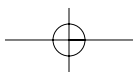
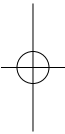
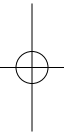


Manual de Buenas Prácticas en la  
gestión de centros de personas con discapacidad  
de la Comunidad Valenciana



Manual de Buenas Prácticas en la  
gestión de centros de personas con discapacidad  
de la Comunidad Valenciana



CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL

*Consellera:*

Hble. Sra. D<sup>a</sup> ALICIA DE MIGUEL GARCÍA

*Elaboración:*

INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales)

*Concepción y supervisión:*

D. JAUME GARAU SALAS

Director de Calidad y Presidente de INTRESS

*Colaboración:*

D. XAVIER CANALS, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> JESÚS MORENO, D. ANTONI SÁNCHEZ,  
D. JOSÉ MANUEL PORTALO, D. CARLOS CABEZA y D. BALBINO PARDAVILA

*Coordinación:*

D<sup>a</sup> PILAR MÁÑEZ CAPMANY

Subsecretaria de la Conselleria de Bienestar Social

D<sup>a</sup> MARTA PONCE GONZÁLEZ

Jefa del Área de Planificación

D<sup>a</sup> ENCARNA MAHIQUES MIRET

Jefa del Servicio de Calidad

*Diseño:*

efectiva.net

*Imprime:*  gràfiques **vimar**  
Avda. de Rep. 11 • Tel: 91 42 21 42 • Pícnos • Mòrro

Primera edición: junio 2005

© de los textos: los autores

© de las imágenes: los autores y propietarios

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2005

ISBN: 84-482-4033-2

Depósito Legal: V-1834-2005

Los servicios sociales de la Comunidad Valenciana han experimentado un notabilísimo progreso en los últimos años, del que los centros y residencias han sido uno de los motores más importantes. No sólo se ha multiplicado el número de plazas, sino que se ha realizado entre todos un importante esfuerzo para mejorar la atención a las personas que las utilizan.

Y es que, si en cualquier servicio la calidad es fundamental, en la prestación social lo es todavía más. Porque se trata de atender necesidades básicas -el alojamiento en una residencia, por ejemplo- de personas en situación de dificultad. Por ello, se trata no sólo de ofrecer el servicio y de hacerlo bien, sino de hacerlo día a día bajo criterios objetivos y medibles de calidad, en un proceso de mejora continua.

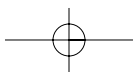
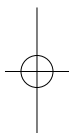
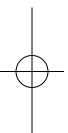
El Plan de Calidad de la Prestación Social puesto en marcha por el Departamento que dirijo, establece un marco común a todos los centros de servicios sociales y a todas las prestaciones para que se trabaje sistemáticamente con calidad a partir de unos estándares que puedan evaluarse tanto interna como externamente.

Y, para ello, hemos confeccionado un Sistema Básico de Calidad (SBC), cuya aplicación en los centros de servicios sociales de nuestra Comunidad garantiza a la población unos servicios cada día mejores. La excelencia en la gestión, que conduce a resultados también excelentes, es el objetivo.

Para alcanzarla, hemos puesto a punto este Manual de Buenas Prácticas para centros de personas con discapacidad, que facilita un modelo práctico de óptima gestión a los directores y responsables de los centros.

Sobre ellos recae el mérito, y también el esfuerzo, de conseguir día tras día que el centro que dirigen se convierta en el mejor entorno, con los mejores servicios y programas para quienes lo utilizan. Aprovecho por tanto estas líneas para transmitirles nuestro agradecimiento y también el compromiso del Gobierno Valenciano, a través de esta Conselleria, de continuar prestando nuestro apoyo a los directores y profesionales de los centros para personas con discapacidad.

*Alicia de Miguel García*  
*Consellera de Bienestar Social*





## Índice

INTRODUCCIÓN .....	11
<b>1 LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS .....</b>	<b>15</b>
GESTIÓN DE LA MISIÓN, VALORES Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD DEL CENTRO .....	17
<b>1.1. LA MISIÓN Y LA POLÍTICA DEL CENTRO CON LA CALIDAD .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2. EL PLAN ANUAL DE CALIDAD DEL CENTRO .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3. EL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES .....</b>	<b>23</b>
GESTIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS .....	26
<b>1.4. LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS .....</b>	<b>26</b>
GESTIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE USUARIOS .....	30
<b>1.5. LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE USUARIOS .....</b>	<b>30</b>
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN CONTINUA .....	33
<b>1.6. PROCESO DE SELECCIÓN E INCORPORACIÓN .....</b>	<b>33</b>
<b>1.7. FÓRMULAS DE PARTICIPACIÓN .....</b>	<b>36</b>
<b>1.8. FORMACIÓN CONTINUA .....</b>	<b>39</b>
MEJORA CONTINUA .....	42
<b>1.9. REUNIONES PARA LA EVALUACIÓN Y MEJORA .....</b>	<b>42</b>
<b>1.10. REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA .....</b>	<b>45</b>
GESTIÓN DE PROCESOS .....	48
<b>1.11. EL MAPA DE PROCESOS .....</b>	<b>48</b>
<b>1.12. GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS CLAVE .....</b>	<b>52</b>
<b>1.13. INDICADORES .....</b>	<b>55</b>
EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD .....	58
<b>1.14. ACCIONES REPARADORAS Y CORRECTORAS .....</b>	<b>58</b>
<b>1.15. AUDITORÍAS INTERNAS .....</b>	<b>61</b>
<b>1.16. REVISIÓN DEL SISTEMA .....</b>	<b>64</b>
<b>1.17. AUDITORÍAS EXTERNAS .....</b>	<b>67</b>
PANEL DE INDICADORES ESTRATÉGICOS .....	70
<b>2 LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES .....</b>	<b>71</b>
<b>2.1. ADMISIÓN .....</b>	<b>73</b>
<b>2.2. ACOGIDA .....</b>	<b>76</b>
<b>2.3. VALORACIÓN .....</b>	<b>80</b>
<b>2.4. ATENCIÓN CONTINUA .....</b>	<b>83</b>
<b>2.5. PROGRAMA DE OCIO .....</b>	<b>86</b>
<b>2.6. ATENCIÓN SANITARIA .....</b>	<b>89</b>
<b>2.7. ATENCIÓN A FAMILIAS .....</b>	<b>93</b>
<b>2.8. SALIDA .....</b>	<b>96</b>
<b>2.9. ATENCIÓN A QUEJAS Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>99</b>
<b>2.10. REALIZACIÓN DE ENCUESTAS .....</b>	<b>102</b>
PANEL DE INDICADORES ESENCIALES .....	105

<b>3</b>	<b>LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO .....</b>	<b>107</b>
3.1.	MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DEL CENTRO .....	109
3.2.	GESTIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA .....	112
3.3.	RELACIONES CON LOS PROVEEDORES .....	116
3.4.	CONTROL DE CALIDAD DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS Y SU ALMACENAMIENTO .....	119
3.5.	DOCUMENTACIÓN .....	122
	PANEL DE INDICADORES DE APOYO .....	125
	<b>ANEXO 1. REGISTROS Y OTROS DOCUMENTOS .....</b>	<b>129</b>
	<b>ANEXO 2. PANEL DE INDICADORES .....</b>	<b>177</b>
	<b>ANEXO 3. BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB .....</b>	<b>183</b>
	<b>ANEXO 4. DEFINICIONES .....</b>	<b>191</b>

# INTRODUCCIÓN

## Destinatarios

---

Este manual está realizado al objeto de facilitar a la **dirección y equipo técnico de los centros para personas con discapacidad**, una documentación básica que explique de manera resumida cómo se gestionan los principales procesos del centro, con especial referencia a los de personas con discapacidad intelectual.

Diversos centros ya disponen de una amplia documentación que define y registra cómo atender a sus usuarios y cómo gestionar el centro. Para éstos el presente Manual puede completar su documentación o ayudarles a cambiar el enfoque de sus documentos y, en parte, a mejorar la definición de sus tareas.

Las prácticas aquí recogidas, su ordenación y su contenido, están redactadas desde la experiencia de diferentes profesionales y expertos, tanto en gestión como en atención a las personas con discapacidad. Se encuentran diseñadas con la idea que cumplan los requisitos básicos de cualquier sistema de gestión de la calidad y, en particular, el **Sistema Básico de Calidad** elaborado por la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. Van dirigidas a los gestores de servicios residenciales, más que a los expertos en las diferentes materias que se examinan.

Hay que considerar este Manual como un conjunto de propuestas de trabajo que los equipos de los diferentes centros podrán adaptar, concretar y redefinir según sus específicos conocimientos, experiencias y modelos teóricos de referencia.

## Enfoque

---

Este Manual está enfocado desde la gestión por procesos. En la moderna gestión de las organizaciones la gestión por procesos es una pieza clave y una manera de mejorar las operaciones más importantes que se realizan, con el fin de garantizar un estándar de calidad y una gestión del conocimiento de sus prestaciones.

La gestión por procesos empieza con la selección de los procesos de un centro que se van a controlar, los procesos clave. Son aquellos que cada centro considera más significativos para sus clientes. Estos procesos van a ser sometidos a una gestión de control de calidad y mejora continua. De esta manera cada centro establece prioridades para iniciar y mantener planes de mejora que permitan alcanzar objetivos establecidos.

Para gestionar un proceso se utiliza el llamado método de Deming, nombre de un mundialmente reconocido "padre" de la gestión de calidad. Este método se popularizó por las siglas "P-D-C-A", que son las iniciales en inglés de Planificar (*Plan*), Desarrollar (*Do*), Comprobar (*Check*) y Actuar (*Act*). En este manual se opta por las siglas **PAEM**, para adaptarse al lenguaje habitual de los servicios sociales: Planificar, Actuar, Evaluar y Mejorar.

## Contenido

---

El Manual no contiene propuestas de gestión de todos los procesos de un centro residencial para personas con discapacidad. Por ejemplo, no se hace referencia a procesos importantes como los económicos, administrativos, de seguridad laboral y de gestión medioambiental, que por supuesto afectan a la calidad. El Manual se ciñe a los **procesos clave para la gestión de la calidad**, es decir, los procesos que afectan más a la calidad de la atención a los usuarios de los servicios prestados en los citados centros.

Este Manual consta de tres secciones:

- > En la primera sección se definen los **Procesos Estratégicos**, aquellos en los que la Dirección tiene un papel protagonista. Son los que sirven para **planificar, orientar y mejorar** la vida del centro hacia unas pautas determinadas de convivencia y de actuación profesional de calidad.
- > En la segunda parte se explican los **Procesos Esenciales**, aquellos a través de los cuales se prestan los diferentes servicios profesionales a los usuarios y sus familias.
- > Y en la tercera, se abordan los **Procesos de Apoyo**, que gestionan los recursos, materiales y productos con los que se prestan los servicios.

Cada sección contiene una exposición inicial de cómo se realiza y gestiona cada uno de los procesos. Esta descripción se subdivide en dos partes. La primera es narrativa, con una descripción del proceso desde que empieza hasta que termina, con sugerencias de cómo realizarlo, además de referencias documentales de apoyo a registros, bibliografía y páginas web de interés.

La segunda parte, a la que denominamos **Plan de Gestión del Proceso**, es una ficha esquemática en la que se expone la manera de gestionar el proceso mediante las cuatro fases de **PAEM**.

En primer lugar, la fase inicial de **Planificación**, con su misión, sus objetivos, indicadores, esquema de procedimiento, responsabilidades, recursos, documentación, etc. Las siguientes fases son el seguimiento de la **Acción**, la realización de la **Evaluación** y la definición de la **Mejora** que se quiere introducir.

Las dos partes se complementan. Aunque en algún punto del Plan de Gestión se repitan aspectos analizados en la parte primera, ello consigue una mayor definición del procedimiento.

Como se ha señalado, el objetivo básico del Manual consiste en dar **pautas de gestión**, no de intervención profesional especializada en las diferentes actuaciones.

Para ello cada experto, cada profesional en el centro, debería establecer las pautas técnicas de cómo realiza su tarea específicamente profesional. Por ejemplo, no se hace referencia a cómo realizar una entrevista de selección de personas, o cómo curar una herida. Estas pautas deberían constar en un *Manual de Buenas Prácticas Asistenciales*.

## Estructura

---

El Manual tiene cuatro anexos. Primero se presentan, a título de ejemplo, algunos formatos o documentos denominados registros imprescindibles para controlar las actividades de los procesos. Estos formatos de registros se citan a lo largo del Manual.

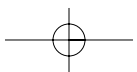
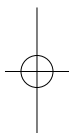
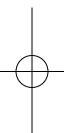
En el segundo anexo, se muestra un cuadro resumido de todos los **indicadores** que han sido citados en cada **Plan de Gestión** de cada proceso.

En el tercer anexo se expone una breve bibliografía de referencia, así como una relación de páginas web de interés.

Finalmente se incluye un vocabulario básico de gestión de calidad.

Estos tres anexos se deben de entender como una “caja de herramientas” que los gestores pueden utilizar según sus necesidades y su conveniencia.

Por último, insistir en el carácter dinámico y abierto que caracteriza a un Manual de este tipo. Habrá que mejorarlo y actualizarlo en futuras revisiones periódicas. De esta manera cumplirá su función más importante: ser una plataforma para generar, gestionar y compartir conocimiento acerca de la calidad en la gestión de centros para personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana.



# GESTIÓN DE LA MISIÓN, VALORES Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD DEL CENTRO

## 1.1. La misión y la política de calidad

Definir la misión y la política de calidad del centro, especificar cuáles son los valores sobre los que se asienta su actividad y concretar qué objetivos operativos pueden proponerse a un año vista, así como sus respectivos indicadores, es una buena práctica imprescindible para el centro. Debe llevarse a cabo siempre que sea posible, con una participación abierta de todas las partes implicadas en el proceso.

### Objeto

El objetivo de este proceso es definir la actividad principal del centro, sus valores, y los objetivos operativos en cuanto a política de calidad, de una manera sencilla y entendible, para todo el personal que forma parte del centro y, posteriormente comunicarla a todas las partes interesadas: usuarios, familias, proveedores, etc.

### Desarrollo

La definición de la misión y la política de calidad del centro debe ser breve y concisa. Es una definición que debe sintetizar de manera clara y contundente el compromiso de la organización con la calidad.

Para definir la misión y política de calidad es bueno emplear un **método participativo**. Es necesario que todas las personas del centro participen en esta definición y una vez aprobada, se comunique a todas las partes interesadas.

Se puede iniciar el trabajo con una reunión de la Dirección en la que a partir de algunas propuestas de redacción previamente escritas por el responsable de calidad, se realice un debate que lleve a una propuesta de síntesis. Con esta propuesta se consulta a todas las personas de la organización para que realicen sugerencias de modificación. Una vez recogidas estas sugerencias, el responsable de calidad traslada la propuesta a la dirección, que la aprueba y la comunica a todas las partes interesadas.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

Cuando ya están establecidas la misión y la política de calidad se deben formalizar objetivos vinculados a los valores de la organización y en consonancia con los requisitos exigibles del sistema de gestión de calidad que se está implantando en el centro. Estos objetivos deben ser medibles mediante indicadores, cuya evolución se analiza periódicamente.

El documento que recoja la misión y política de calidad del centro, podría constar de los siguientes apartados:

- > Definición de la misión, visión del centro, definición de los valores.
- > Políticas de calidad: con los residentes, con los clientes externos, con el personal, con los colaboradores y proveedores y con la comunidad.
- > Ejes estratégicos, objetivos e indicadores.

### Evaluación y mejora continua

---

Se evaluará periódicamente, normalmente una vez al año, el impacto de la misión y objetivos del centro con las diferentes partes interesadas, así como el nivel de participación y conocimiento de los mismos. Se canalizarán las posibles sugerencias de mejora y se introducirán de manera adecuada en la próxima planificación. Se valorará el sistema empleado por si debe cambiarse para mejorarlo.

### Documentos de referencia

---

Proceso 1.1. Misión del centro. Doc. 1. Esquema del Plan Estratégico de un centro.



1.1. Proceso de gestión de la misión. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p><b>Misión:</b> Que toda la organización conozca su misión, hacia dónde se dirige y cómo se llegará a esa meta.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que todos los miembros de la organización conozcan la misión, valores y política de calidad.</p> <p>Que la misión, valores y política de calidad se realicen con la participación de todos los miembros de la organización.</p> <p>Que la misión, valores y política de calidad se adapten a los cambios de su contexto.</p>		<p><b>Cientes internos:</b> que la organización tenga un rumbo claro y definido de hacia dónde quiere ir y de cómo quiere hacer las cosas, para que todos los clientes internos remen en la misma dirección.</p> <p><b>Externos:</b> para que el centro sea reconocido como que sabe lo que hace y por qué lo hace.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<p>1. Grado de conocimiento de la misión por parte de los empleados.</p> <p>2. % de clientes internos que participan cada dos años en el diseño de la misión.</p>		<p>1. 90%</p> <p>2. 90%</p>	Bianual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p>1. Redacción de una propuesta de misión y valores por parte del director de calidad.</p> <p>2. Reunión con la dirección para discutir la propuesta y elaborar una propuesta de síntesis.</p> <p>3. Hacer llegar dicha propuesta a todos los miembros de la organización para que realicen las sugerencias o modificaciones que crean oportunas.</p> <p>4. Discusión de las propuestas de modificación y aprobación de la propuesta final por parte del director del centro.</p> <p>5. Comunicación de dicha propuesta a toda la organización. El documento deberá contener:</p> <p>1. Definición de misión, definición de visión, definición de los valores.</p> <p>2. Políticas de calidad del centro, con los residentes, con los clientes internos/externos, con colaboradores, etc.</p> <p>6. Una vez ya está definida la misión, valores y política de calidad se deberán concretar unos objetivos de calidad con sus indicadores correspondientes, los cuales deberán ser coherentes con la misión, valores y política definida para el centro.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> la definición de misión debe ser breve, clara y debe reflejar claramente el compromiso de la organización con la calidad. Su elaboración debe contar con la participación de la mayoría de los miembros de la organización.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director del centro.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director de calidad. Responsable de cada área.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p><b>Recursos materiales:</b> papel, ordenador, etc. en definitiva un soporte para hacer llegar la misión a la organización.</p> <p><b>Instrumentos:</b> correo electrónico, cartas, reunión.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>		<p>Director de calidad. Director del centro. Responsables de cada área. Todo el personal del centro.</p>	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
	<p>Estatutos de la Entidad. Legislación vigente que afecta directamente al servicio.</p> <p>Contratos con clientes.</p>		<p>Proceso 1.1. Misión del centro. Doc 1: Esquema de Plan Estratégico.</p>	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## 1.2. El Plan Anual de Calidad

---

El centro dispondrá de un Plan Anual de Calidad que contemple la planificación de las diferentes actividades que se llevarán a cabo a lo largo del año, su calendario y la persona o personas del centro que serán las responsables de su realización. Es responsabilidad del director de calidad del centro la elaboración y evaluación de este Plan Anual de Calidad. Se recomienda una periodicidad anual aunque cada centro puede adoptar otro criterio temporal que se adapte mejor a sus características.

### Objeto

---

El objetivo del proceso es llevar a cabo la realización del Plan Anual de Calidad, su despliegue y la evaluación del mismo.

### Desarrollo

---

El Comité de Calidad del Centro o en su caso el Equipo Directivo, es el encargado de realizar el Plan Anual de Calidad. Para realizar esta actividad, está en contacto directo con los responsables de cada Área o Servicio del mismo. Igualmente se relaciona con los responsables de los procesos clave, recogiendo resultados de los objetivos anteriormente planificados y analizando con ellos los logros y dificultades que han podido surgir a lo largo del año.

Un método adecuado podría ser el siguiente.

1. El Comité de Calidad del Centro evalúa y analiza al cabo del año los objetivos marcados en el Plan de Calidad vigente.
2. A partir del análisis efectuado, planifica objetivos operativos para el año en curso, planes específicos de mejora de la calidad y actuaciones concretas para alcanzarlos.
3. Por último, concreta un calendario para la realización y consecución de cada uno de los objetivos, acciones o mejoras propuestas y asigna un responsable o responsables para cada actividad.
4. Lo somete a aprobación a la Dirección.
5. Una vez realizados los pasos anteriores, el Comité de Calidad confecciona y redacta en un documento el Plan Anual de Calidad del Centro, que hará llegar a todo el personal del Centro y partes interesadas del mismo, utilizando los canales de comunicación pertinentes.

## Evaluación y mejora continua

---

Anualmente será el Comité de Calidad del Centro el encargado de evaluar y analizar los resultados de este proceso de planificación.

