7,14) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	7,2		7,5

Objetivo II.4.2	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
		<p>Encuesta de satisfacción con la asistencia recibida en consultas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria (2021: 7,3) - Atención Hospitalaria (2021: 7,1). 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	7,5 7,5		

Objetivo II.4.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Evaluar de la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados por la GASSO: gestión de las reclamaciones	Número de reclamaciones RESU - Atención Primaria - Atención Hospitalaria Tiempo medio de contestación RESU - Atención Primaria (2021: 12,89) - Atención Hospitalaria (2021: 37,20)	n	<n-5%	<n-10%	<n-15%	Responsable de reclamaciones Dirección de AP y AH Proceso S.02.103 Reclamaciones y sugerencias
		n	<n-5%	<n-10%	<n-15%	
		<15	<14	<13	<12	
		<30	<30	<30	<30	



Comunicación externa

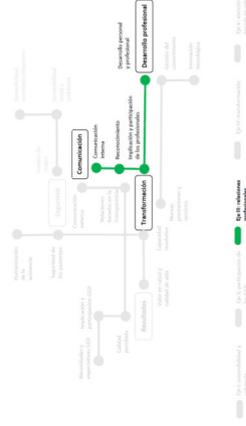
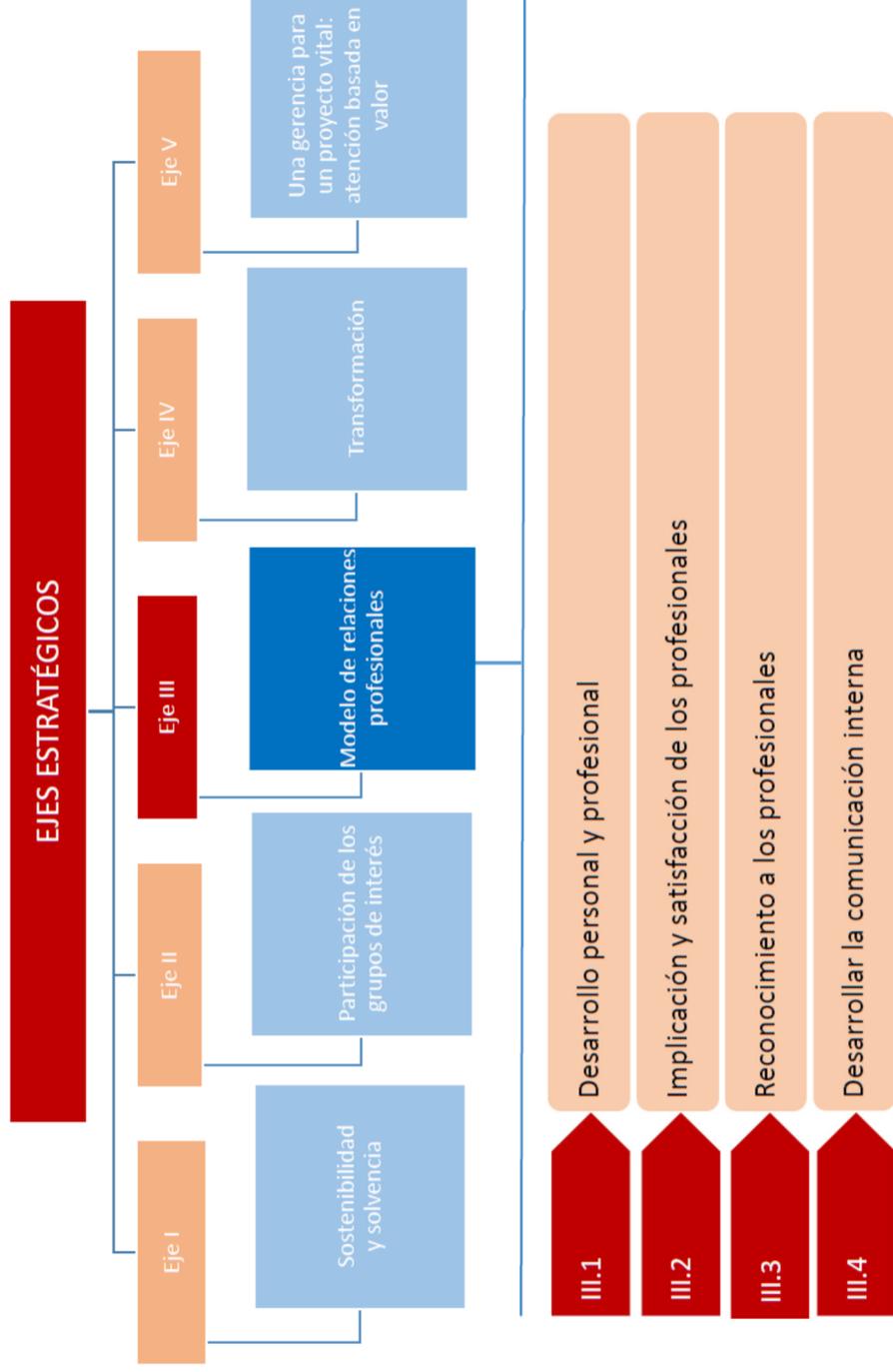
Objetivo II.5.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Agilizar la relación con los medios de comunicación y otros colectivos (redes sociales)	Implantar un Responsable y un Equipo de comunicación	•				Director/gerente
---	--	---	--	--	--	------------------

Objetivo II.5.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Desarrollar la página web como medio básico de comunicación con los ciudadanos	Actualización: <ul style="list-style-type: none"> - designar responsable y su equipo - registro de actualización Newsletter (publicación digital periódica de noticias) 		•			Equipo de comunicación Proceso E.05.101 Comunicación externa
			•	•	•	
			•	•	•	

Objetivo II.5.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

<p>Facilitar información relevante y de calidad a la ciudadanía a través de los medios de comunicación</p>	<p>Espacio sistemático de difusión sanitaria en la prensa escrita Espacio sistemático de difusión sanitaria en la prensa radiofónica</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<p>Equipo de comunicación Proceso E.05.101 Comunicación externa</p>
--	--	--	--	--	--	---



III.1 **Desarrollo personal y profesional**

Objetivo III.1.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Aumentar la estabilidad en el empleo mediante la disminución de la tasa de interinidad en las plantillas	Tasa de interinidad Numerador: número de asalariados con contrato temporal Denominador: número total de asalariados				<5%	Dirección de Gestión. Área de Profesionales Proceso E.02.101 Plan de Recursos Humanos

