



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



PLAN DE CALIDAD DEL IMERSO 2021 PLANCA-21



Contexto normativo

El Plan de Calidad del Imserso para 20201 (PLANCA 21), se basa en una serie de disposiciones de carácter normativo y administrativo, se ha elaborado siguiendo el proceso establecido al efecto y se ha inspirado en los principios que el Consejo de Dirección fijó como referentes de la gestión de calidad para el Instituto.

La Administración General del Estado, en su afán por dar al ciudadano unos servicios de mayor calidad, ha encomendado a los Organismos dependientes de la misma la responsabilidad directa en la implantación, gestión y seguimiento interno de los programas que integran el marco general de la mejora de la Calidad y que se enuncian y desarrollan en el Real Decreto 951/2005, de 29 de julio, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado (BOE del 3 de septiembre).

Por su parte, el Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (BOE del 14 de octubre) en su artículo 7.I encomienda a la Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación “el desarrollo y la implantación de modelos de gestión de calidad y de sistemas de acreditación y evaluación de programas, centros y servicios en el ámbito de sus competencias”

La gestión de la calidad es pues, no sólo un compromiso de garantía en el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, sino una obligación de las instituciones en la forma de prestarles los servicios de los que son responsables.

En esta línea, entendiendo que la gestión de la calidad ha de impregnar el quehacer institucional y profesional de los responsables y de todo el personal del Imserso, esta Dirección General firmó el 12 de diciembre de 2008 una nueva Resolución sobre Calidad en el Instituto.

En la mencionada Resolución, una vez establecidos los criterios sobre los que se articula la calidad en el Imserso, se determina que anualmente se someterá a aprobación de la Dirección General un Plan de Calidad en el Instituto, en cuya elaboración, ejecución y evaluación participarán todas las Unidades del Instituto a través de los Órganos previstos en la propia Resolución.



Proceso

Las prioridades para el Plan de Calidad 2021 determinan que la actuación del Imserso ha de seguir orientándose hacia los clientes externos e internos y hacia los grupos de interés, en concordancia con el Real Decreto 951/2005, de 29 de julio, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado.

Estas prioridades también determinan que las Unidades y Centros pueden incluir como acciones de mejora en el Plan de Calidad 2021 las buenas prácticas que hayan identificado en el desarrollo de sus funciones, pudiendo abarcar aspectos organizativos, de coordinación, participación o atención a las personas usuarias.

Por otra parte, teniendo en cuenta que algunas Unidades y Centros, desde 2008, han comenzado a evaluar las expectativas y grado de satisfacción de sus clientes externos (personas usuarias), se significa que durante 2021 continúen aplicando las correspondientes encuestas de satisfacción y que, asimismo, se desarrollen los planes de mejora correspondientes, en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas en 2020.

Las diversas Unidades y Centros del Instituto basándose en las prioridades aprobadas formularon sus propuestas de acciones de mejora a realizar durante 2021.

Fruto de estas propuestas se impulsó, y se sometió a la consideración de los miembros del Equipo Central de Calidad el borrador de Plan de Calidad del IMSERSO 2021 para su análisis, valoración y propuesta a la Dirección General.

Los principios que han inspirado la elaboración del Plan de Calidad del IMSERSO 2021 y los que regirán la puesta en práctica de las acciones previstas en el mismo, son los siguientes:

- Los establecidos con carácter general para la administración
 - Simplificación
 - Racionalidad
 - Economía de costes
 - Coordinación



➤ Los que sustentan una gestión de calidad:

- Análisis de la demanda y evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- Cartas de Servicios.
- Quejas y Sugerencias
- Evaluación de la calidad de las organizaciones.
- Reconocimiento de mejores actuaciones en calidad

Las líneas y sublíneas, a través de las que se articulan las acciones de mejora que conforman Plan de Calidad, son las que se detallan a continuación.

1ª Línea. El conocimiento de las expectativas y del nivel de satisfacción de las personas usuarias de los servicios y la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida.

1.1 Detección de necesidades y expectativas, y comprobación del nivel de satisfacción.

1.2 Mejoras de los servicios dirigidas a incrementar la satisfacción de las personas usuarias.

1.3 Información a personas usuarias, proveedores y grupos de interés.

1.4 Ampliación de Servicios e innovación de programas.

1.5 Actualización Cartas de Servicio

2ª Línea. La gestión de la calidad interna, para fomentar la mejora continua de sus procesos y de sus actividades.