Es aconsejable realizar un informe en el que se recojan:

- > Los logros obtenidos en la consecución de objetivos.
- > Los objetivos no conseguidos con las causas que han dificultado su realización.
- > Las mejoras propuestas, una vez realizado todo el proceso.
- > Por último, se dedica un apartado a Observaciones Generales respecto al proceso analizado, con posibles propuestas de planificación para el Plan siguiente.

Los resultados de dicho informe son comunicados a la Dirección del centro.

## Documentos de referencia

---

Proceso 1.2. Plan Anual de Calidad. Doc. 1. Plan Anual de Calidad del centro.

# 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

## 1.2. Proceso del Plan Anual de Calidad. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Trazar un Plan de calidad para que la organización vaya en la dirección deseada.</p> <p><b>Objetivos:</b> Evaluar los resultados obtenidos del anterior plan de calidad.</p> <p>Analizar cuáles son los puntos a desarrollar de cara al próximo plan de calidad.</p> <p>Elaborar un nuevo plan de calidad y comunicarlo a la organización.</p>		<p><b>Centro:</b> saber si se están haciendo las cosas bien dentro de la organización y llevar a cabo las acciones pertinentes para mejorar si cabe el desempeño organizacional.</p> <p><b>Externo:</b> dar a conocer el Plan de Calidad es una forma de dar confianza.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<p>1. % de objetivos conseguidos en el plan del año anterior.</p> <p>2. Nº de propuestas de mejora resultantes del nuevo plan de calidad.</p>		<p>1. 80%</p> <p>2. &gt; 10</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
<b>P</b>	<p>1. El Comité de Calidad del Centro evalúa y analiza al cabo del año los objetivos marcados en el Plan de Calidad vigente. Para ello realiza un informe que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Los logros obtenidos en la consecución de objetivos.</li> <li>&gt; Los objetivos no conseguidos con las causas que han dificultado su realización.</li> <li>&gt; Las mejoras propuestas, una vez realizado todo el proceso.</li> <li>&gt; Por último, se dedica un apartado a Observaciones Generales.</li> </ul> <p>2. A partir del análisis efectuado, planifica objetivos operativos para el año en curso, planes específicos de mejora de la calidad y actuaciones concretas para alcanzarlos.</p> <p>3. Por último, concreta una temporalización para la realización y consecución de cada uno de los objetivos, acciones o mejoras propuestas y asigna un responsable/s para cada actividad.</p> <p>4. Lo somete a aprobación de la Dirección.</p> <p>5. Una vez realizados los pasos anteriores, el Comité de Calidad confecciona y redacta en un documento el Plan Anual de Calidad, que hará llegar a todo el personal del centro y partes interesadas del mismo, utilizando los canales de comunicación pertinentes.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> trabajar muy estrechamente con los responsables de área para conocer a pie de campo las mejoras que se pueden llevar a cabo. Que toda la organización sea conocedora y crea en el Plan de Calidad elaborado cada año.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Responsables de cada área o servicio. Director del centro.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> soporte material para comunicar a toda la organización el nuevo Plan de Calidad.</p> <p><b>Instrumentos:</b> entrevistas entre director de calidad y los encargados de cada área.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>			<p>Director de calidad.</p> <p>Responsables de cada área o servicio.</p> <p>Director del centro.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>	
	Planes de Calidad de años anteriores y Plan Anual del Centro.			Proceso 1.2. Plan Anual de Calidad. Doc. 1 Plan Anual de Calidad.	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

### 1.3. El Manual de Buenas Prácticas Asistenciales

La orientación al cliente/usuario y el compromiso del centro con su misión, valores y objetivos, hace necesaria la elaboración del *Manual de Buenas Prácticas Asistenciales* con las diferentes partes implicadas: técnicos y profesionales del centro, familiares en su caso y otros grupos de interés.

Las *Buenas Prácticas Asistenciales* son la definición teórica de cómo debe hacerse una determinada tarea profesional-médica, psicológica, social, de enfermería, etc. para atender una necesidad del usuario y su familia.

#### Objeto

La elaboración de un Manual de Buenas Prácticas Asistenciales para el Centro permitirá que los profesionales que lo elaboren puedan discutir abiertamente sobre lo que significa desempeñar correctamente las tareas de su profesión, así como definir los criterios que se van a utilizar para determinar si dicha labor se realiza de acuerdo con la filosofía del centro.

Su utilidad está sobradamente demostrada y es el modo más eficaz para unificar y consensuar los criterios de atención y prácticas diarias que realizan los distintos profesionales del centro, además de tener efectos formativos y generar un espacio de participación estrictamente técnica entre los mismos.

#### Desarrollo

Se recomienda que en la elaboración del Manual de Buenas Prácticas Asistenciales participe el Comité de Calidad, siendo el responsable de calidad, o el director en su defecto, el encargado de unificar los distintos criterios de todos los profesionales del centro, profesionales que son los verdaderos conocedores del día a día en la atención residencial.

Se sugiere para su elaboración la siguiente propuesta metodológica:

1. *Confeccionar un primer borrador* que recoja un conjunto de buenas prácticas basadas en la experiencia profesional, bibliografía especializada y en la recogida de documentación existente en el centro, lo que vendría a ser el "**Catálogo de prácticas asistenciales especializadas**".
2. *Discusión del borrador* con las partes implicadas, recogida de las distintas propuestas y rediseño del mismo.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

Para llevar a cabo esta fase, se proponen diferentes propuestas:

- > Presentación del borrador por parte del Comité de Calidad en una reunión extraordinaria del personal asistencial en donde se recojan las sugerencias al mismo.
- > Pequeños trabajos de grupo de cinco a seis personas representativas de las partes implicadas (residentes, familiares, profesionales del centro...), coordinados cada uno de ellos por un miembro del Comité de Calidad. Otra posibilidad consiste en realizar un número de entrevistas a fondo con una muestra de personas significativas y representativas dentro o fuera del centro.

### 3. Redacción del Manual de Buenas Prácticas Asistenciales.

Una vez recogidas las aportaciones de las diferentes partes implicadas, el Comité de Calidad o la persona en la que delegue, redactará el Manual definitivo, en el que se recogerán sólo aquellas buenas prácticas que estén muy consensuadas. El resto se irán incluyendo progresivamente.

Es necesario que el Manual de Buenas Prácticas se aproxime al máximo a la realidad de la vida cotidiana asistencial de los Centros y que su contenido se centre en recomendaciones muy consensuadas de prácticas posibles. Debe recoger comportamientos y actitudes que todas las personas del centro tienen que observar en el trato con los clientes finales.

## Evaluación y mejora continua

---

El Manual de Buenas Prácticas Asistenciales debe ser un documento abierto y dinámico que permita incluir las posibles modificaciones que se deriven de la práctica asistencial. Es decir, que sea una respuesta "viva" de adaptación a las necesidades cambiantes de los residentes. Es adecuado revisar periódicamente:

- > *Nivel de implantación* de cada una de las buenas prácticas descritas en el manual: si ha sido una propuesta piloto o si es ya una práctica generalizada, dificultades encontradas, facilidades encontradas, incidencias recogidas...
- > *Evaluación de la Mejora*: para quién ha resultado útil, cómo sabemos que ha servido, valoración de la continuidad o no de la práctica, qué impacto ha tenido en la calidad de vida de nuestros residentes o en la gestión del centro...
- > *Propuestas de mejora*: en qué hemos acertado y en qué aspectos valdría la pena mejorar.

## Documentos de referencia

---

Los documentos de los procesos esenciales.

1.3. Proceso del Manual de Buenas Prácticas Asistenciales. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Elaborar un documento donde se recojan las "mejores prácticas" sobre cómo realizar cada una de las tareas asistenciales en el centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Conseguir que cada tarea asistencial realizada en el centro esté recogida en el manual de buenas prácticas. Conseguir que cada tarea incluida en el Manual de Mejores Prácticas Asistenciales esté consensuada por los profesionales implicados.</p>		<p><b>Centro:</b> que todas las prácticas profesionales que se realizan en el centro tengan documentada la forma en que deben llevarse a cabo.</p> <p><b>Externo:</b> tener confianza técnica en el equipo.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. % de tareas asistenciales en el centro incluidas en el MBPA.</p> <p>2. % de Buenas Prácticas asistenciales realmente implantadas en el centro.</p>		<p>1. 80%</p> <p>2. 90%</p>	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. Confeccionar un primer borrador que recoja un conjunto de buenas prácticas basadas en la experiencia profesional, bibliografía especializada y en la recogida de documentación existente en el Centro (Catálogo de Prácticas asistenciales).</p> <p>2. Discusión del borrador con las partes implicadas, recogida de las distintas propuestas y rediseño del mismo. Para llevar a cabo esta fase, se proponen diferentes propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Presentación del borrador por parte del Comité de Calidad en una reunión extraordinaria del personal asistencial en donde se recojan las sugerencias al mismo.</li> <li>&gt; Pequeños trabajos de grupo de 5 a 6 personas representativas de las partes implicadas (residentes, familiares, profesionales del Centro...), coordinados cada uno de ellos por un miembro del Comité de Calidad o bien, realizar un número de entrevistas a fondo con algunas personas significativas y representativas dentro del Centro o fuera del mismo.</li> </ul> <p>3. Selección de las prácticas más consensuadas y redacción del manual. Una vez recogidas las aportaciones de las diferentes partes implicadas, el comité de Calidad redactará el Manual definitivo.</p> <p>4. Revisión a final de año de las buenas prácticas: Nivel de implantación de cada una de las prácticas indicadas en el Manual, Evaluación de las mejoras en el centro, propuestas de mejora para el Manual de Buenas Prácticas Asistenciales.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> el manual debe contener prácticas reales de la vida cotidiana asistencial del centro y con recomendaciones técnicas muy consensuadas. Las buenas prácticas deben ser coherentes con el Plan de Calidad del centro. El manual de buenas prácticas debe ser un documento vivo, abierto a nuevas modificaciones. En su elaboración deben intervenir técnicos, profesionales del centro, así como familiares y otras partes interesadas.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Otros miembros del comité de calidad. Director del centro. Encargados de cada área implicados.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> Borradores y escritos. Manual de Mejores prácticas pasados.</p> <p><b>Instrumentos:</b> entrevistas a fondo con personas del centro, reuniones, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>		<p>Director de calidad. Miembros del comité de calidad. Encargados de cada área.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
Manual de Buenas Prácticas de Gestión. (procesos esenciales).		Reg. Catálogo de Prácticas Asistenciales.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## GESTIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS

### 1.4. Los derechos de los usuarios

---

Definir los derechos de los usuarios y sus familiares es un principio básico de todo centro y es la garantía de la atención basada en el respeto de unos a otros.

#### Objeto

---

El presente proceso tiene por objetivo unificar los diferentes criterios de comportamiento y actitud de todos los trabajadores del centro en el trato con los usuarios. Es decir, definir la conducta con que los trabajadores deben dirigirse hacia ellos y que en ésta se refleje el respeto a la dignidad, defensa de sus derechos, solidaridad, etc.

Hay que tener en cuenta que el centro es su casa y sobre la base de este principio se ha de procurar que se sienta como en ella y con el mismo derecho a la intimidad que allí pudiera tener. El respeto de ese principio influye en gran medida en la calidad que el usuario percibe.

#### Desarrollo

---

Creación de un *Código del Centro*, que es una relación de los principales derechos que se contemplan en la mayoría de Manuales de Buenas Prácticas, facilitando a la Dirección del centro la materialización del respeto a los derechos de los residentes en la vida diaria de la residencia. Dicha relación podría también incluirse en el Reglamento de Régimen Interno del centro.

Los temas a contemplar en un código de respeto a los derechos de los residentes son:

#### **A. Derechos genéricos de los residentes y familiares**

El derecho de libre acceso al servicio; el derecho a preservar su dignidad personal; a preservar sus valores; a ser informado de las reglas del Centro; el derecho a la privacidad y confidencialidad de sus datos personales que figuran en su expediente; el derecho a delegar en otro la responsabilidad sobre su tratamiento; el derecho a ser informado de sus derechos y al respeto de su idioma, además del derecho a la inteligibilidad del lenguaje técnico.



## **B. Otros derechos más específicos**

Como por ejemplo: el derecho a recibir los mejores servicios posibles, según la técnica más avanzada y la legislación aplicable; a implicarse en todo lo que le afecta en su tratamiento y a conocer y opinar sobre las políticas de atención que se le aplican; a recibir la información adecuada respecto del personal que le atiende; a que la familia esté implicada en las decisiones que le afecten; a plantear quejas y reclamaciones cuando lo considere apropiado; a la información y a la protección adecuada, cuando se le incorpore a una investigación o experimentación de procedimientos de trabajo y asistencia no suficientemente reconocidos.

## **C. Derechos respecto a la evaluación del problema del usuario**

En este apartado se reflejarán los derechos a que se haga una evaluación física, psicológica y médica (si es el caso) y a que se realice un proyecto de intervención antes de iniciar el tratamiento del problema.

Cuando se considere oportuno, se realizará una valoración de la relación con la familia y con su entorno social. En este caso, la exploración quedará registrada en el expediente del usuario, al que sólo tendrá acceso el profesional que le atienda y aquellos a los que éste otorgue permiso.

Si la valoración se realiza a personas con especiales dificultades comunicativas, el centro deberá definir en una instrucción el modo de comportarse con el residente. Cuando una persona, en el proceso de tratamiento, necesite una revisión de su valoración y una nueva evaluación, el centro hará constar los motivos y las pruebas realizadas.

## **D. Derechos respecto a la intervención que se realiza con el usuario**

El Plan de Atención Individualizado (PAI) debe identificar las actuaciones apropiadas, según las necesidades y la gravedad del caso.

Un tratamiento preliminar puede empezar antes de que se concluya el diagnóstico, ya que se debe intervenir y observar para diagnosticar mejor. Esto se debe de hacer constar cuando se dé el caso.

El plan de tratamiento debe realizarlo una persona competente en relación con el nivel del problema del residente, y estar coordinado de forma interdisciplinar cuando sea necesario. El tratamiento debe reflejar la filosofía asistencial del centro y contemplará sus propias limitaciones.

Si las necesidades del residente no pueden ser atendidas de manera justificada, se documentará en su expediente. El punto de vista del residente se documentará cuando esté justificado.

Cabe insistir en la necesidad de la participación del residente en su proceso de tratamiento. El plan de trabajo con el residente debe tener en cuenta las limitaciones de su vida cotidiana.

Cuando la intervención del centro residencial deba ser complementada por otras instituciones o servicios, deberá documentarse y especificarse la dirección de la intervención.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

El plan de trabajo debe de incluir las visitas, con su frecuencia y su duración. Los objetivos del tratamiento se revisarán periódicamente. El plan de trabajo debe especificar cuándo concluye la intervención.

### E. Derechos respecto a la medicación que se le dispensa

El centro debe tener identificados los medicamentos que habitualmente dispensa a los residentes. Debe establecer las indicaciones para prescribir medicamentos con seguridad y eficacia. La preparación, dispensación y almacenamiento deben cumplir con los requisitos técnicos y legales adecuados. Los medicamentos para emergencias deben estar siempre a mano. Se deben controlar las fechas de caducidad y que los medicamentos sean administrados por personal competente.

### Evaluación y mejora continua

---

Revisar y evaluar anualmente los derechos de los residentes, así como medir y evaluar los posibles registros de control del centro para protegerlos y respetarlos es una buena práctica que debe estar incorporada a la dinámica del centro. Es muy recomendable realizar un pequeño informe que recoja las posibles mejoras para incluirlas en el Plan del año siguiente.

### Documentos de referencia

---

Ver en la bibliografía el libro de Juan J. de la Cámara Martínez sobre los derechos de los usuarios.

## 1.4. Proceso de gestión de los derechos de los usuarios. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<b>Misión:</b> Salvaguardar los derechos de los residentes, familiares y personal del centro. <b>Objetivos:</b> Que todos los miembros de la organización conozcan los derechos de los usuarios. Grado de satisfacción de los clientes con respecto al respeto por sus derechos.		<b>Usuarios:</b> que todos los clientes externos no se vean en ningún momento privados de sus derechos.			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<b>1.</b> Grado de satisfacción de los usuarios y familiares con respecto al respeto por sus derechos. <b>2.</b> % de personas de la organización que conocen los derechos de los residentes.		<b>1.</b> 90%  <b>2.</b> 90%	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	Elaboración de un Código del Centro. El código deberá contener los siguientes puntos:  <b>a)</b> Derechos genéricos de los residentes y familiares. <b>b)</b> Otros derechos más específicos. <b>c)</b> Derechos respecto a la evaluación del problema del usuario. <b>d)</b> Derechos respecto a la intervención que se realiza con el usuario. <b>e)</b> Derechos respecto a la medicación que se le dispensa.  <b>Puntos críticos:</b> conocimiento por parte de todos los miembros de la organización de dichos derechos.		<b>Propietario del proceso:</b> Responsable de calidad.  <b>Otros responsables:</b> Director del centro. Trabajadores sociales.		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>		
	<b>Recursos materiales:</b> dossier informativo, tablón de anuncios, etc. <b>Instrumentos:</b> correo electrónico, comunicados, reuniones, etc. <b>Proveedores clave:</b> ninguno.		Director de calidad. Trabajador social.		
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>		
Referencias legislativas y decretos de la administración pública, así como los reglamentos del centro que definen los derechos de los usuarios.		Reg. de quejas y reclamaciones. Reg. de encuesta.			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## GESTIÓN DE LAS NECESIDADES Y LAS EXPECTATIVAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CLIENTES

### 1.5. Las necesidades y expectativas de los clientes

---

El centro debe tener definidas las necesidades y expectativas de los residentes y sus familiares. Además es recomendable conocer cuáles son las necesidades y expectativas de las otras partes interesadas: administración pública, empleados, voluntarios y otras entidades de la red social.

#### Objeto

---

El objetivo básico de este proceso es conocer y definir las necesidades y expectativas de los usuarios, de sus familiares y de las demás partes interesadas, a las que tenemos que satisfacer, con el objeto de realizar un buen servicio y cumplir con uno de los requisitos básicos del Sistema Básico de Calidad.

#### Desarrollo

---

Los pasos habituales a seguir en la realización de este proceso son:

##### **Identificación y elaboración de las necesidades y expectativas de las partes interesadas**

Hay distintas maneras de definir las necesidades y las expectativas de las partes interesadas y sobre todo de los usuarios. Se aconseja generar y tener siempre canales de comunicación abiertos: teléfono, entrevistas, reuniones, gestión de quejas, etc.

En ocasiones no es suficiente ya que muchas veces las expectativas no están claras y las necesidades, tampoco. Por tanto, de vez en cuando es necesario utilizar técnicas de investigación cualitativa, como las entrevistas individuales o los grupos enfocados, para poder comprender mejor cuál es su punto de vista acerca de sus necesidades y cómo desea que se le ayude a satisfacerla.

Resulta conveniente, al identificar necesidades y expectativas de los clientes, tener en cuenta tanto los aspectos objetivos del centro, como aspectos más subjetivos, por ejemplo el trato con los usuarios, la manera de empatizar con sus problemas, etc.

La identificación de las necesidades y expectativas debería ser una tarea permanente en el centro. Es recomendable hacer este ejercicio desde el inicio porque permite a la Dirección partir de una base concreta para planificar y actuar en el centro y así después evaluar y corregir.

### **Documentar y comunicar a todas las personas del centro, lo que esperan de ellas las partes interesadas**

Las necesidades y expectativas de los clientes del centro tienen que quedar recogidas en documentos que sean conocidos por todos los empleados.

Por lo que afecta a los requisitos legales, se deberán tener claros y documentados para introducirlos como una necesidad a cumplir obligatoriamente.

## **Evaluación y mejora continua**

---

A lo largo del año, se valorarán las principales necesidades y expectativas recogidas al comienzo del proceso, que facilitarán el incluir medidas correctoras, siempre que se crea conveniente.

Es una buena práctica analizar anualmente y con detenimiento, a través del cuestionario de satisfacción, las expectativas más significativas que se recogen en el mapa mencionado anteriormente y analizar si son nuevas necesidades o bien expectativas no cubiertas.

Basándose en este análisis se harán propuestas de mejora para el año siguiente, siempre teniendo en cuenta el enfoque al cliente.

## **Documentos de referencia**

---

Proceso 1.5. Necesidades usuarios. Doc. 1. Análisis de expectativas de los usuarios.