Objetivo III.1.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Crear valor a través del conocimiento: archivo digital que reúna, preserve y difunda, en acceso abierto, la producción científica de la GASSO	Crear un repositorio de Buenas Prácticas (BBPP) en la intranet Crear un repositorio de Protocolos en la intranet Crear un repositorio de Publicaciones en la intranet Actualizar los repositorios		●			Unidad de Apoyo a la Investigación Servicio de Informática Proceso E.04.106 Gestión del Conocimiento

Objetivo III.1.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Desarrollar las competencias directivas: formación en gestión (habilidades de comunicación, liderazgo transformacional y gestión de equipos)	Planificación del programa de formación: 3 años Actividades formativas Evaluación de la satisfacción		<ul style="list-style-type: none"> ● 3 >8,5 	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 >8,8 	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 >9 	Dirección de Gestión. Área de Profesionales Formación

Objetivo III.1.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Potenciar la versatilidad-polivalencia que permita disponer de profesionales suficientes y con formación idónea para dar adecuada respuesta a las contingencias	Formación de un pool de profesionales de enfermería UCI para situaciones de emergencia Plan de formación Implantación Evaluación de la satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● >8,5 	<ul style="list-style-type: none"> ● >8,8 	<ul style="list-style-type: none"> ● >9 	Dirección de Gestión. Área de Profesionales Dirección de AP y AH

Objetivo III.1.5	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Avanzar en las políticas de género	% de profesionales con formación en materia de igualdad Incremento del porcentaje de mujeres en puestos de liderazgo en AH (2020. líderes: 66,7%, plantilla: 80,8%) Plan de igualdad - elaboración - seguimiento	10%	n+8%	n+13%	Dirección de Gestión. Área de Profesionales
		5%	n+4%	n+7%	
		●	●	●	

III.2

Implicación y satisfacción de los profesionales

Objetivo III.2.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Disponer de lugares de trabajo saludables (wellbeing corporativo)	Rutinas de relajación muscular: videotutoriales, en la intranet https://www.youtube.com/watch?v=ts4zLREa0ci Cuidar los aspectos psicológicos de los profesionales en el ámbito laboral: - consulta de apoyo psicológico - formación en <i>mindfulness</i> (atención plena)		3	3	3	Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia Unidad de Salud Mental Formación

	<ul style="list-style-type: none"> - encuesta de cansancio emocional MBI (2022: 46,7%) - Alimentación saludable - desayunos saludables en la cafetería - máquinas expendedoras (vending) saludables - Actividades de salud preventivas - taller de autoexploración mamaria - Escuela de la voz: - taller de logopedia 	<p>35%</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ● ● ● ● ● ● ● 		<p>Subdirección de Calidad y Seguridad del paciente</p> <p>Subdirección de Gestión y Servicios Generales</p>									
<p>Objetivo III.2.2</p>	<p>Indicador</p>	<p>Estándar</p> <table border="1"> <tr> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			2022	2023	2024	2025					<p>Liderazgo</p>
2022	2023	2024	2025										
<p>Implicar a los profesionales en la organización: revisión y actualización de las Comisiones hospitalarias (órganos participativos asesores de la Dirección en aspectos relacionados con la Calidad Asistencial) y sus componentes</p>	<p>Elaboración de guía de funcionamiento de las Comisiones hospitalarias (Comisión Central de Garantía de Calidad)</p> <p>Elaboración de un repositorio con los profesionales que participan en las comisiones hospitalarias (sistema de registro)</p> <p>Comisiones hospitalarias actualizadas / año</p> <p>Satisfacción de los profesionales con la pertenencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>Dirección de AH</p> <p>Dirección de Gestión. Área de Profesionales</p> <p>Subdirección de Calidad y Seguridad del paciente</p>									

Objetivo III.2.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Valorar la percepción de los profesionales en su relación con la GASSO e implantar medidas de mejora	Clima laboral (Font Roja)		●		●	Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Proceso E02.103 Satisfacción y motivación de los profesionales
	Cultura organizacional (Denison)		●		●	
	Satisfacción con la pertenencia: - Atención Primaria (2019: 6,84/10) - Atención Hospitalaria (2019: 6,57/10) - Global (2019: 6,70/10)	>7		>7,5		
	Compromiso de las personas con la organización (Gallup Q12 2019: 3,4)	>7 3,5		>7,5 3,6		
Objetivo III.2.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
2022	2023	2024	2025			
Desarrollo de la investigación	Bolsa anual para proyectos de investigación		●	●	●	Dirección de Gestión IDIGES Proceso E.04.104 Líneas de investigación
	Bolsa anual para acudir a eventos científicos		●	●	●	

Objetivo III.2.5	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Pactos de Objetivos con perspectiva de atención basada en valor	Valoración individual de los objetivos: - Planificación - Implementación		•	• •	• •	Dirección de AP y AH

Objetivo III.2.6	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Desarrollar actividades participativas como ayuda a la integración	Deportivas -club deportivo Culturales - club de lectura		• •			



Objetivo III.3.1	Indicador	Estándar	Liderazgo

		2022	2023	2024	2025
Visibilizar el reconocimiento: público, específico e individualizado a las personas en relación con los valores de la organización	Desarrollo del Programa de Reconocimiento a las personas con Satisfacción de las personas con el reconocimiento (cuestionario Font Roja, ítem 12.- Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante)		<ul style="list-style-type: none"> >4 		>4

Objetivo III.3.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Planificación del relevo profesional y la desvinculación	Gestión del relevo profesional por su <i>know how</i> (gestión de las experiencias de los profesionales que permiten a la GASSO ofrecer sus servicios con un valor añadido) - desarrollo - implantación Encuesta de desvinculación - desarrollo - implantación		<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> 	Dirección de Gestión. Área de Profesionales

Objetivo III.3.3	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Potenciar la interacción de los profesionales con la Universidad: Hospital Universitario	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la memoria HU • Acreditación como Hospital Universitario Profesionales de la GASSO como profesores asociados UVa:	40	44	48	50	Director/Gerente IDIGES
		24	26	28	30	

III.4

Comunicación interna

Objetivo III.4.1	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Implantación de un Plan de Acogida al nuevo profesional	% de Servicios y Unidades hospitalarias con Plan de Acogida % de Centros de Salud con Plan de Acogida		>25%	>50%	>75%	Dirección de Gestión. Área de Profesionales Responsable de Comunicación
			>50%	>75%	100%	