2.1 Implantación y/o certificación con Normas UNE, ISO, etc.

2.2 Fijación de estándares de calidad ambiental y laboral.

2.3 Elaboración de manuales de procedimientos de gestión o de programas de atención y protocolos normalizados.

2.4 Elaboración o adaptación normativa.

3ª Línea. La cooperación con proveedores y grupos de interés para compartir valores y facilitar la comunicación y la interacción.

3.1. Mejora del apoyo y la comunicación con las personas y entidades colaboradoras.



Propuesta

Teniendo en cuenta lo anterior, se eleva a esta Dirección General para su aprobación, si procede, el Plan de Calidad del IMSERSO – 2021 (PLANCA-21) que recoge, a través de actuaciones concretas, el compromiso de las Unidades y Centros que conforman el Instituto para desarrollar cada una de las líneas y sublíneas priorizadas.

En la propuesta se recogen por líneas de actuación, la descripción de las acciones, las Unidades donde éstas se desarrollarán y los responsables de llevarlas a efecto.

Vista la propuesta, esta Dirección General resuelve aprobar el Plan de Calidad del Imserso – 2021 (PLANCA – 21).

Al presente Plan aprobado, se adjunta como **ANEXO** la ficha de descripción de cada una de las acciones de mejora, que comprende los objetivos, las fases en que se desarrollará, y las previsiones de seguimiento de las mismas.



1ª Línea

El conocimiento de las expectativas y del nivel de satisfacción de las personas usuarias de los servicios y la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida.

1.1 Detección de necesidades y expectativas y comprobación del nivel de satisfacción

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.1.1	Evaluación del nivel de satisfacción del Servicio de Atención Telefónica del Imsero y seguimiento y mejora de la Calidad del mismo	Secretaría General (Área de Formación y Comunicación)	Jefe de Área y Jefe Servicio
1.1.2	Evaluación del nivel de satisfacción del Programa de Turismo	Subdirección General de Gestión (Área de Turismo Social)	Jefa de Área Turismo Social
1.1.3	Análisis comparativo del nivel de satisfacción de las personas usuarias de los centros del IMSERSO (2020/2021)	Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación (Área de Calidad)	Jefe de Servicio
1.1.4	Propuesta de mejora en el cuestionario para evaluar el nivel de satisfacción de las personas usuarias de las Direcciones Territoriales	Dirección Territorial de Ceuta	Coordinador de la Unidad de Dependencia
1.1.5	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro Social de Mayores con Unidad de Estancias Diurnas	Dirección Territorial de Ceuta. Centro Social de Mayores con Estancias Diurnas	Coordinador de la Unidad de Dependencia
1.1.6	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro Base	Dirección Territorial de Ceuta. Centro Base	Coordinador de la Unidad de Dependencia
1.1.7	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias de la Dirección Territorial	Dirección Territorial de Melilla	Subdirector Territorial
1.1.8	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	Dirección Territorial de Melilla. Centro Base	Dirección del Centro



CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.1.9	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	Dirección Territorial de Melilla. Centro Polivalente de Servicios para Personas Mayores	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
1.1.10	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CEADAC	Dirección del Centro
1.1.11	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CRE de Enfermedades Raras de Burgos	Dirección del Centro
1.1.12	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CRE de Alzheimer de Salamanca	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
1.1.13	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CRE de San Andrés del Rabanedo (León)	Responsable de Área
1.1.14	Elaboración de un cuestionario para la evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro. Continuación	CRE de Atención Sociosanitaria para Personas en Situación de Dependencia de Soria	Dirección del Centro y Equipo Técnico
1.1.15	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CAMF de Alcuéscar (Cáceres)	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
1.1.16	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CAMF de Pozoblanco (Córdoba)	Responsable de Área
1.1.17	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CRMF de Lardero (La Rioja)	Responsable de Área
1.1.18	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro	CRMF de Salamanca	Dirección del Centro y Responsable de Área
1.1.19	Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias del Centro. Continuación	CRMF de San Fernando (Cádiz)	Responsable Área Técnica