# 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

## 1.5. Proceso del conocimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
<b>Misión y objetivos</b>			<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Conocer y definir cuáles son las necesidades y expectativas básicas de los clientes internos y externos para lograr una mayor satisfacción de los mismos.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que todas los clientes de la organización tengan las necesidades y expectativas satisfechas. Que todos los miembros de la organización conozcan lo que se espera y necesita de ellos.</p>			<p><b>Clientes internos:</b> que sus expectativas y necesidades hacia el centro sean cubiertas.</p> <p><b>Clientes externos:</b> que sus expectativas y necesidades (legales u otras), hacia el centro sean cubiertas.</p>			
<b>Indicadores</b>			<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<p>1. Grado de cumplimiento de las expectativas de usuarios y familiares.</p> <p>2. % de miembros de la organización que conocen lo que se espera y necesita de ellos.</p>			<p>1. 90%</p> <p>2. 90%</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<p>1. Diseñar y poner en marcha canales o vías para captar esas necesidades y expectativas (entrevistas, encuestas).</p> <p>2. Recopilar la información de las fuentes puestas en marcha.</p> <p>3. Identificación y puesta en escrito de las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos, teniendo en cuenta aspectos tanto objetivos como subjetivos (trato).</p> <p>4. Comunicar a todas las personas del centro lo que esperan de ellas las partes interesadas.</p> <p>5. Anualmente analizar si se repiten dichas necesidades y expectativas y actuar para darles solución.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> que en la recogida de información se tengan en cuenta tanto aspectos objetivos como el tipo de servicio prestado así como también aspectos subjetivos como el trato recibido en el servicio. Es fundamental comunicar las expectativas y necesidades a todos los miembros de la organización.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Director del centro.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director de calidad.</p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> teléfono, encuestas, documentos...</p> <p><b>Instrumentos:</b> entrevistas individuales, grupo enfocado, reuniones, charlas informativas.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>			<p>Director del centro.</p> <p>Director de calidad.</p> <p>Otro personal del centro.</p>		
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>		
Proceso 1.5. Documento 1 Análisis de expectativas de los usuarios			<p>Registro de encuestas</p> <p>Registro de quejas</p>			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso						
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias	
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo						
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión		
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo						
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos		

# GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

## 1.6. Selección e incorporación de empleados

Es necesario contar con un buen método para seleccionar a las personas que forman parte del centro, así como con un sistema para integrarlas adecuadamente en su puesto de trabajo.

### Objeto

El proceso de selección e incorporación tiene como objetivo garantizar la adecuación del perfil profesional y las capacidades personales necesarias para el puesto de trabajo, y facilitar al máximo la incorporación del nuevo trabajador al mismo y a su entorno.

### Desarrollo

El responsable de recursos humanos del centro o, en su caso, la Dirección, debe de contar con una ficha de descripción de los diferentes puestos de trabajo del centro, que previamente le habrán remitido los responsables de cada área o servicio del mismo, así como un archivo de curriculums que periódicamente irá renovando.

Cada vez que se presenta la petición de una nueva incorporación, se comprobará a través de los curriculums archivados y el perfil solicitado, si cuenta con algún candidato. Si no se encuentra la persona idónea, se presentará una oferta de trabajo en los medios pertinentes según la legislación vigente en la Comunidad.

El responsable de recursos humanos, conjuntamente con el responsable del servicio que necesita al empleado, estudiarán y comprobarán meticulosamente los curriculums recibidos y decidirán qué candidatos tienen que entrevistar.

**Es una buena práctica que las entrevistas de selección se hagan entre dos personas que conozcan bien el proyecto del centro, la misión y objetivos del mismo.**

Es importante que tengan una descripción clara del puesto de trabajo a ocupar, el perfil profesional necesario y las capacidades personales para el desarrollo del mismo.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

Durante las entrevistas de selección es aconsejable diferenciar entre los entrevistadores dos roles básicos: el que dirige la entrevista y el observador de la misma. Se garantiza así una complementariedad que suma resultados positivos a la hora de seleccionar personal.

Cuando ya se ha encontrado el candidato óptimo para el puesto, se concreta día y hora de la incorporación del nuevo trabajador y el profesional responsable de su acogida en el centro.

Es bueno que el centro cuente con un *Plan de Acogida* para todo el personal que se incorpore. De la misma forma, debe existir un procedimiento detallado del mismo que facilite la información necesaria y la ayuda técnica que se precise durante el periodo de adaptación al puesto, para que la nueva persona se adapte lo antes posible.

Es aconsejable también, que el profesional responsable de la acogida del nuevo empleado cuente con el tiempo suficiente, que le permita al nuevo trabajador consultar aquellas dudas que puedan surgir en el desarrollo de su tarea.

Al cabo de tres meses de la nueva incorporación, el responsable de la acogida del nuevo candidato elaborará un *Informe de Valoración*, en el que se haga constar la evolución que ha tenido la persona durante el periodo de prueba. Junto con el responsable del servicio se decidirá la incorporación definitiva o la baja del empleado.

Si la valoración es positiva, se incluirá una propuesta de mejora a desarrollar durante el primer año, que contemple una formación continuada y un desarrollo en las capacidades que están estrechamente ligadas a la tarea.

### Evaluación y mejora continua

---

Una vez realizadas las diez primeras incorporaciones con un proceso controlado, se revisará todo el procedimiento y se tomarán las medidas pertinentes, introduciendo los cambios necesarios en el desarrollo del proceso. También es importante conocer el grado de satisfacción que tienen los nuevos empleados respecto al proceso de selección e incorporación que han tenido que pasar para adaptarse al centro.

### Documentos de referencia

---

Proceso 1.6. Selección Recursos Humanos. Documento 1. Registro de descripción del puesto de trabajo.



1.6. Proceso de selección e incorporación de los RRHH. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p><b>Misión:</b> Incorporar al centro a los profesionales que más se adapten al perfil buscado por el centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Seleccionar a los candidatos más adecuados para el perfil buscado. Que el proceso respete los derechos y la dignidad de los candidatos.</p>		<p><b>Cientes internos:</b> disponer de un proceso que facilite la incorporación de los mejores candidatos al centro.</p> <p><b>Candidatos:</b> que el proceso sea claro, transparente y justo.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. % de candidatos seleccionados que cumplan el perfil buscado.</p> <p>2. Grado de satisfacción del seleccionado con respecto al proceso de selección.</p>		<p>1. 80%</p> <p>2. 90%</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>1. Redacción por parte de los responsables de cada área de los diferentes puestos de trabajo. Hasta que todos los puestos de trabajo del centro estén explicitados y documentados.</p> <p>2. Cuando se precise una nueva incorporación se consultará en el archivo de curriculums según el perfil y puesto de trabajo solicitado. Si no se encuentra el perfil en el archivo de curriculums se publicará un anuncio con ese fin.</p> <p>3. El responsable de RRHH junto con el responsable del área analizarán los curriculums recibidos en la etapa anterior y seleccionarán los convenientes para realizar una entrevista.</p> <p>4. Realización de la entrevista, la cual contará con dos roles: la persona realizadora de la entrevista y la observadora de la misma.</p> <p>5. Selección del candidato óptimo, y asignación de un profesional responsable de su acogida.</p> <p>6. Contacto con el candidato seleccionado y concertación de día de incorporación al Centro.</p> <p>7. El día de la incorporación se pondrá en marcha el Plan de Acogida para el personal recién incorporado.</p> <p>8. El responsable de la acogida realizará al cabo de tres meses un Informe Valorativo.</p> <p>9. El responsable de la acogida, junto con el responsable del área, sobre la base del Informe Valorativo consideraran la definitiva incorporación o no del empleado.</p> <p>10. En caso de que se decida la incorporación se desarrollará una propuesta de mejora, que contemple una formación continuada y un desarrollo de las capacidades de la persona.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> Es una buena práctica que las entrevistas de selección se hagan entre dos personas que conozcan bien el proyecto del centro, la misión y objetivos del mismo, así como tengan una descripción clara del puesto de trabajo a ocupar, el perfil profesional necesario y las capacidades personales para el desarrollo del mismo. El proceso debe en todo momento velar por la dignidad y el respeto hacia los candidatos. El proceso de selección debe ser claro y transparente con los candidatos. La información proporcionada por los candidatos para el proceso de selección será estrictamente confidencial quedando sujeta a la LOPD.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Responsable de RRHH.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Responsable de cada área. Responsable de acogida.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p><b>Recursos materiales:</b> archivo con fichas, teléfono, ordenador, internet, anuncios, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> entrevistas, reuniones, anuncios, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>		<p>Responsable de RRHH.</p> <p>Responsable de cada área.</p> <p>Responsable de acogida.</p>		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
<p>Documento guía para la realización del Informe Valorativo.</p> <p>Documento donde están recogidos cada uno de los puestos de trabajo.</p>		<p>Proceso 1.6. Selección RRHH</p> <p>Doc. 1. Registro descripción puesto de trabajo.</p>			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	
				Recoger y atender quejas y sugerencias	
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 1.7. La participación de las personas del centro

---

Es requisito imprescindible contar con un sistema de participación que garantice la comunicación de todas las personas que están implicadas en el desarrollo de la misión del centro. Por tanto, es necesario definir todos los órganos de reunión y programación, desde los superiores, hasta los que hagan referencia al servicio.

### Objeto

---

El objetivo de este proceso es gestionar diferentes fórmulas de participación de las personas del centro: en qué nivel, en qué aspectos, de qué forma, etc., que garanticen la comunicación en todos los sentidos y en consecuencia, aseguren el cumplimiento de la misión del centro.

### Desarrollo

---

Es una buena práctica establecer en el centro espacios de participación que faciliten la comunicación y coordinación entre los profesionales del mismo.

Para favorecer este proceso de participación, se recomienda tener en cuenta las siguientes formas de participación, por orden de importancia, y las funciones de cada una de ellas:

#### Reuniones de la Junta y/o dirección del centro

Es aconsejable que en los órganos ejecutivos del centro tengan una representación los diferentes colectivos del mismo. Participar en la toma de decisiones hace que las personas sientan la organización como suya.

#### Reuniones del Equipo Interdisciplinar

Son reuniones que sirven para crear cohesión de equipo, crean y revisan el modelo de intervención de forma continua. Son todas aquellas reuniones en las que participan profesionales con responsabilidades comunes y de acción directa con los usuarios. En general son reuniones en donde se decide y evalúa el programa de atención del usuario.

#### Reuniones de los diferentes comités del centro

como por ejemplo, el comité de calidad, comité de empresa, comité de riesgos laborales. Siempre que se pueda, se integran estas funciones en un solo equipo de personas.

- > El comité de empresa: asume la responsabilidad de defender los derechos laborales de los trabajadores.
- > El comité de riesgos laborales: asume el compromiso de conocer a fondo los riesgos laborales y su prevención.
- > El comité de calidad: eleva el grado de sensibilidad respecto a la necesidad de hacer las cosas bien y la gestión de las dificultades para conseguirlo.

### Espacios de formación, charlas y conferencias

Sirven para ver con ópticas distintas el trabajo habitual y poder desarrollar nuevas habilidades en el seno de la misma organización.

### Participación en encuestas de satisfacción laboral

Es una forma de expresión periódica de la percepción acerca de la calidad laboral que los empleados tienen en el centro.

Para rentabilizar al máximo todos estos espacios de participación del centro es una buena práctica fijar una metodología e institucionalizar las reuniones, es decir, consensuar días y horarios mensuales, hacer un orden del día de la reunión, ajustarse al horario previsto, realizar un acta de la reunión en donde consten los temas tratados, los acuerdos tomados y la propuesta de trabajo para la siguiente reunión y establecer sistemas de evaluación de las reuniones.

## Evaluación y mejora continua

Tal como se ha apuntado en el desarrollo del proceso, es conveniente, para optimizar todos los espacios de participación del centro, establecer un sistema de evaluaciones periódicas, que recoja resultados, los analice y evalúe y, sobre la base de ellos, haga propuestas de mejora. También es importante conocer la opinión de las personas acerca del grado de satisfacción que tienen de sus posibilidades de participación.

## Documentos de referencia

Proceso 1.7. Participación de las personas. Doc. 1. Registro de encuesta a los empleados.

# 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

## 1.7. Proceso de la participación de las personas. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Gestionar la participación de las personas en el centro, de forma que se garantice la comunicación en el centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que se realicen las reuniones pertinentes en la forma adecuada. Que las reuniones o vías de comunicación sean efectivas y permitan la libre comunicación.</p>		<p><b>Cientes internos:</b> disponer de mecanismos eficaces para la comunicación dentro de la organización.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<p>1. % de reuniones con participación empleados pactadas y finalmente realizadas.</p> <p>2. Grado de satisfacción con respecto a las vías de participación internas.</p> <p>3. Funcionamiento del equipo interdisciplinario.</p>		<p>1. 90%</p> <p>2. 90%</p> <p>3. 70%</p>	<p>Anual.</p>		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>Las fórmulas de participación son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones de la Junta y Dirección del Centro.</li> <li>2. Reuniones del equipo interdisciplinario.</li> <li>3. Reuniones de organización del trabajo y funcionamiento global del centro.</li> <li>4. Reunión de los diferentes Comités del Centro.</li> <li>5. Espacios de formación, charlas y conferencias.</li> </ol> <p>El procedimiento para dichas fórmulas de participación es el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institucionalización de las reuniones, es decir notificar el día, la hora, los asistentes, los temas a tratar, etc.</li> <li>2. Realización de un orden del día de la reunión.</li> <li>3. Desarrollo de la reunión.</li> <li>4. Realización de un acta de la reunión: temas tratados, acuerdos tomados y propuestas a trabajar.</li> <li>5. Evaluación del resultado de la reunión con un sistema de evaluación.</li> </ol> <p><b>Puntos críticos:</b> que la institucionalización de las reuniones sea efectiva, que las reuniones se ajusten al horario previsto, que las reuniones garanticen la participación de todos, salvaguardando el derecho de libertad de expresión.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Director del centro.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Responsables de cada área.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> tablón de anuncios, calendarios, salas de reuniones. Intranet. <b>Instrumentos:</b> reuniones, comunicados, anuncios, método de evaluación de reuniones. <b>Proveedores clave:</b> informática.</p>			<p>Director del centro. Responsables de cada área.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>	
Documento para la valoración de las reuniones.			Proceso 1.7. Participación de las personas. Doc. 1 Registro de encuesta.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 1.8. El Plan de formación continua

Impulsar y realizar la capacitación y formación de los profesionales es uno de los objetivos básicos del centro que permite ofrecer a los residentes ser atendidos por un personal competente, amable y capacitado para desarrollar su tarea.

### Objeto

El objetivo de este proceso es definir el Plan de capacitación y formación de los profesionales que van a formar parte o ya lo son, del centro.

El proceso de capacitación y formación continua es uno de los objetivos básicos del sistema de gestión de calidad y está considerado un proceso estratégico. Como tal, debe estar en línea con la misión y objetivos del centro.

### Desarrollo

La formación se puede dividir en dos partes: la formación previa a la adaptación al puesto de trabajo y la formación continua.

Por tanto, se recomienda que exista un responsable de formación interna en el centro que sea el encargado de diseñar un Programa de Orientación y Formación básica inicial y un Plan de Formación Anual.

#### Formación previa

La formación previa debe estar vinculada al futuro trabajo profesional y ampliar las competencias básicas que se le van a requerir al nuevo trabajador.

Se deben definir los contenidos generales que podría tener este programa, que se recomiendan para todo el personal, y se aconseja ajustarlos en función de los nuevos profesionales de que se trate y de las nuevas tareas que se van a desarrollar.

#### Formación continua

Es aconsejable que el centro cuente con un Plan de formación anual del personal que asegure:

- > La formación continua y el reciclaje de los profesionales.
- > La aplicación de nuevos conocimientos al puesto de trabajo y,
- > El desarrollo de la carrera profesional de los profesionales del centro.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

El responsable de formación, para llevar a cabo este Plan anual, debe detectar las necesidades formativas de los diferentes profesionales del centro. Para llevar a cabo esta actividad se sugieren varios caminos:

- > Crear una Comisión, coordinada por el responsable de formación del centro, en la que estuvieran representados los diferentes estamentos del mismo y que tuviera como objetivo recoger necesidades formativas y hacer propuestas anuales concretas en función del presupuesto asignado.
- > O bien, utilizar para esta acción un *cuestionario básico de detección de necesidades formativas*, que se pasaría anualmente a todo el personal, y que serviría para confeccionar el Plan de Formación.

Con los resultados de las necesidades formativas, se confecciona el Plan de formación anual. Como criterio general de "buena práctica", el centro residencial debe asegurar que los trabajadores reciban la formación que necesiten. Se trata de organizar las actividades formativas consensuando al máximo los horarios con las partes interesadas, programándolas con tiempo suficiente y proporcionando al personal las facilidades necesarias para realizar la formación continua.

Es aconsejable que el Plan de Formación del centro incluya no sólo actividades formativas organizadas desde el centro, sino también otras medidas formativas como podrían ser: asistencia a cursos, conferencias, jornadas, posibles reconocimientos, etc. Todas las acciones formativas que contemple el Plan deberían evaluarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- > La capacidad de aprendizaje de los alumnos. Sería recomendable, después de cada actividad formativa, efectuar un ejercicio de aprovechamiento, para evaluar cómo los alumnos han integrado los contenidos que se han desarrollado en el curso.
- > La satisfacción de los alumnos con respecto a la actividad formativa, valorando aspectos como: materiales utilizados, metodología empleada, contenidos, capacidad del docente y actitud hacia los alumnos.
- > El grado de aplicación de los conceptos desarrollados en el curso. Se recomienda pasar al cabo de tres meses de realizada la actividad formativa un pequeño cuestionario para evaluar el valor de uso de la formación al puesto de trabajo.

El responsable de formación interna, con el resultado de todas estas evaluaciones, realizará anualmente un informe de evaluación que incluya propuestas de mejora de la formación para el año próximo.

### Evaluación y mejora continua

---

Para mejorar el proceso de planificar, realizar y evaluar el Plan de formación continua de un centro, es importante tener los datos de todas las quejas y sugerencias que se han hecho en las acciones formativas, para ver cuáles de ellas son imputables al diseño y organización del Plan y, a partir de ellas, hacer los cambios necesarios.

### Documentos de Referencia

---

Proceso 1.8. Formación continua. Doc. 1. Ejemplo de acción formativa.

Proceso 1.8. Formación continua. Doc. 2. Registro de evaluación de la actividad formativa realizada.

1.8. Proceso del plan de formación continua. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Mejorar constantemente la capacitación de los profesionales del centro para desarrollar su tarea, mejorando así la calidad del servicio ofrecido en el Centro.  <b>Objetivos:</b> Ofrecer un tipo de formación adecuada a las necesidades de los profesionales.                      Conseguir el desarrollo formativo de la mayor parte de profesionales del centro.</p>		<p><b>Cientes internos:</b> disponer de una formación continua que permita desarrollar el trabajo con unos conocimientos excelentes.  <b>Centro:</b> disponer de un personal plenamente formado y capacitado para el desarrollo de sus tareas.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. Formación sobre la preservación de la intimidad del residente.                      2. Grado de satisfacción de los profesionales con respecto a la actividad formativa.                      3. % de profesionales del centro que han recibido formación                      4. Formación continuada</p>		<p>1. 80%                      2. Muy alta                      3. 80%                      4. 90%</p>	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. Formación previa a los trabajadores de nueva incorporación al centro, basada en ampliar las competencias que va a requerir en su trabajo.                      2. Formación continuada que asegure: (1) La formación continua y el reciclaje (2) La aplicación de nuevos conocimientos al puesto de trabajo (3) El desarrollo de la carrera profesional del trabajador. Los pasos son:                      2.1. Detectar las necesidades formativas de los diferentes profesionales del centro.                      2.2. Crear una Comisión encargada de recoger necesidades formativas y hacer propuestas anuales                      2.3. Elaboración del Plan de Formación Anual.                      2.4. Evaluación de las actividades formativas siguiendo los siguientes criterios:                      &gt; Capacidad de asimilar los conocimientos de la sesión formativa.                      &gt; Satisfacción de los alumnos con respecto a la actividad formativa.                      &gt; Grado de aplicación de los conocimientos desarrollados en el curso.                      2.5. Elaboración de las propuestas de mejora para el próximo año.  <b>Puntos críticos:</b> Realizar las sesiones formativas consensuando al máximo el horario de las mismas y programarlas y anunciarlas con la antelación necesaria.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b>                      Director de formación.</p> <p><b>Otros responsables:</b>                      Responsables de cada área.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> tablón de anuncios, papeles, ordenador, salas de reuniones.  <b>Instrumentos:</b> cursos, conferencias, jornadas, grupos de trabajo, etc.  <b>Proveedores clave:</b> Profesionales formativos.</p>		Todo el centro.	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
Plan Anual de Formación Continua.		Proceso 1.8. Formación continua. Doc. 1. Ejemplo de acción formativa y Doc. 2. Registro de evaluación de cursos formativos.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA

### 1.9. Reuniones para la evaluación y mejora

---

El centro debe contar con un sistema de mejora continua que evalúe sus funciones y prácticas sobre la base de estándares de calidad previamente establecidos. Es necesario que coincidan con las expuestas en el apartado 1.7. Participación de las personas.