IV.1 **Innovación tecnológica**

Objetivo IV.1.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Coordinación y adecuación tecnológica	Creación de la Comisión Central de Garantía de la Calidad (organismo técnico de elaboración y trabajo en las áreas de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica) Planes anuales específicos de inversión y actualización tecnológica		•			Dirección de AH Subdirector de Gestión y Servicios Generales
			•	•	•	

Objetivo IV.1.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Implantar soluciones tecnológicas que mejoren la información a pacientes y/o allegados y la comunicación entre ellos, ayudando a	Trazabilidad en tiempo real del paciente en urgencias (ej. Stela de MYSIPHERA) Trazabilidad en tiempo real del paciente el boque quirúrgico (ej.		•			Dirección de AH Subdirector de Gestión y Servicios Generales
			•			

mantener el contacto entre la persona atendida y su entorno	ORvital de MYSPHERA) Seguimiento y mejora								Jefes de Servicio y Supervisoras de la Unidades
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Objetivo IV.1.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Renovación de equipamiento en radiodiagnóstico	TAC RMN	•	•			Dirección de Gestión Jefe Servicio Radiodiagnóstico

Objetivo IV.1.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Nuevos servicios	Unidad satélite de Radioterapia Satisfacción de los usuarios			• >8,5/10	>9/10	Dirección de Gestión



Objetivo	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Objetivo IV.2.1						
Impulsar la gestión del conocimiento a través de innovaciones organizativas	Creación del espacio físico área de Gestión del conocimiento Utilización del Aula de Docencia: número de actos Satisfacción de los residentes con el espacio Gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> n 	n+10%	n+15%	n+20%	IDIGES Proceso E.04:106 Gestión del conocimiento
		>4/5	>4,2/5	>4,4/5	>4,5/5	
Objetivo IV.2.2						
Desarrollar las capacidades científicas y de investigación	Grupo de investigación en atención primaria de Soria (GIAPSO) <ul style="list-style-type: none"> - Constitución del Grupo - Proyectos de investigación presentados en la Unidad de Investigación por GIAPSO Plan de formación en investigación	<ul style="list-style-type: none"> 	3	4	5	Unidad de Apoyo a la Investigación Dirección de AP

	<ul style="list-style-type: none"> - desarrollo - implantación - satisfacción de los componentes 	•	•	> 8	> 8,5	> 9
--	---	---	---	-----	-------	-----

Objetivo IV.2.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Asegurar calidad docente: mejorar la satisfacción de los residentes y su formación investigadora	Encuesta de satisfacción del residente: Globalmente, ¿cuál es tu grado de satisfacción como residentes en el último año? (2021, AP = 5,49, AH = 7) MIR/EIR que finalizan la residencia con proyecto de tesis doctoral Comunicaciones anuales a Jornadas y/o Congresos por los residentes	AP>6,5 AH>7,5	AP>7 AH>8	AP>7,5 AH>8,5	AP>8 AH>8,5	Jefes de Estudios de AP y de AH
			1	2	3	
					25	

Objetivo IV.2.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

<p>Alinear el Plan de Formación anual con el Plan Estratégico (formación continua alineada con los objetivos estratégicos de la GASSO)</p>	<p>Parrilla anual plan Estratégico / Plan de formación para la acreditación del alineamiento</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Dirección de Gestión. Área de Profesionales Comisión de Formación</p>
--	--	--	---	---	---	--

Objetivo IV.2.5	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
<p>Desarrollar la transferencia de conocimiento entre profesionales</p>	<p>Sesiones multidisciplinares y abiertas: casos clínicos Planificación: Número de sesiones impartidas Satisfacción con la sesión</p>		<ul style="list-style-type: none"> • n >8/10 	<p>n+10% >8,2/10</p>	<p>n+20% >8,5/10</p>	<p>Dirección de Gestión. Área de Profesionales Comisión de Formación Jefes de Estudios de AP y de AH</p>

Objetivo IV.2.6	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Registro de los proyectos de investigación, publicaciones y comunicaciones en congresos y foros científicos	Manual de gestión de la investigación en la intranet Memoria de Investigación en la intranet Proyectos de investigación registrados Publicaciones registradas Comunicaciones registradas	●	●	●	●	Unidad de Apoyo a la Investigación Proceso E.04.104 Líneas de investigación
		40	45	50	55	
		25	28	32	34	
		40	46	52	58	

Objetivo IV.2.7	Indicador	Estándar			Liderazgo
Incrementar las capacidades de los docentes en formación posgrado	Nuevas Unidades docentes con plazas ofertadas	2022	2023	2024	2025
		4 Unidades docentes			

Objetivo IV.2.8	Indicador	Estándar			Liderazgo
		2022	2023	2024	2025

Desarrollo y evaluación de modelos de calidad de la gestión	Desarrollar el Plan de mejora EFQM 2022 tras la evaluación Implantar acciones según el Plan de mejora EFQM Mantener el sello 600 EFQM en evaluación externa Unidades acreditadas con ISO o acreditaciones de la especialidad	<ul style="list-style-type: none"> > 10 	> 15	> 15	<ul style="list-style-type: none"> • 	Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente Equipo Directivo Proceso E.03.102 Autoevaluación EFQM
		3	4	5	6	

IV.3 Nuevas prestaciones y servicios

Objetivo IV.3.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Modelo organizativo por procesos: estructuras más horizontales, con coordinación en todas las actuaciones y una filosofía de mejora continua con el paciente como eje central (propietario, equipo	Planificar la revisión de los procesos Implantar la revisión de los procesos priorizados Participación de los pacientes en la gestión de los procesos		•	5/año	5/año	Dirección de AP, AH y responsable de procesos Proceso E03.105 Gestión de procesos:
			•	•	•	