1.2 Mejoras de los servicios dirigidas a incrementar la satisfacción de las personas usuarias

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.2.1	Mejora de la accesibilidad y señalización de los Servicios Centrales enfocada a lograr un entorno para todos, cumpliendo la normativa vigente. Continuación	Dirección General. Gabinete de Dirección y CEAPAT	Jefe de Servicio Gabinete
1.2.2	Mejora de la accesibilidad y señalización de los centros del Imsero enfocada a lograr un entorno para todos, cumpliendo la normativa vigente. Continuación.	Dirección General. Gabinete de Dirección y CEAPAT	Jefe de Servicio Gabinete
1.2.3	Implantación de un procedimiento para la retrocesión centralizada para las pensiones no contributivas. Continuación.	Subdirección General de Gestión (Área de Prestaciones Económicas)	Jefa de Servicio de Ordenación de Prestaciones
1.2.4	Mejora de la accesibilidad cognitiva en el Ceapat (2ª Fase). Continuación.	CEAPAT (Madrid)	Responsable de Área
1.2.5.	Elaboración de un proyecto de Señalización y Accesibilidad Cognitiva.	CRE de enfermedades Raras de Burgos	Dirección del Centro
1.2.6	Introducción de la iniciativa de Desayunos Saludables. Continuación.	CRE de Discapacidad y Dependencia de San Andrés del Rabanedo (León)	Responsable de Área
1.2.7	Mejora del Servicio de Manutención del Centro. Continuación.	CAMF de Alcuéscar (Cáceres)	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
1.2.8	Introducción de nuevas alternativas dietéticas en usuarios/as con disfagia. Continuación.	CAMF de Alcuéscar (Cáceres)	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
1.2.9	Mejora en la gestión del excedente de ropa de las personas usuarias del Centro.	CAMF de Ferrol (A Coruña)	Responsable de Área
1.2.10	Elaboración de dietas saludables adaptadas a la situación de dependencia.	CAMF de Leganés (Madrid)	Departamento Médico, Cocina y Logopeda



CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.2.11	Mejora de actividades de ocio y tiempo libre y participación en la sociedad. Continuación.	CRMF de Albacete	Responsable de Área
1.2.12	Mejora del Servicio de Lavandería.	CRMF de Salamanca	Responsables de Área
1.2.13	Ampliación del número de personas usuarias con Profesional de Referencia.	CRMF de Salamanca	Responsables de Área
1.2.14	Mejora del Servicio de Lavandería. Continuación.	CPAP de Bergondo (A Coruña)	Responsable de Área
1.2.15	Mejora del Modelo de Atención Centrado en la Persona. Continuación.	CPAP de Bergondo (A Coruña)	Departamento de Fisioterapia

1.3 Información a personas usuarias, proveedores y grupos de interés

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.3.1	Actualización de la publicación "Modelo de Atención al Daño Cerebral Adquirido". Continuación.	CEADAC (Madrid)	Dirección del Centro
1.3.2	Elaboración de una Guía de Ejercicios para las Ataxias, que incluya el campo de la Terapia Ocupacional, la Logopedia y la Fisioterapia.	CRE de Enfermedades Raras de Burgos	Dirección del Centro
1.3.3	Realización de Buenas Prácticas con las familias para aumentar la participación. Continuación.	CRE de Discapacidad y Dependencia de San Andrés del Rabanedo (León)	Responsable de Área



1.4 Ampliación de servicios e innovación de programas

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.4.1	Elaboración de contenidos para hacer un curso on line sobre Accesibilidad Universal.	CEAPAT (Madrid) y Delegaciones	Responsable de Área
1.4.2	Creación y puesta en marcha de un Comité de I+D+i y Gestión del Conocimiento.	CRE de Enfermedades Raras de Burgos	Dirección del Centro
1.4.3	Diseño e implantación de un Modelo de Historia de Vida.	CRE de Alzheimer de Salamanca	Director Médico Coordinador
1.4.4	Proyecto de Educación Inclusiva en centros educativos. Continuación.	CRE de Discapacidad y Dependencia de San Andrés del Rabanedo (León)	Responsable de Área
1.4.5	Implantación de un Programa de Intervención Familiar del Centro.	CRMF de Madrid	Trabajadora Social
1.4.6	Realización de un Proyecto Trimestral de desarrollo de Programas de Intervención Grupal.	CRMF de Madrid	Responsable de Área
1.4.7	Puesta en marcha de una Unidad de Convivencia de personas usuarias independientes. Continuación.	CAMF de Pozoblanco (Córdoba)	Responsables de Área



1.5 Actualización Cartas de Servicio

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
1.5.1	Elaboración y actualización de las Cartas de Servicios de las Direcciones Territoriales y de los centros del Instituto. Continuación.	Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación (Área de Calidad)	Jefe de Servicio
1.5.2	Elaboración de la Carta de Servicios del Centro. Continuación.	CRE de Personas en Situación de Dependencia de León	Dirección del Centro
1.5.3	Elaboración de la Carta de Servicios del Centro. Continuación.	CRE de Atención Sociosanitaria para Personas en Situación de Dependencia de Soria	Dirección del Centro y Equipo Técnico



2ª Línea

La gestión de la calidad interna, para fomentar la mejora continua de sus procesos y de sus actividades.