#### Objeto

---

El objetivo de este proceso es definir la sistemática a seguir en el centro, de forma que garantice la evaluación y mejora continua de las distintas actividades que se están llevando a cabo en los departamentos o servicios. Así, aseguramos que el centro se ajuste, permanentemente, a las necesidades de la persona y a las demandas del entorno.

#### Desarrollo

---

Es recomendable que la Dirección del centro cree las condiciones necesarias que favorezcan la evaluación continuada y sistemática de las distintas actividades que se desarrollan en los servicios o departamentos.

Se proponen los siguientes espacios de reuniones (es importante institucionalizar el espacio de estas reuniones), que partirán de un objetivo común y con una misión concreta por parte de cada uno de los miembros:

#### **Reuniones trimestrales de responsables de procesos**

Estas reuniones las convocará y coordinará el responsable de calidad del centro.

Todos los responsables de procesos de la organización mantendrán reuniones periódicas en las que se analizará el seguimiento de los procesos, su evaluación y sus posibles propuestas de mejora.



La operativa de estas reuniones se decidirá conjuntamente entre los distintos departamentos. Es importante que estas reuniones tengan un carácter transversal, al igual que los procesos. Es un espacio interdepartamental o de servicios.

Es muy aconsejable hacer actas de las reuniones en las que se recoja el orden de día, los temas tratados y los acuerdos tomados, así como las personas que han asistido a la misma.

### **Reuniones mensuales de los servicios o departamentos**

Estas reuniones serán convocadas por el responsable de área o departamento.

Asistirán todos los miembros del equipo, pueden ser parte del orden del día de una reunión institucionalizada para despachar temas comunes. Es importante registrar estos espacios de comunicación interna del departamento o servicio.

El objetivo de estas reuniones será fomentar la participación activa de todos los miembros del equipo para evaluar las diferentes actividades que se están llevando a cabo, valorar la buena marcha de los estándares propuestos y sugerir propuestas de mejora.

De estos dos espacios pueden surgir grupos de mejora consistentes en que un grupo de personas del centro, una vez se ha seleccionado un problema concreto, según un plan establecido y utilizando el método del PAEM y alguna técnica de gestión de calidad, analizan un problema con el objetivo de mejorarlo o solucionarlo.

## **🔍 Evaluación y mejora continua**

---

Es oportuno evaluar periódicamente el espacio de cada una de las reuniones propuestas para la valoración de las actividades del centro, ver si han sido lo suficientemente operativas tal como están organizadas, los logros obtenidos, las dificultades encontradas y las posibles propuestas de mejora.

A partir del análisis de estas reuniones y de los resultados obtenidos, se elaboran los planes generales y los específicos del centro en materia de gestión de calidad.

1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

1.9. Proceso de reuniones para la evaluación y mejora. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p><b>Misión:</b> Coordinar a los diferentes responsables para integrar la gestión de calidad del centro y la mejora continua.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que los diferentes responsables de los servicios y los procesos conozcan los resultados de las evaluaciones periódicas y puedan introducir mejoras en el Plan de Calidad del centro.</p>		<p><b>Centro:</b> implicar a todos los responsables de proceso y servicio en los planes de calidad y en su revisión.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. % de miembros de la dirección participen en las reuniones periódicas.</p> <p>2. Grado de cumplimiento del calendario anual de reuniones.</p>		<p>1. 90%</p> <p>2. 90%</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>1. Existirá una planificación anual de reuniones, especificando quién tiene que acudir y el motivo de cada una.</p> <p>2. Cada reunión tendrá una convocatoria específica, en la que constará el día, lugar, la hora, los participantes y un orden del día.</p> <p>3. Cada reunión tendrá un coordinador y un secretario que tomará nota de los puntos tratados y de los acuerdos tomados.</p> <p>4. En todas las reuniones se tratarán, al menos en un punto, las incidencias en el Plan de Calidad.</p> <p>5. Una vez realizada el acta se pasará a firma de todos los asistentes.</p> <p>6. Los participantes que no puedan acudir tendrán que notificarlo con la máxima antelación posible.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> que no haya quórum suficiente entre los asistentes. Que no haya actas o que no estén aprobadas.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director del centro. Responsable de cada área.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p><b>Recursos materiales:</b> despachos, sala de reuniones, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> proyector, pizarra, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> no hay.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Director del centro.</p> <p>Responsable de cada área y o proceso.</p>		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
Plan anual del centro. Informes de Auditorías. Quejas. Encuestas, etc.					
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 1.10. Realización de acciones de mejora

---

El centro debe crear un sistema de mejora continua que integre de manera coherente tres tipos de actividades de mejora diferentes y complementarias: las actividades preventivas, la reorganización de procesos y las acciones innovadoras.

### Objeto

---

El presente proceso tiene como objeto la realización de acciones preventivas y acciones innovadoras para introducir cambios que mejoren sustancialmente la organización y los servicios del centro.

### Desarrollo

---

#### Acciones preventivas

Las acciones preventivas son las que se introducen con anterioridad a que se haya producido un problema. En el ámbito de los riesgos laborales es fácil observarlo. Por ejemplo, en la cocina se corta carne con una máquina. En esta operación, que se hace varias veces al día, hay un riesgo potencial de cortarse un dedo. Pues en este punto hay que hacer acciones preventivas para que no ocurra este accidente.

Las acciones preventivas se pueden tomar en diversos ámbitos de los servicios realizados, el laboral, ya citado, el de la salud, el de la protección del medio ambiente, el de la gestión de las personas, etc. Para ello es bueno conocer todos los puntos críticos de los procesos y ver qué acciones preventivas vamos introduciendo.

#### Reorganización de procesos

A veces las acciones preventivas no son suficientes para alcanzar los resultados esperados de un proceso y, por tanto, se debe pensar en alternativas más profundas. Se puede dar el caso de que las causas de un problema no se eliminen haciendo pequeñas modificaciones y sigan generando problemas que se repitan, con la consiguiente insatisfacción y posible enfado de las personas afectadas.

Llegados a este punto habrá que pensar en una reorganización global del proceso. Plantear otros procedimientos, con una reorganización de los roles de las personas, con una formación diferente, y a veces con una tecnología diferente.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

Estos procesos de reorganización suelen tener un alto coste, por lo que se hace necesario un análisis en detalle de todos problemas que tiene el proceso. Se plantean diseños alternativos, se escoge uno de ellos y se aplica experimentalmente en algunos casos o momentos. Si se observa que es una opción mejor y sostenible en el tiempo, se prepara la reorganización y se lleva a cabo.

Normalmente la reorganización de procesos se realiza con un equipo de mejora en el que participen consultores externos e internos.

### Innovación en los procesos

La innovación en los procesos puede ser un cambio pequeño pero que procura un gran resultado, sin provocar una reorganización del mismo. Es un cambio cualitativo de un concepto técnico, una técnica instrumental o una práctica localizada en algún punto crítico del proceso, que nos permite hacer un avance considerable en la satisfacción del cliente y de las personas implicadas en el proceso.

Por ejemplo, la introducción de un nuevo software para la gestión de los expedientes de los usuarios puede ser una de las innovaciones que mejoren el proceso de recogida de datos y almacenamiento de la información de los usuarios, y, por tanto, proporcione una mejor atención hacia ellos.

### Evaluación y mejora continua

---

Al cabo de un tiempo conveniente, un año por ejemplo, se deben analizar todas las acciones de mejora que se han introducido y ver el impacto que han tenido y el coste que han supuesto para el centro. Se debe valorar si el sistema de acciones de mejora funciona adecuadamente o no. Si no funciona hay que introducir los cambios pertinentes.

### Documentos de referencia

---

Para registrar las acciones de mejora, utilizar el Plan de gestión de cada proceso en el apartado de "Mejora".

## 1.10. Proceso de las acciones de mejora. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<b>Misión:</b> Dar soluciones nuevas a problemas viejos y evitar nuevos problemas previsibles. <b>Objetivos:</b> Minimizar el número de incidencias repetitivas. Eliminar causas de problemas previsibles. Encontrar nuevas oportunidades de mejora.		<b>Cientes internos:</b> que haya un sistema para mejorar los procesos ante problemas complejos. <b>Cientes externos:</b> que no haya incidencias repetitivas.			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
1. Nº de incidencias repetitivas registradas al año. 2. Nº de innovaciones registradas al año. 3. Nº de problemas evitados gracias a acciones preventivas.		1. Menos de 5 2. Más de 20 3. Más de 10	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	1. Establecer claramente cuáles son los puntos críticos del centro donde puede haber problemas o incidencias. 2. Definir las acciones preventivas que se han de realizar. 3. Definir recursos y responsabilidades. 4. Observar su desarrollo y mejorarlo según se vea su eficacia. 5. Si el problema se manifiesta repetidamente, buscar soluciones innovadoras o de cambio de proceso. 6. Registrar el desarrollo de las innovaciones y si son positivas institucionalizar la solución. 7. Evaluar todo el proceso.		<b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.		
	<b>Puntos críticos:</b> actuación rápida en la solución de problemas y la propuesta de vías de prevención. Cuidar el buen trato en el caso en que haya un foco de errores que afecte al cliente intentando siempre minimizar las molestias repetitivas y buscar un cambio rápido.		<b>Otros responsables:</b> Responsables de las áreas.		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
<b>Recursos materiales:</b> papeles, ordenadores, etc. <b>Instrumentos:</b> grupos autoenfocados, de mejora, reuniones, etc. <b>Proveedores clave:</b> ninguno.		Todo el personal del centro. Director de calidad. Responsables de las áreas.			
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
Plan Anual de Formación Continua.		Este mismo, en apartado de mejora.			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## GESTIÓN DE LOS PROCESOS DEL CENTRO

### 1.11. El Mapa de Procesos

---

La definición y gestión de los procesos clave de la organización es una tarea imprescindible a realizar en el centro. Debe desarrollarse a lo largo de la implantación del sistema de gestión de calidad y seguirla en un futuro. Es importante la definición de los procesos clave y su representación gráfica mediante el Mapa de Procesos.

#### Objeto

---

El objetivo general de este proceso estriba en definir y consensuar en el ámbito del conjunto de la organización todos los procesos clave que aportan valor al centro y sobre todo al usuario, así como hacerlos coherentes con la definición de misión, valores y objetivos del mismo.

#### Desarrollo

---

Como se ha explicado, para identificar los procesos clave del centro y las actividades que se realizan en cada uno de ellos, se recomienda agruparlos en tres tipos, según la terminología comúnmente utilizada en el mundo de la gestión de la calidad:

**Estratégicos:** orientan la acción de toda la organización. Los de responsabilidad de la Dirección (definición de políticas, elaboración y revisión de misión y visión de la organización), organización y desarrollo de recursos humanos, acciones de medición y mejora (acciones correctoras y preventivas, auditorías internas), etc.

**Esenciales:** son aquellos que tienen que ver con una acción directa sobre los usuarios, en desarrollo de servicios como admisión, diagnóstico, intervención, seguimiento, derivación, intervención grupal, intervención comunitaria, etc.

**De apoyo:** sirven para alimentar con medios y recursos de todo tipo los otros procesos: organización de los recursos e instalaciones, compras, mantenimiento del centro, documentación, administración y economía, etc.

Para llevar a cabo esta actividad es conveniente crear equipos de trabajo mixtos, formados por personal del centro experto en cada uno de los tipos de procesos que se tienen que identificar, coordinados en cualquier caso por el responsable de calidad del centro.

Estos equipos deben generar un debate abierto que permita establecer prioridades y diferenciar un conjunto de actividades afines que persigan un objetivo común, que se desarrollen de una manera secuencial, normalmente siguiendo un procedimiento que se repite siempre.

Para facilitar esta tarea, es conveniente que el responsable de calidad prepare una ficha que recoja las actividades de cada uno de los procesos y las personas responsables de los mismos. El responsable de calidad será el encargado, una vez ordenados todos los procesos según la clasificación anteriormente descrita, de confeccionar el Mapa de Procesos.

El Mapa de Procesos impulsa a la organización a poseer una visión más allá de sus límites geográficos y funcionales, mostrando cómo sus actividades están relacionadas con los clientes externos, proveedores y grupos de interés.

Es recomendable que el Mapa de Procesos se presente a toda la organización, ya que será la guía básica para el desarrollo de los servicios para su control de calidad y para su documentación.

## Evaluación y mejora continua

Una vez definido, consensado y comunicado el Mapa de Procesos del centro, es recomendable durante el primer año de puesta en marcha, evaluar al cabo de los primeros seis meses el impacto y la eficacia del mismo en la organización y en nuestro sistema de clientes. Esta oportunidad de mejora permite ajustar y realizar cambios que orienten a la mejora continua.

## Documentos de referencia

A continuación se incluye un ejemplo de Mapa de Procesos.

# 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

Mapa de procesos clave de un centro de personas mayores:





## 1.11. Proceso de definición de procesos clave y mapa de procesos. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes		
<p><b>Misión:</b> Consensuar y definir en la organización aquellos procesos clave (los que aportan mayor valor) de forma que estén vinculados con la misión, visión y valores del centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Conseguir una definición de procesos clave y mapa de procesos.</p> <p>Conseguir que todos los miembros de la organización conozcan los procesos clave y el mapa de procesos.</p>			<p><b>Cientes internos:</b> que la definición de los procesos se realice de la forma más ajustada posible a la realidad.</p>		
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida	
1. % de miembros de la organización que conocen los procesos clave y el mapa de procesos.			1. 90%	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p>1. Creación de equipos de trabajo mixtos compuestos por personas implicadas en los procesos clave.</p> <p>2. Discutir abiertamente, hasta diferenciar un conjunto de actividades afines que persigan un objetivo común y que se desarrollen de una manera secuencial.</p> <p>3. Elaboración de una ficha para cada uno de los procesos descritos.</p> <p>4. Con los procesos descritos, éstos se ordenarán en un mapa de procesos. Éste se dividirá en:</p> <p style="padding-left: 20px;">&gt; Procesos estratégicos, Procesos esenciales, y Procesos de apoyo.</p> <p>5. Comunicación del mapa de procesos a toda la organización, pues éste servirá de base para el desarrollo de los servicios, para el control de calidad y su documentación.</p> <p>6. Evaluación del impacto y la eficacia del mapa de procesos (dentro de los 6 primeros meses en el caso de que sea la primera vez en que se lleva a cabo).</p> <p><b>Puntos críticos:</b> que la discusión para llegar al consenso sea fluida y que cuente con la opinión de todos, que se siga una metodología para el desarrollo de los grupos de discusión con el fin de conseguir unos resultados óptimos.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director de calidad. Director del centro. Profesionales de todas las áreas de la organización.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos	
	<p><b>Recursos materiales:</b> papeles, sala de reuniones, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> reuniones, comunicados, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>			<p>Director de calidad. Director del centro. Profesionales de todas las áreas de la organización.</p>	
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso	
Manual de Buenas Prácticas de Gestión.					
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 1.12. Gestión y control de los procesos clave del centro

---

Definir los procesos, normalizarlos, documentarlos, controlarlos, evaluarlos y mejorarlos es un principio de buena práctica de gestión por procesos, que el centro debe desarrollar como una estrategia fundamental de la organización.

### Objeto

---

El objetivo de este proceso es realizar las actividades básicas de gestión y control de sus procesos que permita al centro garantizar la mejora continua y una mayor satisfacción del usuario.

### Desarrollo

---

Una vez identificados todos los procesos clave del centro, es necesario **normalizarlos**. Esto quiere decir fijar unos criterios de cómo realizarlos, a fin de que en circunstancias normales se desarrollen siempre de la misma manera. Los criterios para normalizar los procesos, es decir, convertirlos en **procedimientos estables**, son:

- A)** Los referidos al desarrollo secuencial de las actividades: cómo se empieza la actividad, cómo se desarrolla y cómo se acaba.
- B)** Los que hacen referencia a los controles que deben hacerse en cada momento: si hay que abrir o no un expediente, si hay que comprobar o no tal documento, si se debe establecer un plazo determinado, etc.
- C)** Los que hacen referencia a atributos de calidad de trato con los usuarios.

Es una buena práctica **estandarizar las actividades**, para que así podamos ver dónde y cómo surgen los fallos y saber la importancia que tienen estos fallos en el resultado final.

Establecer un **Sistema de Control** de los procesos es una práctica necesaria que el responsable de calidad junto con los responsables de cada proceso debe definir. Las actividades rutinarias son las tareas concretas que se llevan a cabo a través de los diferentes procesos de la organización. Algunas de estas tareas tienen más importancia que otras, ya que significan puntos críticos de un proceso.

### Puntos en los que no puede haber fallos

Es necesario definir cuáles van a ser los puntos críticos de cada proceso. Es evidente que cuantos más puntos críticos definamos más trabajo llevará controlarlos.

Una vez definidos estos puntos críticos, es necesario asegurarse que se realizan unos **controles de calidad** para garantizar que el proceso se desarrolla con normalidad, y si no es el caso, actuar en consecuencia. Los controles que se realizan se registran en unos formularios hechos a medida para cada centro, aunque se pueden utilizar los de otros centros, siempre que se cuente con su autorización.

**Evaluar el desarrollo de los procesos** será la siguiente buena práctica de la gestión por procesos. Los diferentes registros que se realicen de los controles de los puntos críticos de los procesos nos proporcionan información de la frecuencia de los fallos y los aciertos. Esta frecuencia se puede observar en series estadísticas que nos servirán para poder hacer cambios en los procesos.

Con este tipo de registros se pueden agrupar las causas habituales e intervenir sobre ellas para hacer que disminuya el número de accidentes.

## Evaluación y mejora continua

Es necesario que los responsables de cada uno de los procesos de la organización se encarguen de la gestión y evaluación del mismo. Además, en función de los puntos críticos establecidos y de los indicadores y frecuencia de medida, deben evaluar periódicamente el desarrollo de los mismos y hacer propuestas de mejoras.

## Documentos de referencia

Proceso 1.12. Gestión procesos clave Doc. 1. Registro o ficha del Plan de Gestión de procesos. Guía para la Gestión de Procesos de Servicios Sociales, de próxima aparición en el web: [www.ongconcalidad.org](http://www.ongconcalidad.org)

1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

1.12. Proceso de gestión y control de los procesos clave del centro. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Normalizar eficientemente los procesos clave para que éstos puedan ser gestionados, controlados y modificados por la organización.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que todos los procesos estén convenientemente normalizados.</p> <p>Que la normalización refleje fielmente las buenas prácticas de actuación para ese proceso.</p> <p>Que todos los miembros de la organización sigan las pautas establecidas del proceso normalizado.</p>		<p><b>Clientes internos:</b> que la normalización de los procesos se realice de la forma más ajustada posible a las buenas prácticas.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
1. % de los procesos clave normalizados.		1. 90%	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<p>1. Una vez están definidos los procesos clave, se reunirán los miembros de la organización implicados en dichos procesos.</p> <p>2. Discusión sobre cómo deben llevarse a cabo dichos procesos clave en la organización.</p> <p>3. Normalización de los procesos, teniendo en cuenta tres aspectos principales a normalizar en cada proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; cómo se desarrollan los procesos secuenciales.</li> <li>&gt; cómo se llevan controles sobre los procesos.</li> <li>&gt; cómo se presentan los atributos de calidad o trato con los usuarios.</li> </ul> <p>4. Definir los puntos críticos de cada proceso.</p> <p>5. Definir un control de calidad sobre el proceso para garantizar que éste se desarrolla con normalidad.</p> <p>6. Valoración del desarrollo del proceso, y cambio del mismo si es conveniente.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> se deberán tener muy en cuenta aquellos puntos críticos dentro de los procesos pues ellos son fundamentales para el buen desarrollo final del proceso.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director del centro. Personal implicado en los procesos clave.</p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> papel, sala de reuniones, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> reuniones, entrevistas, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Director del centro.</p> <p>Personal implicado en los procesos clave.</p>		
<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>			
Manual de Buenas Prácticas de Gestión.		Proceso 1.12 Gestión procesos clave. Doc 1. Ficha de gestión del proceso.			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 1.13. Gestión de los indicadores clave del centro

Es una buena práctica que los indicadores clave del centro sean fáciles de controlar, faciliten la medición de los datos, permitan la comparación con centros similares e informen acerca del centro.

### Objeto

El objetivo de este proceso es seleccionar y definir los indicadores de los procesos clave del centro, así como establecer pautas para su gestión.

### Desarrollo

Los indicadores son instrumentos de medida de la actividad de la organización que normalmente expresan la relación entre un objetivo marcado (estándar) y el nivel al que se ha llegado. Los indicadores deben estar vinculados a los objetivos, y éstos a la misión y valores de la organización.