<p>multidisciplinar, indicadores de valor en salud, evaluación y mejora)</p>	<p>asistenciales revisados/implantados</p>									
<p>Objetivo IV.3.2</p>	<p>Indicador</p>	<p>Estándar</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 943 592 1077">2022</td> <td data-bbox="517 808 592 943">2023</td> <td data-bbox="517 674 592 808">2024</td> <td data-bbox="517 546 592 674">2025</td> </tr> </table>				2022	2023	2024	2025	<p>Liderazgo</p>
2022	2023	2024	2025							
<p>Desarrollo de las competencias de enfermería</p>	<p>Consultas de enfermería (AH): (ejemplo: neumología, ostomías, urología, cardiología, endocrino, dermatología, patología mamaria) - a decidir - a decidir</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Dirección y subdirección de enfermería y médica en AH</p>					
<p>Objetivo IV.3.3</p>	<p>Indicador</p>	<p>Estándar</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="995 943 1070 1077">2022</td> <td data-bbox="995 808 1070 943">2023</td> <td data-bbox="995 674 1070 808">2024</td> <td data-bbox="995 546 1070 674">2025</td> </tr> </table>				2022	2023	2024	2025	<p>Liderazgo</p>
2022	2023	2024	2025							
<p>Impulsar y fortalecer la Salud Mental en Atención Primaria</p>	<p>Favorecer la integración profesionales (psicólogos) en los equipos multidisciplinares de AP</p>	<p>•</p>	<p>•</p>	<p>•</p>	<p>Director/Gerente Dirección de AP</p>					

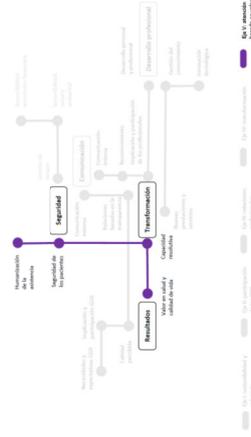
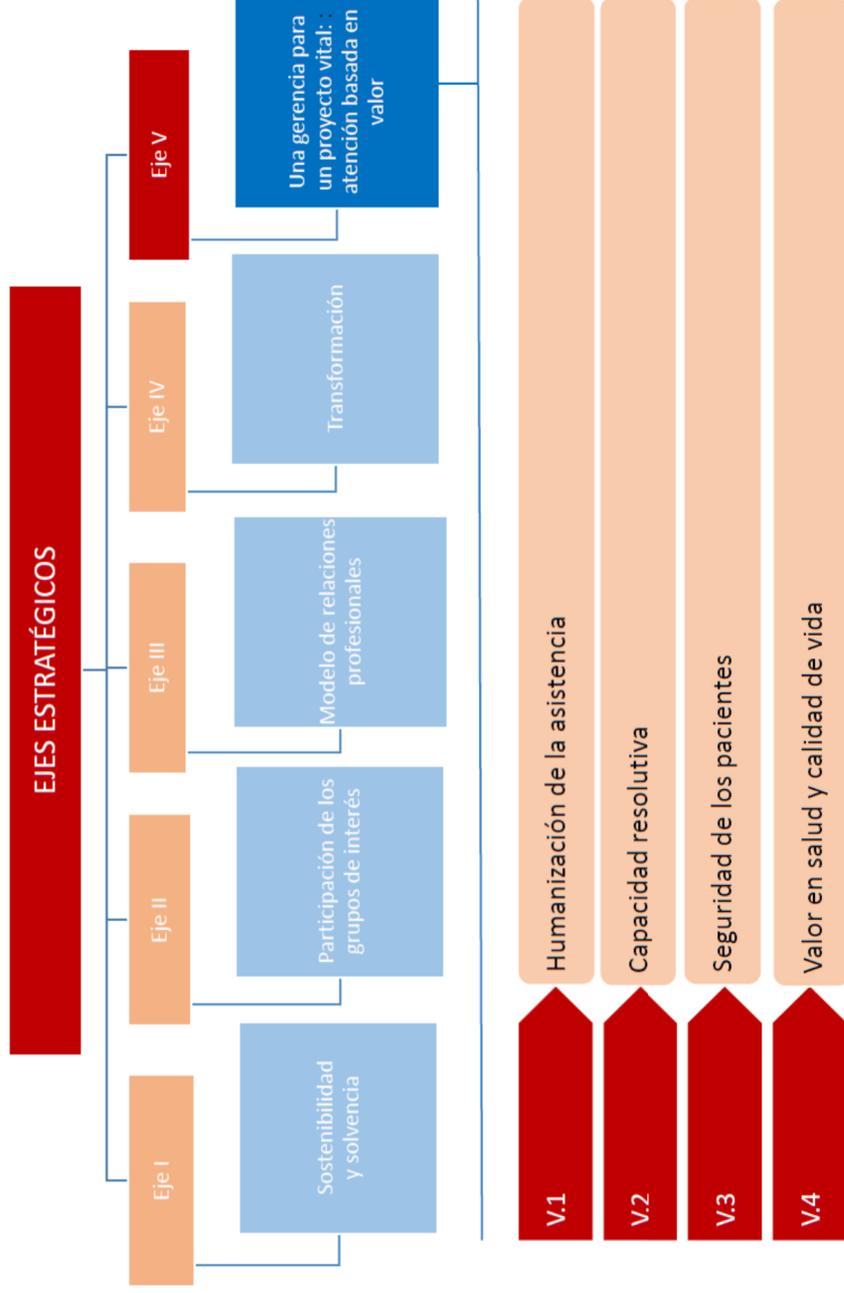
Objetivo IV.3.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Unidades funcionales transversales orientadas al paciente: equipos multidisciplinares como unidad de atención para pasar a un modelo con visión integral de la asistencia, organizada por procesos asistenciales y multidisciplinares	Atención al envejecimiento y la cronicidad: enfermería familiar y comunitaria Unidad de patología osteomuscular		• •			Dirección de AP y AH
Objetivo IV.3.5	Indicador	Estándar			Liderazgo	
Estrategia de coordinación socio-sanitaria: redefinir la relación con las residencias y centros geriátricos	Acceso de los profesionales médicos de los centros a la Guía fármaco-terapéutica de Sacyl Coordinación de los profesionales de AP y Urgencias	2022	2023	2024		2025
			• •	• •	•	Dirección de AP y AH Proceso O.02 Atención Socio-sanitaria
Objetivo IV.3.6	Indicador	Estándar			Liderazgo	

		2022	2023	2024	2025
Reestructuración del Servicio de Urgencias hospitalarias	Sistema organizativo Sistema de información a pacientes y familiares (trazabilidad: Ver objetivo IV.1.2) Gestión de los espacios físicos Satisfacción de los usuarios del servicio (Ver objetivo II.4.1)	●	●	●	

Objetivo IV.3.7	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Verificar la actividad hostelera tras la implantación de la línea fría en cocina	Encuesta de satisfacción de los pacientes Implantación y desarrollo de un 5S en cocina Estudio de la viabilidad de políticas de economía circular en cocina	>7/10	>7,2/1	>7,5/10	>7,8/10	Subdirector de Gestión y Servicios Generales Subdirección de Enfermería de AH Subdirección de Calidad y Seguridad del Paciente