2.1

Implantación y/o certificación con Normas UNE, ISO, etc.

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
2.1.1	Estudio y análisis de la situación del Centro para la implantación del Sistema de Gestión de Calidad según la Norma UNE-EN ISO 9001-2015. Continuación.	Dirección Territorial de Melilla. Centro Polivalente de Servicios para Personas Mayores	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
2.1.2	Renovación de la certificación según las Normas UNE EN ISO 9001:2015 y, UNE 170001-2 2007 de Accesibilidad.	CEAPAT (Madrid)	Responsable de Área
2.1.3	Renovación de la Certificación según la Norma EN UNE 170001-2 2007 de Accesibilidad.	CRE de Enfermedades Raras de Burgos	Dirección del Centro
2.1.4	Estudio y análisis de la situación del Centro para la implantación del Sistema de Gestión de Calidad según la Norma UNE-EN ISO 9001-2015.	CRE de Personas con Discapacidades Neurológicas de Langreo (Asturias)	Departamento de Enfermería
2.1.5	Renovación de la certificación de la Norma UNE EN ISO 9001:2015	CAMF de Guadalajara	Responsable de Calidad
2.1.6	Renovación de la certificación de la Norma UNE EN ISO 9001:2015. Continuación.	CRMF de San Fernando (Cádiz)	Coordinadora de Calidad
2.1.7	Renovación de la certificación de la Norma UNE EN ISO 9001:2015.	CPAP de Bergondo (A Coruña)	Dirección del Centro



2.2 Fijación de estándares de calidad ambiental y laboral

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
2.2.1	Puesta en marcha de sesiones periódicas de difusión del conocimiento mediante el formato pechakucha.	Subdirección General de Gestión (SSCC y Centros)	Subdirectora Adjunta
2.2.2	Comprobación On-Line de la situación del cumplimiento de las obligaciones con Seguridad Social y la Agencia Tributaria. Continuación.	Subdirección General de Análisis Presupuestario y Gestión Financiera	Jefa de Área
2.2.3	Finalización de la implantación del Sistema de Gestión Informático.	CRE de Enfermedades Raras Burgos	Dirección del Centro
2.2.4	Digitalización de la documentación del Servicio de Mantenimiento.	CAMF de Guadalajara	Jefe de Servicio
2.2.5	Incorporación de las TIC para trabajadores del centro.	CAMF de Guadalajara	Dirección del Centro
2.2.6	Implantación de una herramienta de alerta temprana en seguridad (Trigger Tool).	CAMF de Pozoblanco (Córdoba)	Responsable de Área
2.2.7	Estudio comparativo del número de infecciones respiratorias (No Covid), entre años anteriores al uso de la mascarilla y años de uso de mascarilla.	CAMF de Pozoblanco (Córdoba)	Responsable de Área y Departamento Médico



2.3 Elaboración de Manuales de Procedimiento de Gestión o Atención y protocolos normalizados.

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
2.3.1	Elaboración de un Protocolo/Procedimiento para mejorar las altas y bajas del personal de SSCC, en relación con la dotación de los recursos y accesos informáticos. Continuación.	Subdirección General de Análisis Presupuestario y Gestión Financiera (Área de Informática)	Jefe de Área Informática
2.3.2	Desarrollo de una Terapia Integral en el Envejecimiento Activo. Continuación.	Dirección Territorial de Melilla. Centro Social de Mayores con Unidad de Estancias Diurnas.	Dirección del Centro y Terapeuta Ocupacional-Educadora Social
2.3.3	Elaboración de un Protocolo para mejorar la Evaluación de la Formación online del CRE.	CRE de Alzheimer de Salamanca	Equipo de Calidad
2.3.4	Elaboración de un Protocolo de Actuación para la Gestión de Quejas y Sugerencias.	CRE de Personas con Discapacidades Neurológicas de Langreo (Asturias)	Trabajadora Social
2.3.5	Elaboración de un Plan de Comunicación (interna y externa).	CRE de Personas con Discapacidades Neurológicas de Langreo (Asturias)	Jefa de Negociado
2.3.6	Elaboración de un Protocolo para la Atención Ambulatoria.	CRE de Personas en Situación de Dependencia de León	Trabajadora Social
2.3.7	Ampliación de Sistema de Gestión de Calidad a nuevas áreas de gestión. Continuación.	CAMF de Alcuéscar (Cáceres)	Dirección del Centro y Equipo de Calidad
2.3.8	Elaboración de nuevos Procedimientos para los Departamentos No Especializados.	CAMF Alcuéscar (Cáceres)	Dirección del Centro y Equipo de Calidad



CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
2.3.9	Elaboración de un Procedimiento para el registro del peso de las personas usuarias del Centro.	CAMF de Ferrol (A Coruña)	Responsable de Área
2.3.10	Elaboración de registros para supervisar y verificar el cumplimiento de las prescripciones técnicas del contrato de Limpieza.	CAMF de Leganés (Madrid)	Dirección del Centro y Gobernantía
2.3.11	Desarrollo de un Procedimiento de Planificación del Centro.	CRMF de Madrid	Dirección del Centro
2.3.12	Desarrollo de un procedimiento para la organización del departamento de Administración. Continuación.	CRMF de Madrid	Administradora
2.3.13	Elaboración del Protocolo de Gestión de Visitas de Entidades Externas al Centro. Continuación.	CPAP de Bergondo (A Coruña)	Responsable de Área

2.4 Elaboración o adaptación normativa

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
2.4.1	Elaboración de la Circular que regule el funcionamiento de los Órganos de Gestión y Participación de los CAMF y CRMF. Continuación.	Subdirección General de Gestión (Área de Gestión de Programas para Personas con Discapacidad)	Jefa de Servicio
2.4.2	Elaboración del Reglamento de Régimen Interior.	CRE de Personas en Situación de Dependencia de León	Dirección del Centro



3ª Línea

La cooperación con proveedores y grupos de interés para compartir valores y facilitar la comunicación y la interacción.

3.1 Mejora del apoyo y la comunicación con las personas y entidades colaboradoras

CÓDIGO	ACCIÓN	UNIDADES EN LAS QUE SE DESARROLLA	RESPONSABLE
3.1.1	Promoción del uso de la Administración Electrónica en el Programa de Turismo Social del Imsero. Continuación.	Subdirección General de Gestión (Área de Turismo Social) y Área de Informática	Jefa Área
3.1.2	Elaboración de los nuevos Convenios con CCAA para el nivel acordado de la ley de Dependencia.	Subdirección de Planificación, Ordenación y Evaluación (Consejería Técnica)	Consejera Técnica
3.1.3	Ampliar el Informe trimestral de empleo con datos de tipo de contrato por Comunidad Autónoma.	Subdirección de Planificación, Ordenación y Evaluación (Área de Estadística)	Jefa de Área
3.1.4	Diseño y desarrollo de un Programa de Encuentros de Asociaciones Online.	CRE de Enfermedades Raras Burgos	Dirección del Centro
3.1.5	Organización de una Jornada Online de Intercambio de experiencias profesionales.	CRE de Enfermedades Raras Burgos	Dirección del Centro
3.1.6	Realización de actuaciones para conocer las expectativas de proveedores y empresas externas, en cuanto a su grado de cumplimiento.	CAMF de Leganés (Madrid)	Dirección del Centro y Equipo Técnico
3.1.7	Consecución de las autorizaciones y registros del CRMF como Centro de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid.	CRMF de Madrid	Dirección del Centro



Indicadores de seguimiento del Plan de Calidad

Se establecen los siguientes indicadores para el seguimiento tanto del nivel de ejecución del Plan de Calidad y de la consecución de sus objetivos:

- 1º.- Porcentaje de acciones de mejora finalizadas.
- 2º.- Porcentaje de acciones de mejora iniciadas y en ejecución sobre total de acciones de mejora previstas.
- 3º.- Porcentaje de acciones de mejora no realizadas sobre total de acciones de mejora previstas.
- 4º.- Porcentaje de fases de las acciones de mejora finalizadas sobre total de fases previstas.
- 5º.- Porcentaje de fases de las acciones de mejora iniciadas y en ejecución sobre total de fases previstas.
- 6º.- Porcentaje de fases de las acciones de mejora no iniciadas sobre total de fases previstas.
- 7º.- Porcentaje de personas que ejecutan las acciones de mejora sobre total de personas previstas.
- 8º.- Porcentaje de personas beneficiadas por las acciones de mejora sobre total de personas previstas.

Observaciones generales

1. A través del Área de Informática, se facilitará el apoyo tecnológico que se precise para el seguimiento de las Acciones incluidas en el Plan Anual de Calidad.
2. La Secretaría General, a través del Servicio de Formación y Selección, programará y llevará a cabo las acciones formativas requeridas para el adecuado desarrollo de las acciones previstas en este Plan.