El responsable de Calidad, junto con los responsables de los diferentes servicios y áreas de gestión y procesos, deben definir los indicadores clave de cada uno de los procesos del centro. Es recomendable no establecer más de dos o tres indicadores por proceso, al menos al principio.

La selección de estos indicadores se basará en los criterios recomendados como de buena práctica: indicadores que faciliten información de la organización, que sean fáciles de controlar y por tanto, de efectuar su seguimiento a través de un registro fácil de manejar. Muchas veces un solo registro (ejemplo: encuesta) puede aportar información para varios indicadores.

Una vez definidos, el responsable de Calidad del centro debe garantizar y supervisar que se realicen unos formularios hechos a medida para cada uno de los indicadores clave que permitan su control y registro sistemático. Este registro debe estar configurado para que nos proporcione información acerca del indicador respecto al estándar previsto.

El seguimiento de cada indicador clave del centro indicará el momento de realizar la evaluación del mismo. Es el responsable de Calidad del centro el que lo evaluará, haciendo constar la fecha en que lo realiza, el análisis del mismo y los cambios que introduce.

Los indicadores agrupados y seleccionados estratégicamente conforman lo que se llama "Cuadro de Mando Integral" (CMI). El CMI debe proporcionar la información suficiente para planificar la gestión de calidad del centro. También debe servir para comparar la gestión con otras organizaciones similares que utilicen los mismos indicadores.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

### Evaluación y mejora continua

---

Una vez realizadas las mediciones de la actividad mediante el sistema de indicadores, después de uno o dos años de controlar la calidad de nuestra gestión, debe evaluarse la fiabilidad de los mismos, su utilidad y su grado de dificultad para ser gestionados.

Del análisis obtenido se tendrá información que facilitará adoptar medidas, corrigiendo, suprimiendo o añadiendo otros indicadores, hasta lograr un sistema de indicadores altamente eficaz.

### Documentos de referencia

---

- > En el anexo 2 de este Manual y en todos los planes de gestión se encontrarán indicadores útiles para medir la actividad. Cada centro debe escoger o crear los que mejor se adapten a sus necesidades.
- > En cada ficha del Plan de Gestión se resaltan en negrita los indicadores que formen parte del Plan de Mejora Asistencial (33 indicadores) en la fecha de redacción de estas líneas.
- > Puede utilizarse el apartado de "Evaluación" de la Ficha del Plan de Gestión del Proceso para registrar la evolución de los indicadores.

## 1.13. Proceso de los indicadores para las actividades del centro. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p><b>Misión:</b> Definir herramientas que nos permitan llevar un control sobre la buena marcha del centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Definir y seleccionar aquellos indicadores que permitan medir la consecución de los objetivos. Tomar medidas periódicas de los procesos clave del centro.</p>		<p><b>Cientes internos:</b> disponer de herramientas que permitan evaluar el rendimiento en la organización.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. % de procesos clave con implantación de indicadores.</p> <p>2. Satisfacción del Comité de Calidad con la información proporcionada.</p>		<p>1. 90%</p> <p>2. Muy Alta</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>1. Reunión del Director de Calidad con los responsables de las diferentes áreas para definir los indicadores de cada proceso.</p> <p>2. Validar si los indicadores propuestos cumplen los dos requisitos básicos: (1) proveen información sobre el proceso y (2) son fáciles de medir. En caso contrario buscar nuevos indicadores.</p> <p>3. Realización de los formularios o registros para registrar, medir y controlar dichos indicadores.</p> <p>4. Una vez se obtengan los resultados de la medición de dichos indicadores se evaluarán los resultados obtenidos y compararán (cuando se precise) con los de centros similares.</p> <p>5. Replanteamiento sobre la eficacia de dichos indicadores.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> en la definición de indicadores se cuidará de que éstos sean en número idóneo a las necesidades y posibilidades del centro; así se recomiendan un máximo de tres indicadores por proceso. Los indicadores siempre deberán ligarse a objetivos. Los indicadores deberán ser personalizados al centro y servir y adaptarse a él de la mejor manera.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Responsables de las diferentes áreas.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p><b>Recursos materiales:</b> papel, ordenador, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> reuniones, entrevistas, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> otros centros para poder comparar datos.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Responsables de las diferentes áreas.</p>		
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso		
Cuadro de Mando Integral de indicadores del centro.		Este mismo registro.			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

### 1.14. Las acciones reparadoras y correctoras

---

Todo Centro residencial debe crear un sistema de mejora continua que integre de manera coherente cuatro tipos de acciones diferentes: las acciones reparadoras, las acciones correctoras, las acciones preventivas y las acciones innovadoras.

Este proceso se centra en las dos primeras.

#### Objeto

---

El presente proceso tiene como objetivo la realización de acciones reparadoras y correctoras en el marco de la gestión por procesos.

#### Desarrollo

---

Las acciones reparadoras son aquellas pequeñas acciones que de una manera rápida y sencilla solucionan un fallo o una no conformidad que se origina debido a un accidente, fallo casual u otra anomalía poco habitual.

La reparación del daño debe hacerse con diligencia, eficacia y simpatía, y no debe darse por concluida hasta la plena satisfacción del usuario. Por ejemplo: la caída de una taza de té sobre el pantalón de un residente, un agujero en una sábana, una queja por esperar demasiado tiempo, etc.

Por otra parte, las acciones correctoras son las que se realizan con el objetivo de que determinados fallos repetitivos dejen de suceder. Para ello es aconsejable seguir los siguientes pasos:

Los responsables de los diferentes servicios y procesos son los encargados de detectar cuándo se produce una desviación en el procedimiento o en los resultados del mismo. Si existe un riesgo que pueda afectar de manera seria al usuario o a las personas, deberá parar el procedimiento.



Una vez descubierta la no conformidad, el responsable del proceso, junto a las personas de su equipo que crea conveniente, analizan la desviación y buscan sus causas. Si lo estiman oportuno, se suma al análisis el responsable de calidad del centro o la dirección.

Una vez que se cree haber encontrado la causa y haber explorado diferentes medios para desactivarla, se planifican y se realizan los cambios oportunos.

El responsable del servicio o proceso observa y registra los comportamientos del procedimiento modificado y sus resultados. Si observa que la desviación detectada ha desaparecido, implantará el cambio y lo comunicará a todas las personas afectadas. Cuando implique un cambio de procedimiento, se documentará adecuadamente. Si la desviación persiste, se repetirán los tres pasos anteriores.

## Evaluación y mejora continua

---

Al cabo de un tiempo conveniente, un año por ejemplo, se deben analizar todas las desviaciones que han sido detectadas y en las que se ha realizado una acción correctora. Se debe valorar si el sistema de acciones correctoras funciona adecuadamente o no. En caso negativo se introducirán los cambios pertinentes.

## Documentos de referencia

---

- > En todos los planes de gestión se encontrará el apartado destinado a registrar las acciones correctoras.
- > También puede servir el documento Proceso 2.9. Atención quejas y sugerencias. Doc. 1. Registro de Quejas.

**1** GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

1.14. Proceso de acciones reparadoras y correctoras. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Dar solución rápida a las incidencias que suceden en los procesos y evitar que se repitan.</p> <p><b>Objetivos:</b> Minimizar el número de incidencias. Eliminar el número de incidencias repetidas.</p>		<p><b>Cientes internos:</b> que haya un sistema para la corrección de incidencias.</p> <p><b>Cientes internos:</b> que no haya incidencias y si se producen sean rápidamente subsanadas y corregidas.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. Nº de incidencias bien registradas.</p> <p>2. Nº de soluciones efectivas a las incidencias registradas al año.</p>		<p>1. 90%</p> <p>2. 70%</p>	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. El procedimiento para cada una de las acciones es el siguiente:</p> <p>1. Acciones reparadoras</p> <p>1.1. Cuando se produzca actuar con diligencia, eficacia y simpatía.</p> <p>1.2. No cesar en la reparación del daño hasta la satisfacción efectiva del cliente.</p> <p>2. Acciones correctoras.</p> <p>2.1. Detección de desviación en el procedimiento o en el resultado.</p> <p>2.2. Si existe riesgo de afectar al usuario se detendrá el procedimiento.</p> <p>2.3. Detección de la no conformidad, análisis de la desviación y solución de sus causas.</p> <p>2.4. Planificación y análisis de los cambios oportunos.</p> <p>2.5. Análisis de los resultados de los cambios introducidos.</p> <p>2.6. Si son satisfactorios se implementa el cambio y se documenta el cambio de procedimiento.</p> <p>2.7. Si son negativos se repetirán los pasos anteriores.</p> <p>3. Valoración de si las acciones correctoras son eficaces y si el sistema de detección funciona eficazmente.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> actuación rápida en la solución de problemas y la propuesta de vías de mejora, cuidar el buen trato en el caso en que haya un foco de errores que afecte al cliente intentando siempre maximizar su satisfacción.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Responsables de las áreas. Todo el personal de centro.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> papeles, ordenadores, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> grupo autoenfocadas de mejora, reuniones, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>		<p>Todo el personal del centro. Director de calidad. Responsables de las áreas.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
		Registros de incidencias.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## 1.15. La auditoría interna

Una vez que el centro ha adaptado sus procesos y actuaciones al sistema de gestión de calidad y ha introducido un sistema de control de los procesos clave y un sistema de mejora continua, es necesario verificar de una manera objetiva el desarrollo del sistema introducido.

Este control debe hacerse con miembros cualificados del personal, que observen con imparcialidad si el sistema implantado cumple con los requisitos establecidos, satisface las políticas y objetivos de la organización y de los clientes, así como si funciona adecuadamente.

### Objeto

Llevar a cabo la auditoría interna del centro, que permita verificar con objetividad el desarrollo del sistema introducido.

### Desarrollo

Las condiciones necesarias para una buena práctica de auditoría interna son las siguientes:

- > Utilizar un método de muestreo, ya que resulta excesivamente complejo auditar todo el sistema de gestión de calidad. Por tanto, el auditor interno debe preparar la auditoría con detalle y método, siguiendo una planificación previamente establecida y acordada con el responsable de calidad.
- > El auditor interno no puede ser el responsable del servicio que se audita.
- > Las comprobaciones del auditor tienen que hacerse "in situ" y no sólo "sobre el papel".

El responsable de calidad, que puede ser también el director del centro, debe:

- > Establecer un sistema de auditorías internas que tenga unos objetivos definidos para mejorar la implantación del sistema de calidad.
- > Realizar la auditoría interna de varios procesos, productos o servicios antes de pasar a la auditoría externa.
- > Establecer un plan de auditoría interna que compruebe todos los procesos clave y su grado de realización.
- > Formar y cualificar a los auditores internos, tanto en técnicas como en actitudes y habilidades sociales para el desarrollo de la auditoría. Esta capacidad debería ser reconocida internamente de alguna manera.

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

- > Es aconsejable que las personas puedan hacer prácticas con algún auditor cualificado y que el primer plan de auditoría interna sea realizado en colaboración con alguna persona cualificada externamente que dirija las auditorías internas junto con las personas designadas por el responsable de calidad.
- > Elaborar un cuestionario de la auditoría interna del centro.

Habitualmente los pasos que se recomienda seguir de una auditoría interna son los siguientes:

- a) Reunión con la Dirección para acordar el programa que el auditor propone.
- b) Inicio de la auditoría sobre la documentación pertinente.
- c) Visita *in situ* de los espacios y actividades que se han de auditar, comprobando la relación y fidelidad entre lo que dicen los papeles y lo que se observa en la realidad.
- d) Comunicación en todo momento de las desviaciones que se observan.
- e) Informe del auditor sobre las desviaciones encontradas.
- f) Reunión final de la auditoría.

La auditoría acabará con un informe en que se especificarán las desviaciones que se han encontrado respecto al Sistema Básico de Calidad. Sobre estas desviaciones encontradas, es importante realizar un plan de acciones correctoras y se debería llevar a cabo antes de que la Dirección proceda a la revisión del sistema.

### Evaluación y mejora continua

---

La evaluación del sistema de auditoría interna se debe hacer con los datos relativos a la planificación, las quejas y sugerencias habidas y el resultado satisfactorio percibido por todos. Analizados estos datos se procederá a introducir los cambios necesarios.

### Documentos de referencia

---

Proceso 1.15. Gestión auditoría interna. Doc.1. Plan de gestión de auditorías internas.

## 1.15. Proceso de la auditoría interna. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p><b>Misión:</b> Llevar a cabo la auditoría interna del centro, que permita verificar con objetividad el grado de desarrollo del sistema introducido.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que las auditorías internas se realicen de una forma metodológica y conceptualmente correcta. Que las auditorías permitan la mejora efectiva del sistema.</p>		<p><b>Centro:</b> que haya algún tipo de mecanismo de control de todo el sistema de calidad.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. % de puntos del cuestionario de auditoría interna realmente auditados.</p> <p>2. % de desviaciones encontradas finalmente resueltas.</p>		<p>1. 90%</p> <p>2. 90%</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p><b>Procedimiento de la auditoría</b>            Reunión con la dirección para acordar el programa que el auditor propone.            Inicio de la auditoría sobre la documentación pertinente.            Visita in situ de los espacios y actividades que se han de auditar, comprobando la relación y fidelidad entre lo que dicen los papeles y lo que se observa en la realidad.            Comunicación en todo momento de las desviaciones que se observan.            Informe del auditor sobre las desviaciones encontradas.            Reunión final de la auditoría y Plan de acciones correctoras.            El Director de Calidad deberá: Establecer un sistema de auditoría interna con unos objetivos definidos. Realizar varias auditorías internas con todos los estándares de obligado cumplimiento antes de pasar una externa. Formar y cualificar a los auditores internos. Realizar prácticas de auditoría con algún auditor especializado y que el primer plan de auditorías internas sea realizado por un auditor externo, el cual dirigirá y preparará a los responsables de calidad en la forma de desarrollar el plan.            Puntos críticos: seguir el método del muestreo preparando exhaustivamente la auditoría con un método establecido previamente. El auditor no puede ser el responsable del área a auditar ni el responsable de calidad. La auditoría deberá hacerse "in situ" y no sobre el papel.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Responsable de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director del centro.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p><b>Recursos materiales:</b> papel, documentación, ordenadores, etc.  <b>Instrumentos:</b> entrevistas, reuniones, exploraciones a pie de campo, etc.  <b>Proveedores clave:</b> auditores de calidad.</p>		<p>Responsable de calidad. Director del centro.</p>		
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso		
	Proceso 1.15 Gestión auditoría interna. Doc. 1 Plan de Auditorías internas del centro.		Cuestionario de Auditoría. Informe de Auditoría.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 1.16. Revisión del sistema por la Dirección

---

La revisión del sistema de calidad se debe realizar una vez desarrollado el sistema. La Dirección del centro, director o equipo directivo, debe asegurarse de que se ha implantado correctamente y de que los resultados son satisfactorios. Deben realizarse los cambios oportunos allí donde se estime conveniente. El director del centro podría ser asimismo responsable de calidad.

### Objeto

---

El objetivo principal de este proceso es asegurar que la Dirección del centro, director o equipo directivo, conoce todos los resultados que están vinculados al Plan de Calidad, establece propuestas de mejora y hace conocer a todas las partes interesadas las conclusiones de su análisis y planes de mejora.

### Desarrollo

---

La revisión del Sistema de Calidad se inicia con la recogida de datos sobre:

#### **a) La auditoría interna**

En este apartado se describen las desviaciones que se han encontrado mediante las auditorías internas y las acciones correctoras que se han emprendido.

#### **b) Retroalimentación del cliente**

Consiste en la descripción de los rasgos sobresalientes de la globalidad de la información que proviene de los usuarios y demás clientes. Como por ejemplo, los resultados de las encuestas a usuarios, los resultados de las encuestas o entrevistas a los proveedores que se contratarán para los servicios y los resultados de quejas y sugerencias de clientes y de personas del centro.

#### **c) Resultados del desempeño de los procesos más importantes del centro**

De los procesos estratégicos, de los esenciales y de los de apoyo.

#### **d) Cambios que podrían afectar al sistema de calidad**

1. Cambios internos.
2. Cambios externos.

#### **e) Recomendaciones**

1. De la Dirección de calidad.
2. Del Comité de Calidad.

Realizado el análisis de los datos se obtienen unas conclusiones acerca de los puntos débiles y fuertes de nuestro sistema de calidad. Una vez planteados se proponen y consensuan acciones de mejora y se definen responsabilidades para llevarlas a cabo. A continuación se comunican los resultados de la revisión a todas las partes interesadas.

## Evaluación y mejora continua

---

La revisión del sistema debe estar bien planificada, con datos e informes fácilmente comprensibles. Hay que tener en cuenta que su objetivo es hacer una evaluación global del sistema de calidad. Por lo tanto debe observarse si la revisión se ha realizado correctamente, en tiempo y con una metodología ágil, si han participado todas las personas adecuadas y si las acciones de mejora han sido coherentes. Finalmente se evaluará si se ha comunicado bien a todas las partes implicadas la información de la revisión.

## Documentos de referencia

---

Proceso 1.16. Revisión sistema por Dirección. Doc.1. Registro de revisión del sistema.

# 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

## 1.16. Proceso de revisión del sistema por parte de la Dirección. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Implicar a la Dirección de una forma real en el desarrollo del Sistema de Calidad del centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que la Dirección conozca los resultados del Sistema de Gestión de Calidad del Centro, y actúe para mejorarlo e implementarlo satisfactoriamente.</p>		<p><b>Centro:</b> implicar a la alta dirección en los planes de Calidad y en su revisión.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. % de miembros de la dirección partícipes de la revisión del Sistema de Calidad.</p> <p>2. % de personas de la organización conocedoras de los resultados de la revisión del Sistema de Calidad.</p>		<p>1. 100%</p> <p>2. 90%</p>	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. Recogida de datos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Auditoría interna</li> <li>&gt; Retroalimentación del cliente (resultados de encuestas, entrevistas, etc.).</li> <li>&gt; Resultados del desempeño de los procesos más importantes del centro.</li> <li>&gt; Cambios que podrían afectar al sistema de calidad (internos y/o externos).</li> <li>&gt; Recomendaciones (del responsable de Calidad y del Comité de Calidad).</li> </ul> <p>2. Puesta por escrito de los puntos fuertes y puntos débiles del actual sistema de calidad.</p> <p>3. Consensuar las propuestas de mejora del mismo y definición de responsables para llevarlas a cabo.</p> <p>4. Comunicación de los resultados de la revisión a todas las partes implicadas.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> que participen todas las partes implicadas, coherencia de las acciones de mejora.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director del centro. Responsable de cada área.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> despachos, sala de reuniones, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> entrevistas, reuniones, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> ninguno.</p>		<p>Director de calidad</p> <p>Director del centro.</p> <p>Responsable de cada área.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
Plan Anual de Calidad. Planes de Gestión de los Procesos Clave. Encuestas. Resultados de Quejas.		Proceso 1.16 Revisión sistema por Dirección. Doc.1. Informe de revisión.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos



## 1.17. Las auditorías externas

Es una buena práctica que después de realizar las acciones correctoras derivadas de las auditorías internas y efectuada también la revisión del sistema de gestión de calidad, el centro se plantee auditarse externamente.

### Objeto

Consiste en obtener por parte de un organismo oficial que esté acreditado para ello, una certificación externa.

En la consecución de la misma, se juegan cosas tan importantes como la capacidad interna de la organización para controlar la calidad de los servicios y la imagen externa ante nuestros clientes.

### Desarrollo

#### Elegir entidad o persona auditora

El primer paso es elegir la entidad o persona auditora que tenga autoridad suficiente para realizar auditorías externas del sistema de calidad. En el caso de que sean varias las entidades o personas acreditadas para poder realizar auditorías externas, el centro, a través de su responsable de calidad, deberá ponerse en contacto con aquella que, a su parecer, le convenga y solicitar la auditoría.

El proceso de auditoría externa suele seguir los siguientes pasos:

- a) La entidad o persona auditora informa sobre el proceso y envía al centro un impreso para aportar datos básicos de la organización.
- b) La entidad auditora elabora un plan de auditoría y se lo hace llegar al centro. A partir de aquí se ajustan condiciones, calendarios, y programa de auditoría. Si se llega a un acuerdo, la entidad asigna un equipo auditor y se realiza la auditoría.
- c) Después de la auditoría se presenta el informe al centro con las desviaciones que deberán ser corregidas en el tiempo pactado.

#### Puesta a punto

Habitualmente, entre la solicitud y la realización de la auditoría externa suelen pasar uno o dos meses. Este periodo debe aprovecharse para poner a punto todas sus instalaciones, especial-

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

mente toda su documentación, para facilitar el trabajo a los auditores externos y para mejorar al máximo su sistema de calidad.