Objetivo IV.3.8	Indicador	Estándar	Liderazgo

	2022	2023	2024	2025	
<p>Potenciar la Educación para la Salud: desarrollar actividades proactivas (decisiones compartidas con los profesionales sanitarios, autogestión de la enfermedad y responsabilidad en el mantenimiento y mejora de la salud)</p>	Equipos de Atención Primaria en los que se recogen actividades de Educación para la Salud en sus Pactos de Objetivos anuales	100%	100%	100%	Dirección de AP y AH
	Equipos de Atención Primaria con un número determinado de actividades de Educación para la Salud	≥ 3	≥ 4	≥ 5	Proceso O.01 Prevención y promoción de la salud
		80%	80%	80%	



V.1 **Humanización de la asistencia**

Objetivo V.1.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2015	
Humanización de la asistencia infanto-juvenil	Índice de Humanización de Hospitales Infantiles IHHI (2020: 51,31%)	2021: 55%	2022: 60%	2023: 65%	2024: 70%	Dirección de AH Pediatría de AH

Objetivo V.1.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Establecer relaciones directas con los pacientes y sus asociaciones	Foro de pacientes, en el que participen representantes de las asociaciones, que permita conocer sus necesidades y expectativas. Realización de actividades surgidas desde la Foro de pacientes		●			Responsable del Plan Persona
			5	8	10	

Objetivo V.1.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Mejorar el acompañamiento de pacientes hospitalizados en soledad no deseada	Plan de voluntariado (alianza externa con Cruz Roja/otras ONGs) - desarrollo - implantación Satisfacción de los pacientes con el acompañamiento		●	● 8,5/10	● 9/10	Responsable del Plan Persona



Objetivo V.2.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

<p>Gestión de los picos de alta demanda en atención urgente</p>	<p>Definir e implantar un sistema integrado de gestión de las urgencias para la resolución de los picos de alta demanda (Atención primaria, Urgencias y Especialidades hospitalarias) - Planificar el proyecto - Implantación y mejora</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>Dirección y Subdirección de AP y AH Jefes de Servicios implicados Proceso O.03 Urgencias</p>
---	--	--	--	---	---	---

Objetivo V.2.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
<p>Uso racional del sistema sanitario: informar y concienciar a los ciudadanos sobre el uso correcto de los Servicios de Urgencias para incrementar su capacidad resolutive</p>	<p>Campaña informativa - desarrollo - implantación y mejora</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>Responsable y equipo de comunicación Proceso E.05.101 Comunicación externa</p>
Objetivo V.2.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Atención pediátrica: dolor zero	Protocolo <i>Dolor zero en hospitalización</i> : - Desarrollo - Implantación y mejora Satisfacción de pacientes y familiares con el proceso	● ● 9/10	● ● 9,1/10	● ● 9,2/10	Dirección de AH Pediatria de AH
---------------------------------	--	----------------	------------------	------------------	------------------------------------

Objetivo V.2.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Potenciar las consultas de alta resolución (proceso asistencial ambulatorio en el que en el mismo día se realizan las exploraciones complementarias solicitadas y la consulta de resultados, recibiendo un informe médico de alta con el diagnóstico y la orientación terapéutica)	(Nº de consultas de alta resolución / Nº primeras consultas) x 100 2019: 15,49% 2020: 19,32% 2021: 19,81%	>20%	>25%	>29%	>32%	Dirección de AH



Objetivo V.3.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

<p>Evitar prácticas innecesarias o que no estén suficientemente sustentadas por la evidencia científica (NO HACER: las prácticas de poco valor son aquellas pruebas médicas, tratamientos o procedimientos sobre las que no existe evidencia suficiente sobre el beneficio para el paciente o tienen más daños que beneficios)</p>	<p>Implantar paquetes de recomendaciones NO HACER en el ámbito hospitalario (hospitalización, bloque quirúrgico, urgencias, laboratorio) Configurar un cuadro de mando corporativo con indicadores asociados a las recomendaciones, que se puedan recoger de forma automática. Seguimiento y mejora</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ● ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>Subdirección de calidad y seguridad del paciente Dirección de AH Proceso E.06 Seguridad del paciente</p>
--	---	---	--	---	---

Objetivo V.3.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
<p>Mejorar la seguridad de la práctica clínica al incrementar la implantación y desarrollo del Sistema de Notificación de Incidentes sin daño (SISNOT)</p>	<p>Encuesta de satisfacción de los profesionales con SISNOT Plan de mejora para potenciar el uso de SISNOT - desarrollo - implantación</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>Subdirección de calidad y seguridad del paciente Dirección de AH Proceso E.06 Seguridad del paciente</p>

Objetivo V.3.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Seguridad del paciente ingresado	Higiene de manos	●				Subdirección de calidad y seguridad del paciente Dirección de AH Proceso E.06 Seguridad del paciente
	- Diseño de un Plan de acción 2022-2024		●	●		
	- Seguimiento y mejora	<0,8	<0,8	<0,7	<0,7	
	Prevención de caídas en pacientes ingresados (2021: 0,82)	<1,8	<1,7	<1,6	<1,5	
	Heridas crónicas en pacientes ingresados (2021: 1,84)					
	Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)		●			
	- implementación de la aplicación informática Z.IRAS		●	●	●	
	- seguimiento de los indicadores de IRAS y acciones de mejora					
Objetivo V.3.4	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	

Incrementar la seguridad del paciente quirúrgico	Adherencia de los profesionales al Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ 2021: 87,57%) Registro de los posibles incidentes evitados con el uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ)	>90%	>90%	>94%	>94%	Dirección de AH Subdirección de calidad y seguridad del paciente Proceso E.06 Seguridad del paciente
--	--	------	------	------	------	--

Objetivo V.3.5	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Certificación de los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA AP y AH)	Certificación del nivel PROA en AP y AH - nivel básico (AP / AH) - nivel avanzado (AP / AH) - nivel excelente (A / AH) La GASSO mostrará en abierto, en internet, los resultados de la certificación (transparencia)		••	••	••	Dirección de AP y AH Subdirección de calidad y seguridad del paciente Proceso E.06 Seguridad del paciente



Objetivo V.4.1	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Implantar la metodología PROMs (resultados reportados por los pacientes) en los procesos - genérico (ejemplo: EUROQoL 5D, SF-12, SF-36, SF-12, NHP) - específico (según patología)	Implantación en procesos Cobertura: % de pacientes con cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud cumplimentado en el año (CVRS)		3 >25%	4 >40%	5 >65%	Dirección de AH Subdirección de Calidad y seguridad del paciente