### Gestionar el estrés previo a la auditoría

Por muy preparado que esté el centro, siempre habrá dudas respecto al grado de cumplimiento de las normas, y personas más nerviosas que otras.

En estos momentos es muy importante la actitud y el trabajo de la Dirección. Es importante dar ánimo y seguridad, sin bajar la guardia con respecto a todos los procedimientos y controles de calidad que se hayan implantado.

### El día previo a la auditoría

El responsable de calidad debe dedicarse a comunicar a todos los miembros del centro los últimos detalles del plan de auditoría externa y animar a todos a colaborar con los auditores, comportándose con la mayor naturalidad, estando dispuestos al reconocimiento de fallos que se puedan observar. Es importante recordar que el auditor no es un inspector, sino todo lo contrario, una persona que con sus conocimientos y experiencia puede ayudar a detectar errores que no se habían tenido en cuenta.

### Después de la auditoría

Se repasarán los fallos observados, se comunicarán a todos los resultados provisionales y se agradecerá el esfuerzo realizado.

Se esperará a recibir el informe de los auditores, y se preparará el informe de acciones correctoras para remitirlo cuanto antes a los auditores externos.

## Evaluación y mejora continua

---

Llegado este momento, se habrá cerrado el primer ciclo de implantación del sistema de gestión de calidad y se iniciará el segundo ciclo de mejoras y de consolidación del sistema de calidad implantado. Se analizará si el proceso de auditoría externa ha sido correcto y en caso necesario se introducirán los cambios oportunos para la próxima vez.

## Documentos de referencia

---

Proceso 1.17. Gestión auditoría externa. Doc. 1. Informe de Auditoría de Procesos externa.

1.17. Proceso de auditoría externa. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Obtener una visión externa del sistema de calidad y un reconocimiento adecuado a la labor realizada.</p> <p><b>Objetivos:</b> Pasar el "examen" sin graves dificultades y que a la vez sea una experiencia positiva. Que el reconocimiento externo sirva para seguir mejorando</p>		<p><b>Centro:</b> implicar a la alta dirección en los planes de calidad y en su revisión .</p> <p><b>Contratantes:</b> reconocimiento externo fiable.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. Nº de desviaciones de la auditoría externa/nº de acciones correctoras en tiempo.</p> <p>2. Grado de satisfacción de las personas con los resultados de la auditoría.</p>		<p>1. 100%</p> <p>2. 90%</p>	Después de cada auditoría externa.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>Procedimiento de la auditoría externa. Acuerdo inicial con la entidad o persona auditora. Reunión con la dirección para acordar el programa del auditor externo. Inicio de la auditoría sobre la documentación pertinente. Visita in situ de los espacios y actividades que se han de auditar, comprobando la relación y fidelidad entre lo que dicen los papeles y lo que se observa en la realidad. Comunicación en todo momento de las desviaciones que se observan. Informe del auditor externo sobre las desviaciones encontradas. Reunión final de la auditoría, desviaciones consensuadas y plan de acciones correctoras.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> que todos estén preparados y que haya una buena relación con el auditor. Estar mentalizados para reconocer fallos.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director del centro. Responsable de cada área.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> despachos, sala de reuniones, etc. <b>Instrumentos:</b> entrevistas, reuniones, etc. <b>Proveedores clave:</b> entidad o persona certificadora.</p>		<p>Responsable de calidad. Director del centro. Responsable de cada área.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
<p>Plan de Auditoría. Cuestionario auditoría.</p>		<p>Proceso 1.17. Gestión auditoría externa. Doc.1. Informe del auditor.</p>		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## 1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

### Panel de Indicadores de los Procesos Estratégicos

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
<b>1.1. Gestión de la Misión</b>	1. Grado de conocimiento de la misión por parte de los empleados. 2. % de clientes internos que participan cada dos años en la definición de la misión.	90% 90%	Bianual.
<b>1.2. Plan Anual de Calidad</b>	1. % de objetivos conseguidos en el plan del año anterior. 2. N° de propuestas de mejora resultantes de nuevo plan de calidad.	80% > 10	Anual.
<b>1.3. Manual de Buenas Prácticas Asistenciales</b>	1. % de tareas asistenciales en el centro incluidas en el MBPA. 2. N° de Buenas Prácticas asistenciales realmente implantadas en el centro.	80% 90%	Anual.
<b>1.4. Gestionar Derechos</b>	1. Grado de satisfacción de los usuarios y familiares con el respeto por sus derechos. 2. % de personas de la organización que conocen los derechos de los residentes.	90% 90%	Anual.
<b>1.5. Conocer las necesidades</b>	1. Grado de cumplimiento de las expectativas de usuarios y familiares. 2. % de miembros de la organización que conocen lo que se espera y necesita de ellos.	90% 90%	Anual.
<b>1.6. Selección e incorporación</b>	1. % de candidatos seleccionados que cumplan el perfil buscado. 2. Grado de satisfacción del seleccionado con respecto al proceso de selección.	80% 90%	Cada 10 incorporaciones
<b>1.7. Participación empleados</b>	1. % de reuniones con participación empleados pactadas y finalmente realizadas. 2. Grado de satisfacción con respecto a las vías de participación internas. 3. <b>Funcionamiento del equipo interdisciplinar.</b>	90% 90% 70%	Anual.
<b>1.8. Formación</b>	1. <b>Formación sobre la preservación de la intimidad del residente.</b> 2. Grado de satisfacción de los profesionales con respecto a la actividad formativa. 3. % de profesionales del centro que han recibido formación. 4. <b>Formación continuada.</b>	80% Muy alta 80% 90%	Anual.
<b>1.9. Reuniones de Mejora</b>	1. % de miembros de la dirección partícipes en las reuniones periódicas. 2. Grado de cumplimiento del calendario anual de reuniones.	90% 90%	Anual.
<b>1.10. Acciones de Mejora</b>	1. N° de incidencias repetitivas registradas al año. 2. N° de innovaciones registradas al año. 3. N° de problemas evitados gracias a acciones preventivas.	- de 5 + de 20 + de 10	Anual.
<b>1.11. Mapa de Procesos</b>	1. % de miembros de la organización que conocen los procesos clave y el mapa de procesos.	90%	Anual.
<b>1.12. Controlar los Procesos</b>	1. % de los procesos clave normalizados.	90%	Anual.
<b>1.13. Crear Indicadores</b>	1. % de procesos clave con implantación de indicadores. 2. Satisfacción del Comité de Calidad con la información proporcionada.	90% Muy alta	Anual.
<b>1.14. Acciones Correctoras</b>	1. N° de incidencias bien registradas. 2. N° de soluciones efectivas a las incidencias registradas al año.	90% 70%	Anual.
<b>1.15. Auditorías Internas</b>	1. % de puntos del Cuestionario de Auditoría Interna realmente auditados. 2. % de desviaciones encontradas finalmente resueltas.	90% 90%	Anual.
<b>1.16. Revisión del Sistema</b>	1. % de miembros de la dirección partícipes de la revisión del Sistema de Calidad. 2. % de personas de la organización conocedoras de los resultados de la revisión del Sistema de Calidad.	100% 90%	Anual.
<b>1.17. Auditorías Externas</b>	1. N° de desviaciones de la auditoría externa/n° de acciones correctoras realizadas en tiempo. 2. Grado de satisfacción de las personas con los resultados de la auditoría.	100% 90%	Después de cada auditoría externa

## 2.1. Proceso de admisión

Este es un proceso muy importante, que establece las bases de una buena estancia. Antes de tomar cualquier decisión, será necesario recoger toda la información relevante del usuario. Asimismo, hay que facilitar toda la información, tanto al usuario como a su representante legal, sobre las características del centro y sobre el propio proceso de admisión. Cada centro, en su propio Manual de Calidad adaptado, ha de establecer su manera de ordenar este proceso.

### Objeto

El presente proceso tiene por objeto asegurar una incorporación fluida y ágil del potencial usuario a la lista de espera del servicio residencial, así como realizar una presentación de las características del servicio residencial, facilitando a las familias interesadas la información más relevante sobre el mismo.

### Desarrollo

El proceso de admisión de un nuevo usuario se inicia con una entrevista entre el trabajador social y la familia solicitante. En dicha entrevista se recomienda recoger la siguiente información; para tal efecto se cuenta con el registro del Proceso 2.1.Admisión. Doc. 1, que sirve de guión de la misma:

- > Datos personales del candidato y persona de contacto acompañante (familiar, representante legal, fundación tutelar, etc.).
- > Información de tipo social.
- > Información de carácter psicológico (para detectar, por ejemplo, posible presencia de trastornos de conducta u otras características relevantes).
- > Un informe médico/psiquiátrico, o en su defecto, sería adecuado que se registrara información de carácter sanitario sobre medicaciones, enfermedades y su tratamiento, alergias y vacunaciones.

Todos estos datos se recogen con el objeto de asegurar una estancia lo más cómoda posible a cada uno de los potenciales usuarios.

Durante esta entrevista se concretan las características de la estancia que la familia o representante legal solicita (fija o temporal). Igualmente, se considera fundamental transmitir a la familia el estado actual de la lista de espera para el servicio residencial.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

Es recomendable que el trabajador social o el profesional responsable del proceso ofrezca una información detallada de las características del centro, como actividades, reglamento de régimen interno, equipaje mínimo necesario, etc. En definitiva, se trata de aportar cualquier tipo de información que facilite la potencial integración del usuario.

Para agilizar la gestión de los datos facilitados por el usuario y sus familiares, se recomienda mecanizar, almacenar y tratar la información en una base de datos. Se considera necesario que la información obtenida, dado que es de carácter muy sensible<sup>1</sup>, quede sujeta a las directrices fijadas por la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). Para cumplir con la misma se recomienda la firma de un compromiso entre las partes (registro Proceso 2.1. Admisión. Doc. 2).

En este punto es aconsejable recabar una copia de la documentación necesaria para oficializar la inscripción (fotocopia del DNI, certificado de discapacidad, etc.).

Igualmente, y también en este momento, se establece una persona de contacto (el trabajador social puede desempeñar dicha función), en representación del centro, la cual sirve de referente a la familia ante cualquier duda o consulta sobre el estado de su solicitud.

Una vez concluida esta fase, el potencial usuario pasa a formar parte de la lista de espera, hasta que haya disponibilidad de plazas. Una vez exista la vacante se activa el proceso de acogida y alojamiento.

Se recomienda que anualmente se realice una evaluación del proceso de admisión con el objeto de incorporar cambios que permitan adoptar una dinámica más eficiente.

Esta evaluación se enmarca en el proceso de mejora continua de las prácticas que se llevan a cabo en el centro con el objeto de corregir cualquier desviación no deseada.



### Documentos de referencia

---

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1. Documento para recoger toda la información facilitada en el proceso de admisión.

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 2. Documento por el que la familia o el representante legal autoriza a la entidad a disponer de los datos necesarios para cumplir con la Ley de protección de datos.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).  
Real Decreto 994/1999, Reglamento de Medidas de Seguridad de ficheros automatizados.

---

1. De NIVEL ALTO de acuerdo con lo que la Agencia de Protección de Datos ha establecido.

## 2.1. Proceso de admisión. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Obtener toda la información relevante sobre el solicitante de cara a una correcta incorporación y facilitar a éste y su familia toda la información sobre el funcionamiento del centro y el proceso de admisión.</p> <p><b>Objetivos:</b> 1. Captar y gestionar toda la información relevante sobre el nuevo residente. 2. Informar al nuevo residente sobre el funcionamiento del centro y cómo ingresar en él. 3. Elegir a los candidatos que más lo necesiten.</p>		<p><b>Familiares:</b> recibir información clara sobre el centro y el proceso de admisión. <b>Residente:</b> obtener información sobre el centro. <b>Trabajador social:</b> obtener la información necesaria sobre el residente.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
1. % documentos del sistema de información definido entregados al usuario al ingreso		100%	Cada 10 entradas.	
2. % criterios de la Comisión de valoración cumplidos.		100%		
3. Grado de satisfacción de los familiares con respecto al trato recibido.		90%		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. Recepción de la llamada del potencial usuario o cuidador principal. 2. Fijar día y hora de entrevista con el trabajador social. 3. Confirmar el día y la hora de la entrevista un día antes de la misma. 4. Realización de la entrevista entre el trabajador social, la familia y el solicitante: 4.1. Explorar el tipo de demanda. 4.2. Informar sobre los servicios y requerimientos del centro. 4.3. Complimentar los informes pertinentes. 4.4. Informar sobre el proceso de selección. 5. Firma de la solicitud de plaza y el compromiso de protección de datos (LOPD). 6. Asignación de un profesional de referencia para la familia en el centro para el seguimiento de la solicitud. 7. Recorrido explicativo por las dependencias de la residencia. 8. Reunión de la Comisión en el momento de una vacante en el centro valorando: estado de salud del candidato, situación sociofamiliar, vivienda., grado de cansancio del cuidador principal, etc. 9. Resolución de la Comisión y comunicación a los profesionales implicados. 10. Tramitación de la documentación para el nuevo ingreso. 11. Comunicación al futuro residente de su admisión. <b>Puntos críticos:</b> Ofrecer información transparente y clara sobre el proceso de admisión y sobre el funcionamiento y la dinámica del centro. Almacenar la información en una base de datos para su correcta gestión, trato agradable durante la entrevista y responder a todas las cuestiones que surjan.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> El trabajador social que realice la primera entrevista.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Trabajador social. Cuidador principal.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> teléfono y despacho o cualquier otro lugar habilitado para realizar la entrevista. <b>Instrumentos:</b> Entrevista, paseo explicativo guiado por el centro y base de datos de información. <b>Proveedores clave:</b> no hay.</p>		Trabajador social. Personal implicado en la Comisión.	
<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>	
			Proceso 2.1 Admisión. Doc. 1 Recogida de información. Proceso 2.1 Admisión. Doc 2 Autorización datos LOPD.	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## 2.2. Proceso de acogida y alojamiento

---

Para la correcta incorporación de los usuarios es necesario facilitar toda la información relativa a las características del servicio que éstos recibirán, así como sobre sus derechos y obligaciones dentro del centro.

### Objeto

---

El presente proceso tiene por objeto planificar y llevar a cabo la incorporación efectiva del cliente usuario al centro.

En esta fase es de especial importancia resolver cualquier duda o angustia que pueda plantear el usuario, o el representante legal, con relación a las características del servicio que se le prestará, la dinámica de funcionamiento, los referentes a los cuales se puede acudir, etc. El objetivo de este proceso es realizar una incorporación del usuario en unas condiciones óptimas de rigor, comodidad y cordialidad.

### Desarrollo

---

El proceso de acogida y alojamiento puede dividirse en dos fases: la primera consiste en una reunión con el usuario, su representante legal y un representante del centro residencial<sup>2</sup> y la segunda incluye visitar el centro y acomodar al usuario en su habitación.

Esta reunión inicial tiene por objeto firmar y hacer entrega de la documentación necesaria para una adecuada incorporación del usuario al centro. La base documental propuesta es la siguiente:

- > El contrato de asistencia: documento donde se plasman las condiciones aceptadas por las dos partes (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1).
- > El reglamento de régimen interno: documento donde se especifican los derechos y obligaciones de los usuarios del servicio residencial (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 2). Este documento es fundamental, ya que define de forma clara los deberes y derechos de los usuarios y de sus familiares, de manera que ante cualquier situación potencialmente conflictiva sirve de referente para tomar las acciones oportunas.

---

2. Se recomienda que participe un profesional que disponga de una visión global del centro; es aconsejable que sea un componente del equipo interdisciplinar (coordinador, trabajador social, psicólogo, etc.)



- > El registro de entrada al servicio (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 3), que incluye:
  - La autorización de actividades: documento en el que la familia, o el representante legal, reflejan su conformidad para que el usuario participe en las actividades realizadas fuera de las instalaciones del centro.
  - La autorización para administrar medicaciones o tratamientos médicos: registro donde la familia, o el representante legal, dan su conformidad para que se le administre la medicación o el tratamiento prescrito por el doctor del usuario.
- > Folleto informativo<sup>3</sup> o documento descriptivo del centro y sus actividades. (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 4).

Es importante que la dirección del centro establezca un criterio sobre el hecho de facilitar una copia del Plan Individual de Atención (PAI) a la familia/representante legal, para que puedan estar al corriente del trabajo que se realiza con su familiar tutelado (ver bibliografía).

A lo largo de este proceso se recomienda aclarar todas las dudas con relación al servicio que se ofrece. También es extremadamente importante que se den a conocer los canales de comunicación existentes entre la familia y el centro residencial. Este aspecto se recoge más ampliamente en el **Proceso 2.7. Atención a familias**.

En esta fase es muy importante valorar y cumplir los requisitos legales establecidos por la normativa.

Esta primera fase del proceso finaliza con la firma del documento de entrada (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 3), donde se recogen y confirman informaciones relevantes tanto para la administración del centro, como para los distintos técnicos del equipo interdisciplinar que intervendrán en el caso (trabajador social, psicólogo, monitores, sanitarios, etc.).

Una vez finalizada esta reunión, la familia y el usuario realizan una visita guiada a las instalaciones. Durante la misma, se recomienda presentar al monitor de referencia para el nuevo usuario; así como al resto de personal clave que compone el equipo interdisciplinar y a los nuevos compañeros de residencia.

La visita puede acabar en la habitación del usuario para su instalación definitiva; en la medida de lo posible se recomienda que el usuario pueda personalizar su habitación para hacerle más agradable su estancia. Otros elementos que facilitan la aclimatación del usuario al nuevo entorno pueden ser:

- > El monitor puede ayudar al usuario a deshacer su equipaje.
- > Cuando el usuario realice una actividad nueva, o vaya a alguna instalación por primera vez, se recomienda que esté acompañado por su monitor de referencia, que actuará de guía.

---

3. Cada entidad tendrá su propia manera de desarrollar un documento de este tipo, ya que el contenido del mismo puede transmitirse durante la entrevista, en el momento de la incorporación. Es recomendable que exista un documento donde se refleje la dinámica de funcionamiento del centro (servicios ofrecidos, actividades realizadas y otros puntos relevantes del servicio residencial). Esta acción evitará consultas reiteradas sobre aspectos ya expuestos a los familiares o representantes legales.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

- > Si se trata de un usuario con un nivel de autonomía elevado, el monitor de referencia puede actuar de guía en la familiarización con el entorno comunitario donde el centro está ubicado.
- > Se recomienda que en todo momento el equipo interdisciplinar de técnicos haga un seguimiento cercano de cada uno de los usuarios en fase de adaptación. El equipo interdisciplinar puede dar pautas o directrices al equipo de monitores para facilitar la adaptación de los nuevos usuarios. Del mismo modo las informaciones que se vayan obteniendo en esta fase pueden ser de utilidad para elaborar el plan individual de los nuevos usuarios.

Este proceso finaliza con la distribución de la documentación relevante sobre el nuevo usuario a cada departamento del centro, siempre teniendo en cuenta los requisitos establecidos por la LOPD<sup>4</sup>.

Es muy recomendable que de forma anual se realice una evaluación del trabajo realizado dentro de este proceso de acogida y alojamiento. El objetivo es corregir aspectos del mismo, en el marco de la mejora continua de las prácticas de gestión.



### Documentos de referencia

---

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1. Contrato de asistencia<sup>5</sup>. Un ejemplo de contrato puede encontrarse en la bibliografía.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 2. Reglamento de régimen interno. Un ejemplo de este reglamento puede encontrarse en la bibliografía.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 3. Registro de entrada al servicio: documento que recoge la autorización de actividades, de administración de medicación y otras informaciones relevantes para la incorporación del usuario al servicio residencial.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 4. Documento descriptivo del centro.

---

4. LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos.

5. Se recomienda elaborar un modelo de contrato, de Reglamento de régimen interno, según lo dispuesto en la normativa de aplicación, pero es extremadamente importante que sea de fácil comprensión para los representantes legales de los usuarios.