Objetivo V.4.2	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Implantar la metodología ICHOM en procesos seleccionados (Consorcio Internacional para Medidas de Resultados de Salud)	Al menos 3 procesos en 2024 (por ejemplo: cáncer de mama, insuficiencia cardiaca e ictus) Al menos 5 procesos en 2025			3	5	Dirección de AH Subdirección de Calidad y seguridad del paciente Dirección de AH Jefes de servicio

Objetivo V.4.3	Indicador	Estándar				Liderazgo
----------------	-----------	----------	--	--	--	-----------

		2022	2023	2024	2025	
Mejorar la experiencia del paciente: - encuestas Ratenow (NPS) - observación del paciente	NPS Urgencias (2019: -12)		> 0	> 10	>15	Subdirección de Calidad y Seguridad del paciente Dirección de AH Dirección de AP
	NPS Atención Primaria (2019/20: 19)		> 25	> 30	>35	
	NPS Consultas externas (2019: 15)		> 20	> 35	>30	
	Implantación del sistema de observación del paciente			●		

Objetivo V.4.4	Indicador	Estándar			Liderazgo
		2022	2023	2024	
Protección de la salud mental infanto-juvenil	Pacientes < 18 años ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental (2020: 20, 2021: 22)				Dirección AP y AH Unidad de Psiquiatría y Salud Mental Indicador ODS 3.4.2
				<25% 16	

Objetivo V.4.5	Indicador	Estándar			Liderazgo
		2022	2023	2024	

Incrementar la cobertura de vacunación antigripal en pacientes y profesionales	% de cobertura del programa comunitario en > 64 años (2021: 80,5%) % de cobertura del programa en profesionales sanitarios (2021: AP 62,6%, AH 54,4%)	82%	84%	86%	88%	Dirección de AP y AH Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Subdirección de calidad y seguridad del paciente Indicador ODS 3.3
		Según GRS 75%	Según GRS	Según GRS	Según GRS	

Objetivo V.4.6	Indicador	Estándar				Liderazgo
		2022	2023	2024	2025	
Disminuir los ingresos hospitalarios evitables	IAM: - ingresos con diagnóstico principal al alta de IAM / ingresos esperados para esa población, al año (2011: 1,22) ICTUS: - ingresos con diagnóstico principal al alta de ICTUS / ingresos esperados para esa población, al año (2011: 0,96)	Seguimiento anual				Dirección AP y AH Indicador ODS 3.4 BISION
					<1	
					<0,8	

	<p>DIABETES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingresos con diagnóstico principal al alta de complicaciones a largo plazo de la DIABETES/ ingresos esperados para esa población, al año (2011: 0,50) <p>EPOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingresos con diagnóstico principal al alta de EPOC/ ingresos esperados para esa población, al año (2011: 0,39) <p>INSUFICIENCIA CARDIACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingresos con diagnóstico principal al alta de INSUFICIENCIA CARDIACA/ ingresos esperados para esa población, al año (2011: 0,72) <p>HTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingresos con diagnóstico principal al alta de EPOC/ ingresos esperados para esa población, al año (2011: 0,67) 		<p>< 0,4</p>	
			<p><0,3</p>	
			<p><0,6</p>	
			<p><0,5</p>	

Objetivo V.4.7	Indicador	Estándar			Liderazgo	
		2022	2023	2024		2025
Efectividad hospitalaria: disminuir la razón de mortalidad intrahospitalaria	Nº de ingresos por Infarto Agudo Miocárdico (IAM) con motivo de alta "exitus", ajustado por nivel de riesgo (2011: 0,76) Nº de ingresos por Insuficiencia Cardíaca (IC) con motivo de alta "exitus", ajustado por nivel de riesgo (2011: 0,88)	Seguimiento anual			0,65	Dirección AP y AH Indicador ODS 3.4 BISION
					0,75	

ANEXO 1. IMPLICACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS EN LA CO-REACCIÓN DE VALOR



- Proveedores:
 - contratación de energía renovable a mejores precios (“pago por uso”): Hospital Santa Bárbara, CS Soria Norte y CS Soria Sur. En el caso de Soria, la energía que se podría consumir se generaría en la provincia, en un entorno de 50-60 km (biomasa).
 - modelos de pago por uso.
 - modelos de riesgo compartido (ejemplo: cronicidad renal)
 - central de compras que funciona razonablemente bien.
- Priorizar las tecnologías que realmente sean útiles para la GASSO:
 - Previo análisis de lo existente (tecnologías emergentes)
 - Aprovechando la IDIGIS para alinear la evaluación de las tecnologías con las decisiones de adquisición
 - Cirugía robótica: punto de atracción para los profesionales
 - Nuevas tecnologías: aprovecharlas en la labor asistencial (seguimientos de tratamientos, consultas no presenciales,...)

Indicadores de impacto ambiental y/o socioeconómico.

Reconocimiento económico, que exista para todas las categorías. (ej: pago de acumulaciones, apoyo de alumnos en prácticas)

Desarrollo de los sistemas de información

- BISION: aprovechar las posibilidades de este cuadro de mando integral “flexible”



- Dar valor a los grupos de interés (comunicación, participación, feedback - información de retorno sobre las actuaciones propuestas-)
- Usuarios
 - humanización de la asistencia
 - el enfermo en muchas ocasiones lo que quiere es “ver a su médico”. (ej: videoconferencia podría ser una posibilidad, pero el perfil de usuario no suele tener las habilidades necesarias en el uso de TICs)
 - accesibilidad: no todos los hospitales de Grupo 2 son iguales (por las dificultades de acceso de la población) → hay que buscar una diferenciación de la cartera de servicios “sin que se note”
 - gestor de casos en discapacidad intelectual, autismo, alteraciones sensoriales, etc.
- Aliados
 - búsqueda de sinergias (objetivos comunes) con alianzas estratégicas, que supongan una relación beneficiosa “para todos” (*win-win*)
- Sociedad: Consejos de Salud de Zona
 - es una gran oportunidad para identificar las necesidades de salud: identificar problemas y proponer soluciones. Cuando las soluciones exceden la capacidad del Consejo, gestionarlas a través del equipo directivo de la GASSO.
 - fomentar la asistencia de los vocales del Consejo
 - se proponen y debaten ideas pero no existe retroalimentación
- Proveedores:
 - contratación de energía renovable a mejores precios (“pago por uso”): Hospital Santa Bárbara, CS Soria Norte y CS Soria Sur. En el caso de Soria, la energía que se podría consumir se generaría en la provincia, en un entorno de 50-60 km (biomasa).
 - modelos de pago por uso.
 - modelos de riesgo compartido (ejemplo: cronicidad renal)
 - central de compras que funciona razonablemente bien.