2.2. Proceso de acogida y alojamiento. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<b>Misión:</b> Oficializar el ingreso y familiarizar al residente con su nuevo entorno. <b>Objetivos:</b> 1. Formalizar oficialmente la entrada del nuevo residente. 2. Integrar al residente en su nuevo entorno.		<b>Familiares:</b> oficializar el ingreso y la rápida integración de su familiar. <b>Residente:</b> encontrar un ambiente acogedor y agradable. <b>Trabajador social:</b> oficializar el ingreso del nuevo residente y que éste se integre rápidamente.		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
1. % de documentos necesarios firmados. 2. % de usuarios con profesional de referencia asignado. 3. Grado de satisfacción de la familia con respecto a la acogida.		100% 80% 80%	Cada 10 entradas.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	1. Citación vía telefónica del día y hora del ingreso. Se le recomendará que venga acompañado de un familiar. 2. Recordar la documentación que el residente deberá aportar. Se le recomendará traer objetos personales significativos. 3. Reunión con el director del centro el día de la cita para la firma de los documentos internos y oficiales de ingreso. 4. Repaso de los aspectos relevantes del centro e información de los canales de comunicación. 5. Acompañamiento del residente a sus dependencias y explicación de su funcionamiento. 6. Entrega en la habitación y chequeo del inventario de propiedades personales. 7. Valoración por parte del tutor si el nuevo residente está listo para incorporarse a la dinámica del centro o si es conveniente que se quede a solas con su acompañante. 8. En el plazo de una semana se valorarán las necesidades y el estado del residente para el proceso de atención continua. 9. Distribución de la documentación del nuevo residente a cada departamento del centro. <b>Puntos críticos:</b> que el residente acuda al centro en hora adecuada y con tiempo para familiarizarse. Que sus dependencias se encuentren en perfectas condiciones y que sean acogedoras. No presionar al residente ni darle demasiada información. Dar respuesta a cualquier duda que surja y gestionar la información y documentación sobre el nuevo residente de acuerdo con la LOPD. El responsable del centro residencial deberá tener una visión global del funcionamiento del centro.		<b>Propietario del proceso:</b> Coordinador.  <b>Otros responsables:</b> Trabajador social.	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<b>Recursos materiales:</b> teléfono, despacho o cualquier otro lugar habilitado para la entrevista. <b>Instrumentos:</b> entrevista con el director del centro, tour guiado por las dependencias. <b>Proveedores clave:</b> no hay.		Trabajador social. Coordinador.	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
		Proceso 2.2 Acogida y alojamiento Doc. 1 Contrato de prestación asistencial. Doc. 2 Reglamento del régimen interno. Doc. 3: Autorización de salidas y de administrar medicaciones o tratamientos médicos. Doc. 4: Documento descriptivo del centro y de sus actividades.		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras  Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

### 2.3. Proceso de valoración y Plan de Atención Individual

Es necesario establecer un Plan de Atención Individual (PAI), que recoja las necesidades y expectativas del usuario, para realizar un trabajo perfectamente ajustado.

#### Objeto

El presente proceso tiene por finalidad establecer las bases para la correcta valoración de cada uno de los usuarios receptores del servicio residencial y el diseño adecuado de los respectivos planes individuales.

Este proceso es considerado esencial para ofrecer un buen servicio al usuario.

#### Desarrollo

Las informaciones facilitadas por la familia/representante legal, durante el proceso de admisión y acogida, más los intereses expresados por el propio usuario, sirven de base para la elaboración del Plan de Atención Individual (PAI).

Éste incorpora todas las informaciones relevantes para cada uno de los profesionales implicados en el caso y pauta la intervención de los mismos.

Con relación a la valoración inicial se recomienda tomar como punto de partida las informaciones facilitadas por la familia en la fase de incorporación. En una fase más avanzada, y a criterio de cada uno de los profesionales del equipo interdisciplinar se puede matizar dicha valoración.

El objetivo del Plan de Atención Individual es potenciar la autonomía social y personal de los usuarios. Su finalidad radica en que los usuarios tengan unos niveles de calidad de vida idénticos a cualquier otro colectivo no afectado por discapacidad.

Dicho instrumento recoge las informaciones más relevantes, así como los objetivos a trabajar y las estrategias de intervención más adecuadas, para cada uno de los usuarios.

La estructura del mismo se deja a criterio de cada centro, si bien cabe recomendar como guía para la elaboración de los planes individuales la adopción de un modelo interdisciplinar<sup>6</sup>, que recoja las perspectivas de cada uno de los profesionales implicados en el caso.

---

6. O si se quiere multidimensional, que recoja las concepciones teóricas más actuales. Éstas conciben al individuo como una unidad biopsicosocial, es decir, que dan cabida a la intervención desde la perspectiva orgánica (médico), psicológica y del entorno social del sujeto.

Es muy deseable que la dinámica de trabajo del plan individual siga el esquema PAEM: Planificación, Acción, Evaluación y Mejora.

- > Planificación o valoración de necesidades. Como ya se ha comentado se pueden tomar como referencia las informaciones del proceso de admisión y acogida, así como los análisis realizados por el equipo interdisciplinar durante la fase de adaptación. Asimismo se puede administrar algún tipo de prueba estandarizada que nos aporte más informaciones de interés (ICAP, etc.)
- > Acción o desarrollo del Plan de Atención Individual, el cual sirve de pauta para la intervención de todos los profesionales.
- > Evaluación o control del Plan de Atención Individual. Transcurrido un periodo de tiempo, no superior a un año, se evalúan los objetivos establecidos.
- > Mejora o reajuste del Plan de Atención Individual vigente durante un nuevo periodo no superior al año.

Otro aspecto a contemplar, respecto al Plan de Atención Individual, hace referencia al tiempo de conservación de la documentación obsoleta. Es necesario establecer un período máximo de conservación, así como un mecanismo de destrucción de aquellos planes que hayan superado el período de conservación, a fin de preservar al máximo la confidencialidad de los datos.

Dado que el Plan de Atención Individual se elabora con informaciones consideradas por la LOPD como de nivel alto de protección, resulta necesario formar y concienciar al personal en cuanto a la confidencialidad de los datos con los que se trabaja.

Otra alternativa sobre este asunto consiste en que la organización puede optar por la elaboración de un código ético que recoja estos aspectos y que permita asegurar el derecho a la intimidad de cada uno de los usuarios atendidos en el centro.

La evaluación del proceso de diagnóstico y Plan de Atención Individual se considera muy relevante, dado que éste es uno de los procesos esenciales directamente vinculados a la calidad del servicio ofrecido al usuario.

Por este motivo se recomienda que anualmente se realice una evaluación del presente proceso con el objeto de incorporar cambios que permitan adoptar una dinámica más eficiente y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas en el centro. En este sentido las aportaciones realizadas por el equipo interdisciplinar son trascendentales.



## Documentos de referencia

En la bibliografía se citan documentos de apoyo para la elaboración del Plan de Atención Individual (PAI).

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

### 2.3. Proceso de valoración y plan de atención individual. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Realizar un diagnóstico ajustado y establecer un Plan de Atención Individual que recoja las necesidades y expectativas del usuario, consiguiendo así las intervenciones más adecuadas y en consecuencia unos niveles más altos de calidad de vida para los usuarios.</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tener una valoración interdisciplinar de la situación del residente.</li> <li>2. Lograr los objetivos marcados en el PAI con cada residente.</li> </ol>		<p><b>Familiares:</b> que desde el centro se lleven a cabo las acciones oportunas para la mejora de la calidad de vida del familiar.</p> <p><b>Residente:</b> mejora de su nivel de calidad de vida.</p> <p><b>Equipo interdisciplinar:</b> lograr un diagnóstico y Plan de Atención Individual adecuado para el residente.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de participación de los profesionales interdisciplinares en el diagnóstico y en el PAI.</li> <li>2. % de objetivos marcados en el PAI finalmente cumplidos.</li> </ol>		90%	Trimestral.		
		80%			
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con el informe general como base, y junto con los diferentes profesionales interdisciplinares se elabora el diagnóstico.</li> <li>2. Con el diagnóstico y la revisión del mismo por parte de los diferentes profesionales se elabora el PAI con unos objetivos a cumplir.</li> <li>3. Seguimiento constante de las actuaciones pactadas para el PAI, y evaluación del grado de cumplimiento de los mismos cada cierto tiempo (por ejemplo anualmente).</li> <li>4. Reajustar si es conveniente el PAI.</li> </ol> <p><b>Puntos críticos:</b> Flexibilidad del diagnóstico inicial, el PAI debe ser un Plan abierto e interdisciplinar y debe tener en cuenta las motivaciones de los residentes. Usar instrumentos de valoración clínico-asistenciales estandarizados para elaborar objetivos en el PAI fiables. Replanteamiento del proceso de diagnóstico constante para introducir los cambios que hagan de este proceso clave en la organización un proceso eficiente. Destrucción de la información obsoleta y de los planes individuales caducos de acuerdo con la LOPD.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Psicólogo.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Médico. Trabajador social.</p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> Papel, ordenador</p> <p><b>Instrumentos:</b> Reunión del equipo interdisciplinar para la elaboración del diagnóstico y PAI. <b>Proveedores clave:</b> no hay.</p>		Médico. Psicólogo. Trabajador social.		
<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>			
<b>ACCIÓN.</b> Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	<b>Formar a las personas</b>	<b>Iniciar y coordinar el trabajo</b>	<b>Observar y controlar los puntos críticos</b>	<b>Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras</b>	<b>Recoger y atender quejas y sugerencias</b>
<b>EVALUACIÓN.</b> Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	<b>La opinión del cliente</b>	<b>La opinión de los actores del proceso</b>	<b>La evaluación de fallos, incidencias y quejas</b>	<b>El cumplimiento de los objetivos y de la misión</b>	
<b>MEJORA.</b> Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	<b>Acciones correctoras</b>	<b>Acciones preventivas</b>	<b>Reorganización de procesos</b>	<b>Innovación en los procesos</b>	

## 2.4. Proceso de atención continua al usuario

En el desarrollo del servicio han de asegurarse unos estándares de atención constantes que garanticen la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente, al mismo tiempo que los usuarios se adaptan a las regulaciones establecidas por el propio centro.

### Objeto

Este proceso tiene por objeto coordinar todos los esfuerzos encaminados hacia una atención adecuada del usuario.

Los parámetros que se recomienda que rijan la actividad del servicio residencial quedan establecidos por la política de calidad del mismo. Es conveniente que cualquier acción desarrollada tenga por objeto: potenciar la autonomía del usuario, respetar su intimidad, potenciar sus vínculos con su entorno comunitario para favorecer la normalización, etc. Para conseguir dichos objetivos, es necesario que el servicio esté claramente orientado al cliente, es decir, que se vertere alrededor del cliente.

### Desarrollo

La atención continua es un elemento que incluye diversos aspectos:

> **Con relación al usuario:** es extremadamente recomendable que el personal de atención directa disponga de la información necesaria para facilitar una atención personalizada.

El Plan de Atención Individual en este sentido cumple un papel clave, así como cualquier otro tipo de información que favorezca una mejor atención: sobre los gustos del usuario, aspectos higiénico-sanitarios, etc. Es decir, aquellos elementos que ayuden a personalizar la atención que se ofrece al usuario.

El rol de los profesionales implicados en este proceso es recomendable que tenga una intención normalizadora. Aspectos como el cuidado de la higiene, del aspecto personal, de la intimidad del usuario, etc. resultan esenciales para conseguir la integración social de las personas con discapacidad intelectual. En todo este proceso, en la medida que sea posible, se ha de dar un papel activo al usuario, permitiéndole aportar su punto de vista sobre cómo quiere que sea el servicio.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

Vinculado con este aspecto, el equipo interdisciplinar puede pactar con el usuario los objetivos del Plan de Atención Individual a trabajar, con la finalidad de implicar y comprometer al usuario en el proceso.

- > **Con relación a la gestión del centro:** son numerosos los aspectos que pueden incorporarse en este ámbito, por lo que la realidad de cada centro modelará este apartado, pudiendo destacar los siguientes:
  - Disponer de teléfonos de emergencia para dar respuesta a cualquier tipo de incidencia que plantee alguno de los usuarios.
  - Disponer de un sistema de supervisión de las pertenencias para cada uno de los usuarios (inventario de pertenencias –ropa, dinero y otros objetos– del usuario). Es conveniente que dicha información quede registrada en el inventario de pertenencias del usuario (Proceso 2.4. Atención continua Doc. 1). De igual forma se recomienda identificar la ropa de cada uno de los usuarios para facilitar su gestión.
  - Aplicar algún sistema de gestión del dinero de cada uno de los usuarios también es muy recomendable.
  - Disponer de un sistema de mantenimiento preventivo que permita el adecuado funcionamiento de las instalaciones del centro.

Dentro de este ámbito, la recepción del centro puede tener un papel destacado, dirigiendo las informaciones relevantes hacia los profesionales adecuados, coordinando los esfuerzos de los distintos profesionales y realizando todas aquellas tareas que impliquen una canalización de esfuerzos o recursos.

Estos elementos, complementados por los mencionados en el resto de las buenas prácticas, permiten establecer una base sólida para una atención adecuada de los usuarios. Ésta se ha de basar en los siguientes aspectos:

- > Trato personalizado, que respete la intimidad de los distintos usuarios.
- > Gestión confidencial de las diversas informaciones, tomando como guía la LOPD y garantizando por tanto la seguridad de los datos que se nos han facilitado.
- > Papel activo del usuario, en la medida que sea factible, en la toma de decisiones sobre aspectos cotidianos del centro.



### Documentos de referencia

---

Proceso 2.4. Atención continua Doc. 1. Inventario de pertenencias del usuario.



## 2.4. Proceso de atención continua. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<b>Misión:</b> Satisfacer las necesidades básicas de los residentes fomentando su autonomía y respetando sus opiniones, gustos y derechos. <b>Objetivos:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos los usuarios deberán tener una buena higiene.</li> <li>2. Alimentar de forma sana y equilibrada a los residentes.</li> <li>3. Entretener a los residentes con actividades adecuadas a sus posibilidades y motivaciones.</li> </ol>		<b>Familiares:</b> que sus familiares cuenten con las atenciones necesarias. <b>Residente:</b> tener cubiertas las necesidades básicas. <b>Trabajador social:</b> que todos los residentes cuenten con unos mínimos básicos.			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de residentes con problemas de higiene.</li> <li>2. % de residentes con problemas de alimentación.</li> <li>3. % de quejas de los residentes en concepto de atención continua.</li> </ol>		0% 0% 0%	Trimestral.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	El proceso de atención continua contiene los siguientes procedimientos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Despertar al residente.                Tocar la puerta antes de entrar indicando quién es y qué viene a hacer a la habitación.                Saludar amablemente al residente y despertar con suavidad.                Iluminar la habitación con cuidado y preparar el baño.</li> <li>2. Dar el baño al residente, si no tiene independencia para ello.                2.1. Cerrar la puerta para salvaguardar la intimidad del residente.                2.2. Si hay que ayudar en la higiene al residente, indicarle en qué y cómo se le va a ayudar.                2.3. Ayudar al residente en la elección de su ropa, respetando su opinión.</li> <li>3. Dar la comida al residente.                3.1. Elaboración de menús de acuerdo a las necesidades de los residentes.                3.2. Seguimiento personal de la evolución en cuanto a gustos y preferencias de los residentes.                3.3. Anotación de las alteraciones alimenticias de los residentes en el libro de incidencias.                3.4. Una vez el residente acabe la comida limpiar la cara y la boca de alimentos.</li> <li>4. Realizar actividades lúdicas y terapéuticas.  <b>Puntos críticos:</b> Respeto y excelencia en el trato hacia los residentes, cumpliendo en todo momento los derechos básicos de: derecho a la intimidad, derecho a la dignidad, derecho a la autonomía, derecho a la elección y opinión, derecho a la práctica religiosa, derecho de voto, derecho a la información y acceso a sus historiales y tratamientos. Alto nivel de personalización, evitando muchos cambios de cuidador. Respetar los gustos y las preferencias del residente. Crear un ambiente lo más acogedor posible.</li> </ol>			<b>Propietario del proceso:</b> Cuidador del centro.  <b>Otros responsables:</b>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>	
	<b>Recursos materiales:</b> Productos de baño e higiene, elementos de menaje y alimentos así como los elementos necesarios para el desarrollo de las diversas actividades. Teléfonos de emergencia. <b>Instrumentos:</b> Sistema de supervisión de pertenencias, sistema de gestión del dinero de los residentes, sistema de mantenimiento preventivo del centro, plan de formación continua del personal. <b>Proveedores clave:</b> No hay.			Cuidador del centro. Personal del comedor.	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>	
			Proceso 2.4 Atención continua Doc. 1 Inventario de pertenencias		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

### 2.5. Proceso de realización de actividades de ocio

---

Es necesario desarrollar un sistema de gestión del ocio de los usuarios del centro, el cual debe estar siempre adaptado a sus necesidades e intereses.

#### Objeto

---

El presente proceso tiene por objeto planificar las actividades de ocio que se realizarán dentro del contexto residencial, y proponer herramientas que faciliten su gestión. Este proceso requiere una participación activa de los usuarios.

#### Desarrollo

---

Este proceso se inicia con la planificación de las actividades lúdicas a realizar por los usuarios.

Se aconseja realizar una planificación semanal de las mismas para que estén plenamente ajustadas a la oferta del entorno residencial. Dicha planificación queda plasmada en el Proceso 2.5 Actividades de ocio Doc. 1 y es muy recomendable que quede al alcance de todos los usuarios y profesionales.

La citada planificación puede llevarla a cabo el equipo de monitores, con la participación activa de los usuarios en la selección de las actividades de ocio. Del mismo modo sería adecuado que fuera supervisada por un miembro del equipo interdisciplinar para valorar los siguientes aspectos:

- > Se han incluido las aportaciones de los usuarios.
- > Las actividades propuestas tienen por objeto trabajar alguno de los aspectos indicados en el plan individual de los usuarios.
- > Las actividades son de carácter inclusivo: se realizan en entornos normalizados, utilizando los recursos comunitarios.
- > El grupo de participantes es lo suficientemente reducido para permitir integrarlo en cualquier dinámica y entorno.
- > El presupuesto se ajusta a las directrices fijadas por el centro.
- > Y todos aquellos aspectos que el propio centro fije como directrices.

Para un desarrollo satisfactorio de esta práctica es necesario un profundo conocimiento del entorno comunitario y de las posibilidades lúdicas que ofrece. Se recomienda plasmar dicha información en un documento que esté a disposición del equipo de monitores que llevan a cabo las actividades de ocio (Proceso 2.5 Actividades de ocio Doc. 2). Dicho registro se irá actuali-

zando con las aportaciones del equipo de monitores o nuevas informaciones que provengan de los recursos comunitarios.

Toda actividad, una vez terminada, ha de incluir una fase de evaluación. Con ésta se pretende recoger tanto la opinión de los participantes como de los organizadores, así como posibles mejoras a introducir y cualquier otra conclusión, etc.



## Documentos de referencia

---

Comprobar que se dispone de la autorización administrativa para actividades, tal y como se marca en 2.2. Proceso de Acogida y Alojamiento (Doc. 3).

Proceso 2.5 Actividades de ocio Doc. 1. Documento que recoge la planificación semanal de las actividades de ocio, así como la evaluación de las mismas por parte de los participantes.

Proceso 2.5 Actividades de ocio Doc. 2. Documento donde se hace un inventario de los recursos de ocio disponibles.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

### 2.5. Proceso de realización de actividades de ocio. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
<b>Misión y objetivos</b>			<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Disponer de un programa lúdico que permita el ocio de los residentes y lograr al mismo tiempo alguno de los objetivos de Plan de Atención Individual.</p> <p><b>Objetivos:</b> 1. Tener una oferta de actividades lúdicas variada adecuada a las necesidades de los residentes .</p> <p>2. Conseguir un elevado grado de participación de los usuarios en las actividades de ocio.</p> <p>3. Lograr un desempeño satisfactorio de los usuarios en las actividades.</p>			<p><b>Familiares:</b> que sus familiares se diviertan en el centro, se sientan partícipes de actividades y mejoren sus capacidades.</p> <p><b>Residente:</b> tener actividades de ocio.</p> <p><b>Centro:</b> mejorar a través de las actividades la calidad de vida de los residentes mediante la consecución de los objetivos marcados en el PAI.</p>			
<b>Indicadores</b>			<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<p>1. Nº de actividades programadas por semana.</p> <p>2. % de residentes participantes en actividades de ocio.</p> <p>3. Grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el PAI.</p>			10 80% 50%	Trimestral.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<p>1. Planificación de las actividades para el próximo año teniendo en cuenta los objetivos del PAI, la motivación de los residentes y los recursos disponibles. Se valorarán los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Las actividades trabajan algún aspecto del PAI de los usuarios.</li> <li>&gt; Las actividades se realizan en entornos normalizados y con recursos comunitarios.</li> <li>&gt; El grupo es lo suficientemente reducido para la integración de los usuarios.</li> <li>&gt; El presupuesto se ajusta a las directrices del centro.</li> <li>&gt; Etc.</li> </ul> <p>2. Antes de la realización de cada una de las actividades (en el caso de que sean grupales) se anunciarán con tiempo en el tablón de anuncios para conocimiento de todos en el centro.</p> <p>3. Una vez terminada la actividad se evaluará el resultado de la misma por parte de los profesionales a fin de incluir los aspectos más relevantes en el PAI del usuario.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> Profundo conocimiento de las posibilidades lúdicas de que dispone el centro y su entorno. Tener en cuenta la opinión de los usuarios para la elaboración de las actividades.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Trabajador social.</p> <p><b>Otros responsables:</b></p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> Todos los materiales utilizados en las actividades lúdicas.</p> <p><b>Instrumentos:</b> excursiones, talleres, juegos paseos, etc.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> no hay.</p>			Trabajador social.		
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>		
			Proceso 2.5 Actividades de ocio Doc. 1 Registro planificación de actividades. Doc. 2: Registro de recursos de ocio.			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso						
<b>A</b>	<b>Formar a las personas</b>	<b>Iniciar y coordinar el trabajo</b>	<b>Observar y controlar los puntos críticos</b>	<b>Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras</b>	<b>Recoger y atender quejas y sugerencias</b>	
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo						
<b>E</b>	<b>La opinión del cliente</b>	<b>La opinión de los actores del proceso</b>	<b>La evaluación de fallos, incidencias y quejas</b>	<b>El cumplimiento de los objetivos y de la misión</b>		
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo						
<b>M</b>	<b>Acciones correctoras</b>	<b>Acciones preventivas</b>	<b>Reorganización de procesos</b>	<b>Innovación en los procesos</b>		

## 2.6. Proceso de atención sanitaria

Es necesario, dadas las características de las personas atendidas, cuidar los aspectos relacionados con su salud y su bienestar.