Comunicación externa

- Formación “básica” en comunicación.
- Facilitar el acceso de los ciudadanos a la información
- Utilización de las redes sociales para dar visibilidad a la información disponible (“los jóvenes son telemáticos”). Hay que hacer ruido de lo que se hace y de lo que se necesita y las redes sociales ahora son imprescindibles.
- Interesante tanto la comunicación con el profesional, como con el paciente.
- Comunicación muy abierta necesaria para conocer las necesidades y expectativas de los ciudadanos
- Aplicaciones dirigidas a la prevención y promoción de estilos de vida saludable.
 - Con apps
 - Estimulando la comunicación no presencial
- Retroalimentación (*feedback*) de la información. Cuando se desarrollan actividades y se hace un trabajo, saber si el trabajo sirvió para gestionar aquello que generó ese trabajo.



- Deberían tenerse más en cuenta las evaluaciones de riesgos laborales (se conseguiría formación de los profesionales y sensibilización que se lleva también fuera del entorno laboral)
- Movilidad laboral sostenible y segura (desplazamientos al lugar de trabajo)
- Fidelizar a los profesionales
- Reconocimiento económico, que exista para todas las categorías. (ej: pago de acumulaciones, apoyo de alumnos en prácticas)
- Sistemas de información para la “gestión de personas” de forma “integral”.
 - Creación de ficha unificada de los profesionales (con toda la historia laboral). (actualmente existen varias fichas del mismo profesional)
 - Sistemas de información para la “gestión de personas” de forma “integral”. A nivel regional hay empeño en Pérsigo (aplicación de Función Pública que no se adapta a los centros sanitarios).
 - Ej: permisos, vacaciones, etc.... “gestionados digitalmente”
 - incorporar a las aplicaciones centrales aquellos desarrollos que nos aporten valor, agilidad y den respuesta a las necesidades y problemática específica de los profesionales de la GASSO

- Carga laboral. Cada colectivo experimenta un exceso de actividad → cansancio, desmotivación, salud mental. La solución sería la adecuación de la plantilla a las necesidades reales.
- Falta de tiempo, no hay tiempo para otras actividades (ej: formación continuada). El aumento de plantilla puede ser una solución, y si no es posible habrá que ver como reajustar las tareas de cada puesto, para equilibrar los esfuerzos. plazas aprobadas desde Consejería que no se han convocado
- Carrera profesional: que no parezca que se gestiona al margen de la actividad realizada en la organización
- Dirección de las diferentes categorías profesionales (ej: trabajadores sociales, que haya alguien en Dirección que identifique y entienda las necesidades y expectativas relacionadas con el desarrollo profesional)
- Inestabilidad de las plantillas. Intentar que coincida siempre el mismo número de personas. Intentar disminuir la rotación de los profesionales por los diferentes servicios
- Objetivos comunes a nivel de equipos de trabajo
- Relaciones entre compañeros. Resolución de conflictos, gestión emocional. Estos problemas no son a nivel de Unidad/Servicio, sino de forma más transversal.
- Respuestas rápida y en bloque ante agresiones. Importante “hacer piña” y apoyar, independientemente de a quien le haya ocurrido.
- Estabilidad en el empleo, para no vivir solo en el día a día.
- Participación
- Reconocimiento
- Crecimiento profesional
- Incentivos a la investigación

Comunicación interna

- Relación entre servicios. Ahora mismo se funciona más como departamentos estancos, incluso en el mismo Servicio, entre los profesionales de diferentes áreas (médica, enfermería, gestión)
- NO existe un canal claro para canalizar ideas/sugerencias. Que las ideas se valoren y se pongan en práctica “como reconocimiento”.
- Sensación de trabajar en lo mismo desde diferentes áreas/departamentos, de forma simultánea, y sin ser conscientes de ello. (ej: gestión de personas, solicitudes de información desde GRS, etc.)
- Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales → propuesta de reuniones de coordinación del trabajo de los profesionales.



Innovación tecnológica

- Tecnología que maximice el uso de recursos.
- Necesidad de formación en el uso de las nuevas tecnologías, para vencer las resistencias al cambio existentes.
- Benchmarking: incentivar la identificación de buenas prácticas en incorporación de tecnología (agencias de evaluación de la tecnología).
- Priorizar las tecnologías que realmente sean útiles para la GASSO:
 - Previo análisis de lo existente (tecnologías emergentes)
 - Aprovechando la IDIGIS para alinear la evaluación de las tecnologías con las decisiones de adquisición
 - Cirugía robótica: punto de atracción para los profesionales
 - Nuevas tecnologías: aprovecharlas en la labor asistencial (seguimientos de tratamientos, consultas no presenciales,...)

Gestión del conocimiento

- Formación “básica” en comunicación.
- Mejorar la preparación para estar “frente” al paciente. Cada vez son más exigentes, y no siempre esas exigencias son razonables.
- Necesidad de formación en el uso de las nuevas tecnologías, para vencer las resistencias al cambio existentes.
- Incorporar videotutoriales para facilitar la actualización / reciclaje de los profesionales (sobre todo útiles para los nuevos profesionales)
- Potenciar más la formación continuada, más adaptada a las necesidades del trabajo. Sin formación es difícil que se reconozca la capacidad de desempeño profesional (ej: entradas puntuales a quirófano)
- Alinear la formación con las necesidades de la organización para ofertar servicios innovadores
- Contemplar otros sistemas de formación. Antes había más rotaciones (cuando había más profesionales disponibles), pero ahora es casi posible por la escasez de plantilla y las necesidades de cobertura (vacaciones, etc.). → impide rotaciones / reciclaje

Potenciar de la actividad enfermera

- Población que cada vez necesita más cuidados (AP) (no tanto asistencia, que está más o menos cubierta). Las nuevas tecnologías además nos podría ayudar.
 - Desarrollo de las competencias enfermeras.
 - Impulso a las “consultas de enfermería”, que aunque vienen marcadas en la Cartera de Servicios tienen margen de actuación en cada Gerencia.
 - Gestión compartida de la demanda (resolución de la demanda por profesionales de enfermería sin necesidad de pasar por el médico)
 - Resultados sensibles a la práctica enfermera: paciente que acaba adquiriendo conocimientos de su enfermedad. Aquí están incluidos los resultados de continuidad de cuidados.
-
- Tener en cuenta las necesidades cognitivas en el nuevo hospital
 - Señalética adecuada a las necesidades de la población (parte de la ciencia de la comunicación visual que estudia las relaciones funcionales entre los signos de orientación en el espacio y comportamientos de los individuo)
 - Cartera de Servicios: adecuar las prestaciones a las necesidades de la población, dentro del marco posible de actuación
 - Gestión de los recursos propios: cada Servicio debería ser sostenible en función del presupuesto asignado (sistema mixto dirección + servicio)
 - Creación de procesos/protocolos/procedimientos de actuación
 - Procesos: han de ser adecuados los flujos. Pueden ayudar a no duplicar pruebas, mejorar la gestión de citas, analíticas, etc
 - Historia Clínica Electrónica (HCE) única
 - Integración de la atención primaria y la hospitalaria (y la sociosanitaria)
 - Trabajo en red. El conocimiento lo tiene el profesional, que puede estar en cualquier lugar, pudiendo ver incluso casos de otras gerencias.
 - Indicadores de impacto ambiental y/o socioeconómico.
 - Gerencia “casi” sin papeles
 - Desarrollo de los sistemas de información
 - BISION: aprovechar las posibilidades de este cuadro de mando integral “flexible”



- Cartera de Servicios: adecuar las prestaciones a las necesidades de la población, dentro del marco posible de actuación
- Facilitar el acceso de los ciudadanos a la información
- Mejorar la preparación para estar “frente” al paciente. Exigencia cada vez mayor al sistema y a los profesionales.
- Humanización de la asistencia
 - accesibilidad: no todos los hospitales de Grupo 2 son iguales (por las dificultades de acceso de la población) → hay que buscar una diferenciación de la cartera de servicios “sin que se note”
 - gestor de casos en discapacidad intelectual, autismo, alteraciones sensoriales, etc.
 - potenciación de la actividad enfermera
 - Tener en cuenta las necesidades cognitivas en el nuevo hospital
- Señalética adecuada a las necesidades de la población (parte de la ciencia de la comunicación visual que estudia las relaciones funcionales entre los signos de orientación en el espacio y comportamientos de los individuos).

ANEXO 2. COMUNICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

Comunicación interna

- Se utilizarán diferentes canales para presentar internamente el Plan Estratégico en la organización
 - Presentaciones públicas dirigidas al personal de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.
 - Exposiciones a los servicios, unidades y centros de salud.
 - Correo masivo.
 - Publicación del documento en la intranet.
- Se diseñará y utilizará de forma continuada el logo como símbolo del Plan Estratégico y de hacia donde se dirige la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria en los próximos años.

Comunicación externa

- Después de su presentación interna se dará a conocer al resto de grupos de interés mediante notas de prensa, entrevistas en los medios de comunicación, foros y página web

	PROFESIONALES DE LA ORGANIZACIÓN	PACIENTES Y FAMILIARES	CENTROS ASISTENCIALES	ASOCIACIONES DE PACIENTES Y OTROS COLECTIVOS DE INTERÉS	ORGANIZACIONES SOCIALES, PÚBLICAS Y PRIVADAS	SOCIEDAD
Quién comunica?	Director/Gerente Equipo directivo	Equipo de comunicación	Director/Gerente Equipo de comunicación	Director/Gerente Equipo de comunicación	Director/Gerente Equipo de comunicación	Director/Gerente Equipo de comunicación
Qué quiere comunicar?	Plan Estratégico 2022-2025 de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria					
Canales y espacios internos de la organización (intranet, página web, e-mail,...)	Sesión, Órganos de participación E-mail, Intranet	Página web	Página web	Página web	Página web	Página web
Medios especializados en salud (boletines, foros, blogs,...)			Foros			
Publicaciones científicas						
Material gráfico y/o audiovisual en las salas de espera (folletos, posters, vídeos, infografías,...)		Folletos Infografías				
Redes sociales (twitter, instagram, facebook, linkedin,...)						
Newsletter (publicación digital que se distribuye a través del correo electrónico o página web con cierta periodicidad)						
Encuentros de profesionales (sesiones de trabajo, sesiones clínicas, seminarios, jornadas, congresos, webinars,...)			Sesiones de trabajo			
Espacios formativos (formación continua, cursos universitarios, ...)						
Medios de comunicación generalistas (notas de prensa, entrevistas, radio, televisión,...)						Notas de prensa Entrevistas

ANEXO 3. SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO

- Durante el periodo de vigencia del Plan Estratégico 2022-2025, se realizará un seguimiento de su desarrollo para su adecuación, control y evaluación, con el fin de establecer acciones correctivas si se requieren.
- Toda acción formativa debe ir acompañada de su correspondiente **plan de evaluación**
- El seguimiento será semestral, a través de un sistema interno de **cuadro de mandos** que integre los objetivos, los indicadores y las acciones establecidos en el plan.
- Se tendrá en cuenta la información externa (ecosistema) e interna para detectar cambios que puedan propiciar una reformulación estratégica, e implantarla en su caso.
- Los informes de evaluación se presentarán:
 - a la Comisión de Dirección y al resto de profesionales a través de las Comisiones indicadas.
 - A los Grupos de interés a través de los Grupos focales de participación en el desarrollo estratégico.

ANEXO 4. BIBLIOGRAFIA

- La asistencia sanitaria que queremos en 2025. Análisis y mejora de procesos hospitalarios y de salud (AMPHOS). 2022.
- Plan de Acción para la Transformación del SNS. 2020.
- Estrategia de Salud Pública: mejorando la salud y el bienestar de la población. Ministerio de Sanidad. 2022.
- Estrategia de Salud Digital del SNS. 2021.
- Normas de funcionamiento de la Comisiones Clínicas. Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete. 2002.
- La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. Ministerio de sanidad. 2007.
- Indicadores de Salud y Cambio Climático. Ministerio de Sanidad. 2017.
- Salud participativa para una atención centrada en el valor. Generalitat de Catalunya. 2021.
- Documento de consenso del fomento de la participación de los pacientes en el ámbito hospitalario. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. 2021.
- Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias. Fundación HUMANS. 2017.
- Transparencia en el sistema sanitario público. Fundación Víctor Grifols y Lucas. 2013.