### Objeto

Este proceso tiene por objeto planificar la atención sanitaria de los distintos usuarios, procurando proporcionar una atención perfectamente ajustada a las necesidades específicas de cada momento.

### Desarrollo

Para un adecuado desarrollo de este proceso es fundamental trabajar con las siguientes variables, las cuales asegurarán una correcta atención sanitaria:

- > Listado de medicaciones, muy recomendable como guía para la administración de cualquier fármaco. Proceso 2.6 Atención sanitaria Doc. 1.
- > Listado referido a las dietas que han de seguir los usuarios. Proceso 2.6 Atención sanitaria Doc. 2.
- > Ficha sanitaria de cada usuario, a modo de historial, donde se registrarán todas las informaciones vinculadas a aspectos sanitarios. Proceso 2.6 Atención sanitaria Doc. 3. Para cada cambio de medicación se solicitará una copia de la prescripción médica con las nuevas pautas. En el caso que sea el propio centro residencial quien haga el acompañamiento, se solicitará el consentimiento familiar para administrar la nueva medicación.
- > Comunicación con la familia, es otro aspecto fundamental, porque resulta necesario un contacto constante con ésta para facilitar cualquier intervención en este ámbito.

El centro puede encontrarse con distintos niveles de problemática sanitaria:

- > Cuando la persona sufre una **enfermedad aguda**: una vez diagnosticada una enfermedad de carácter agudo, que no requiera de hospitalización del usuario, y que por tanto ha de ser gestionada desde el centro, el personal a cargo del usuario ha de estar plenamente informado sobre las pautas a seguir. Dicha información puede quedar recogida en el listado de medicaciones, y si es necesario en el de dietas. Cualquier cambio en el estado<sup>7</sup> del usuario es necesario que se transmita a la familia, o al representante legal.

7. Se parte de la base que la familia actúa de interlocutor entre el servicio residencial y el médico. Si no es el caso, es necesario informar al médico de cualquier incidencia.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

Cuando la intervención médica propuesta implique acciones de carácter invasivo, tales como aislamiento, internamiento, intervenciones quirúrgicas, etc. será necesario solicitar una autorización a la familia o al representante legal.

En el caso que la enfermedad aguda requiera unos niveles de atención de los que el servicio residencial no dispone, será necesario contactar con la familia o con el representante legal para valorar la nueva situación y tomar las decisiones más adecuadas para el bienestar del usuario/a.

- > Cuando la persona sufre una **enfermedad crónica**: las herramientas de trabajo son las mismas que en el anterior caso. En la situación de cronicidad es fundamental realizar un buen seguimiento. Respetar el calendario de visitas, registrar y realizar los cambios que el facultativo ha pautado en la medicación<sup>8</sup>, son los aspectos clave para asegurar una correcta atención.
- > Cuando la persona está **en los últimos días de su vida**: en este contexto es muy recomendable un contacto muy cercano con los familiares del afectado. El soporte proporcionado por los distintos profesionales del centro puede aportar un valor añadido, tanto al afectado como a su familia, que ayude a hacer más llevadera esta situación. En lo que respecta a la familia, dicho soporte puede facilitar el proceso de duelo.

Es fundamental, para un correcto acompañamiento en estos momentos, el máximo respeto a las creencias religiosas o espirituales de la familia.

Esta situación puede ser altamente perturbadora de la dinámica del centro, por lo que se recomienda procurar que no afecte a la actividad cotidiana del resto de los usuarios.

En el caso que la familia desee que el usuario pase sus últimos momentos en el domicilio familiar, hay que contactar para el traslado con una ambulancia privada, ya que los servicios sanitarios públicos normalmente no cubren este aspecto.

Si la defunción se produce en el centro, y no se dispone de médico propio, se procederá de la siguiente forma:

- > Contactar con la familia o representantes legales.
- > Contactar con el ambulatorio de referencia, o en su defecto con el médico de guardia que corresponda a la zona.
- > Dicho médico ha de presentarse para certificar la muerte del usuario.
- > Posteriormente contactar con la funeraria.
- > Si el usuario fuera donante de órganos, contactar con la organización encargada de este aspecto para que se inicie el proceso de donación.

Es de trascendental importancia que cualquier acción que se realice desde el centro respete las últimas voluntades del usuario o las directrices establecidas en el testamento vital.

---

8. Ante cualquier cambio de medicación el centro ha de solicitar una copia de la prescripción médica de éste.



## Documentos de referencia

---

Proceso 2.6 Atención sanitaria Doc. 1. Listado de control de medicaciones.

Proceso 2.6 Atención sanitaria Doc. 2. Listado de dietas.

Proceso 2.6 Atención sanitaria Doc. 3. Ficha sanitaria.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

### 2.6. Proceso de atención sanitaria. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
<b>Misión y objetivos</b>			<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Planificar la atención sanitaria adecuada para cada residente a fin de tratar y prevenir los problemas de salud.</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Llevar a cabo todas las acciones que se deriven del historial.</li> <li>Seguimiento actualizado de su evolución médica.</li> <li>Actuar eficientemente en caso de tratamiento o intervención sanitaria.</li> </ol>			<p><b>Familiares:</b> que se lleve un seguimiento y se cuide de la salud de su familiar.</p> <p><b>Residente:</b> que se cuide de su salud.</p> <p><b>Trabajador social:</b> colaboración por parte de los residentes en cuanto a la información dada y la actitud.</p>			
<b>Indicadores</b>			<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>% de acciones del historial finalmente realizadas.</li> <li>% de enfermedades o problemas detectados a tiempo.</li> <li>Grado de satisfacción con respecto a la atención sanitaria.</li> </ol>			90% 90% 90%	Trimestral		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realización del historial clínico del residente, tomando como fuente el informe socio-sanitario, los informes médicos aportados en la fase de acogida y la información de las primeras entrevistas personales.</li> <li>Seguimiento por parte del personal encargado de las instrucciones a seguir que se deriven de dicho historial.</li> <li>Anotación de cada una de las intervenciones asistenciales en el historial clínico del residente</li> <li>En el caso de cambio de tratamiento o intervención sanitaria se informará a la familia. Casos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Emergencias: derivación a un centro hospitalario.</li> <li>Demencias: Valoración del estado mental y elaboración de un plan de acción pluridisciplinar.</li> <li>Cuidados paliativos: atención paliativa al residente.</li> <li>Enfermedad aguda: tratamiento y seguimiento por parte del personal sanitario encargado.</li> </ul> </li> <li>Atención en los últimos días de la vida</li> </ol> <p><b>Puntos críticos:</b> Claridad y transparencia en la información tanto con la familia como con el residente, consentimiento familiar informado y consentimiento familiar siempre que se utilicen medios de limitación de la movilidad. Especial atención en la alimentación. Tener en cuenta todos los derechos vitales y éticos del residente en todo momento.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Médico.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Terapeuta.</p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> Materiales farmacéuticos (medicación), pañales, material sanitario, etc. <b>Instrumentos:</b> Revisiones médicas periódicas.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> Proveedores de material médico y sanitario.</p>			Médico. Terapeuta. Enfermero. Psicólogo. Cuidador personal. Personal sanitario.		
<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>			
			Proceso 2.6. Atención sanitaria Doc. 1 Control medicación Doc. 2 Dietas. Doc. 3 Ficha sanitaria			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso						
<b>A</b>	<b>Formar a las personas</b>	<b>Iniciar y coordinar el trabajo</b>	<b>Observar y controlar los puntos críticos</b>	<b>Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras</b>	<b>Recoger y atender quejas y sugerencias</b>	
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo						
<b>E</b>	<b>La opinión del cliente</b>	<b>La opinión de los actores del proceso</b>	<b>La evaluación de fallos, incidencias y quejas</b>	<b>El cumplimiento de los objetivos y de la misión</b>		
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo						
<b>M</b>	<b>Acciones correctoras</b>	<b>Acciones preventivas</b>	<b>Reorganización de procesos</b>	<b>Innovación en los procesos</b>		



## 2.7. Proceso de atención a los familiares de los residentes

El elemento clave para una atención adecuada a los familiares de los residentes es la comunicación. Por lo tanto es necesario, dadas las características de las personas atendidas, cuidar los detalles de todos los aspectos que preocupan al familiar sobre el bienestar de los usuarios del centro.

### Objeto

Considerando que la comunicación es el elemento clave para una atención adecuada a los familiares de los residentes, el presente proceso tiene por objeto establecer las directrices básicas para asegurar un correcto flujo de información entre el centro y los familiares o sus representantes legales.

### Desarrollo

Como buena práctica se recomienda considerar la comunicación<sup>9</sup> un aspecto clave a trabajar de manera constante y sistemática.

Todo el personal que tenga contacto con los familiares de los usuarios debe adoptar un mismo código de funcionamiento, lo cual ayudará a dar una imagen de solidez hacia las familias.

Cada servicio residencial, valorando su dinámica previa de funcionamiento, puede elaborar su propio código. Como buena práctica se sugieren los siguientes puntos:

- > Es necesario que las familias conozcan los distintos canales de comunicación formales puestos a su disposición, para así evitar el uso, por parte de éstas, de vías informales o no autorizadas por la organización.
- > Se ha de procurar mantener una imagen de coherencia y uniformidad de criterio en las comunicaciones con las familias.

9. Cualquier intercambio de información debe regirse sobre la LOPD, la cual otorga el poder al usuario o su representante legal para acceder, modificar o cancelar sus datos, previa solicitud (si se considera oportuno por escrito) al representante del centro.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

- > Cuando la familia realice una demanda de información sobre alguna incidencia, se ha de efectuar una recogida y contraste de información, para posteriormente dar una respuesta a la familia. Debe evitarse una respuesta incorrecta o poco ajustada a la realidad de los hechos por la premura en responder.
- > Cuando se vean implicadas diversas áreas en una comunicación, es necesario consensuar una respuesta en el ámbito interno previamente al contacto con la familia.
- > Otro aspecto a destacar es la necesidad de especificar roles en el momento de comunicarse. Así, por ejemplo, el coordinador del servicio actuará de portavoz hacia las familias en cuestiones que revistan importancia; en cambio la intervención del monitor se limitará a aspectos cotidianos.
- > También se recomienda registrar los aspectos relevantes de las reuniones con las familias, para así poder hacer una trazabilidad de los acuerdos que se toman en ellas (Proceso 2.7 Atención familiares Doc. 1).
- > Se debería especificar en el Reglamento Interno todo lo referente al horario de visitas, llamadas telefónicas, participación en la gestión, provisión de recursos al usuario, etc.



### Documentos de referencia

---

Proceso 2.7. Atención a familias Doc. 1. Registro de las reuniones con las familias.

2.7. Proceso de atención a los familiares de los residentes. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Asegurar una comunicación fluida entre la organización residencial y los familiares o personas de referencia de los residentes para lograr la mejora continua del servicio.</p> <p><b>Objetivos:</b> 1. Conseguir una excelente comunicación entre los residentes, los familiares y el centro. 2. Conseguir que los familiares visiten frecuentemente el centro y participen en sus actividades.</p>		<p><b>Familiares:</b> seguir teniendo una relación y una comunicación fluida y estrecha con el residente. <b>Residente:</b> seguir teniendo un vínculo con la familia lo más estrecho posible. <b>Centro residencial:</b> facilitar la comunicación residente-familiar y realizar un seguimiento adecuado de la misma.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
1. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la participación y comunicación.		90%	Semestral.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. Explicación a los familiares de los canales de comunicación con el residente y las formas para hacerlos efectivos. 2. Delimitación de los roles a desempeñar en el proceso de comunicación. 3. En el caso en que la familia exponga cualquier incidente se actuará de la siguiente forma.     1. Recogida de información sobre el mismo.     2. Contraste de la información recogida.     3. En caso que se vean implicadas diversas áreas se consensará una respuesta en el ámbito interno previamente.     4. Responder a la familia en el tiempo necesario. 4. Registrar los aspectos relevantes de cualquier contacto con las familias para así hacer una trazabilidad de los mismos. <b>Puntos críticos:</b> Mantener una imagen de coherencia y uniformidad en la comunicación. Un buen proceso de comunicación da una imagen de solidez a las familias.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Coordinador.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Monitor.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> Hojas de reclamaciones, buzón de quejas de reclamaciones. <b>Instrumentos:</b> Reuniones, actividades, etc. <b>Proveedores clave:</b> No hay.</p>			Coordinador. Monitor. Trabajador social.	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>	
			Proceso 2.7. Atención a familias Doc. 1: Registro de reuniones con las familias.		
<b>A</b>	<b>ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso</b>				
	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
<b>E</b>	<b>EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo</b>				
	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
<b>M</b>	<b>MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo</b>				
	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

### 2.8. Proceso de salida

---

No se puede olvidar la necesidad de hacer una buena gestión del momento en que una persona debe dejar el centro, por las razones que sea. Siempre debe ser atendido con la mayor calidad posible.

#### Objeto

---

El objeto de este proceso consiste en valorar la posible baja y salida del centro, asegurándose que la derivación hacia otro recurso es la opción más positiva para el bienestar del residente, y gestionándola de manera fluida.

#### Desarrollo

---

Se pueden dar distintas circunstancias que motiven diferentes tipos de baja en el centro:

##### 1. Traslado a otro recurso

La demanda de baja puede originarse tanto a petición del residente o de la familia, como propuesta por el propio centro. El equipo de profesionales de la residencia valorará entonces el recurso más adecuado.

Una vez decidido el recurso, el centro procederá a tramitar la derivación y elaborará un informe interdisciplinar (Proceso 2.8. Salida. Doc. 1), en el que deberán quedar recogidos los aspectos más relevantes de cada área de intervención. Su finalidad es que el centro que acoga al residente pueda poseer la información necesaria para el correcto tratamiento y asistencia de su nuevo usuario. Antes de traspasar la información al centro de destino será necesario solicitar la conformidad del traspaso de información a la familia o tutor. Posteriormente se procederá a la firma de la renuncia de la plaza (Proceso 2.8. Salida. Doc. 2).

Fijada la fecha del traslado, el centro ayudará en los preparativos necesarios para la recogida de las pertenencias, y hará entrega de la documentación personal que posea en el expediente del residente que ha cursado baja.

Es recomendable comunicar con antelación la salida del usuario a sus compañeros y al personal. Si las circunstancias de salud del residente lo permiten, se propiciará la despedida en un clima festivo.

Es positivo que, pasados unos días, el centro contacte con el residente para interesarse por su estado.

## 2. Retorno al domicilio

A petición de la familia o del residente así como bajo criterios del propio servicio residencial, se debe valorar el retorno al domicilio cuando haya una mejora de las circunstancias que motivaron el ingreso, sean estas familiares o de estado de salud.

Una vez decidido el retorno, se fija una fecha de baja y se procede a firmar la renuncia de la plaza (Proceso 2.8. Salida. Doc. 2). Los responsables del servicio y la familia o persona de referencia acordarán la forma en que se efectuará el traslado a su domicilio.

Igual que en el caso anterior, se informará a los residentes y al personal con la suficiente antelación para facilitar la mejor despedida.

Es recomendable que pasados unos días, el servicio contacte con el residente para interesarse por su estado.



### Documentos de referencia

---

Proceso 2.8. Salida. Doc. 1. Informe de derivación a otro servicio (consultar bibliografía).

Proceso 2.8. Salida. Doc. 2. Renuncia de plaza residencial. Documento en el que se renuncia al contrato asistencial que se firmó al tramitar el ingreso en la residencia.

Ley General de Sanidad. Consentimiento informado.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

### 2.8. Proceso de salida. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> valorar y gestionar correctamente las bajas del centro y acompañar bien a la persona a su nuevo destino.</p> <p><b>Objetivos:</b> 1. Valorar la salida de una forma rigurosa, de forma que sea más favorable para el bienestar del residente y con el acuerdo de la familia.                  2. Realizar los trámites de salida de una forma rápida.                  3. Lograr una salida del centro lo menos traumática posible.</p>		<p><b>Familiares:</b> que la salida sea recomendable y rápida.  <b>Residente:</b> que la salida sea para una mejora de su situación.  <b>Centro:</b> que la salida sea rápida, y favorezca los intereses del residente.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. Tiempo desde la demanda de baja hasta la firma de renuncia de plaza.                  2. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la atención en el proceso de salida.</p>		Menos de 1 semana. 90%.	Cada 10 bajas.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
<p>El procedimiento de salida puede darse de dos formas distintas:</p> <p>1. Traslado a otro recurso.                  Demanda de baja por parte de la familia, residente o por el propio centro.                  Valoración por parte del equipo de profesionales de la solución adecuada.                  El centro tramita la derivación según la solución propuesta y elabora un informe interdisciplinar, donde quedan recogidos los aspectos más relevantes de cada área de intervención                  Firma de la renuncia de plaza por parte del residente y fijación de fecha de baja.                  Ayuda al residente en la recogida de las pertenencias.                  Entrega al residente de la documentación personal que esté en su expediente.                  Despedida del residente lo más festiva posible y con conocimiento previo de sus excompañeros.                  Contacto del centro con el ex residente para conocer su situación.</p> <p>2. Retorno al domicilio.                  Demanda de retorno por parte de la familia, residente o por el propio centro.                  Valoración de la mejora de las circunstancias que motivaron el ingreso (familiares o salud).                  Firma de la renuncia de plaza por parte del residente y fijación de una fecha de baja.                  Acuerdo con los familiares en las condiciones del retorno.                  Despedida del residente lo más festiva posible y con conocimiento previo de sus excompañeros.                  Contacto a posteriori del centro con el residente para conocer su situación.</p>			<p><b>Propietario del proceso:</b> Psicólogo.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Médico. Psicólogo. Responsable de la dirección. Personal sanitario.</p>	
<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>	
<p><b>Recursos materiales:</b> Papel, material celebración.  <b>Proveedores clave:</b> Reunión equipo interdisciplinar.  <b>Proveedores clave:</b> No hay.</p>			Asistente social. Responsable de la dirección. Médico, Psicólogo.	
<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>	
			Proceso 2.8. Salida Doc. 1: Informe de derivación. Doc. 2: Renuncia de plaza residencial.	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## 2.9. Proceso de atención a incidencias (quejas, sugerencias y reclamaciones de los residentes y sus familiares)

Es necesario gestionar de forma rigurosa y sistemática las incidencias fruto de la dinámica del servicio. La buena gestión no consiste en esconder las quejas, ni tratarlas como un capricho de la persona. Las quejas han de percibirse, siempre, como una oportunidad de mejora.

### Objeto

Este proceso tiene por objeto asegurar la gestión, análisis y resolución de las incidencias producidas en el servicio residencial.

Ante cualquier incidencia es necesario que el usuario y sus familiares se sientan escuchados y también dar respuesta a todas las quejas, sugerencias y reclamaciones que éstos puedan formular.

### Desarrollo

Las quejas, sugerencias y reclamaciones pueden llegar a distintos profesionales. Por ello, una vez registradas, se hace necesario centralizar las mismas para realizar una correcta gestión y agilizar el proceso de mejora continua.

Este proceso se inicia con el registro de la queja, sugerencia o reclamación. Para ello los distintos profesionales disponen del Proceso 2.9. Atención incidencias. Doc. 1. Registro de incidencias.

Una vez cumplimentada la primera parte del mismo, este documento es derivado a la persona del servicio que desempeña las funciones de responsable de calidad. Ésta canalizará el documento hacia el ámbito afectado por la incidencia, que analiza y valora la necesidad de generar una acción correctiva. Este documento se retorna al responsable de calidad para dar una respuesta al cliente, al mismo tiempo que se da por cerrada la incidencia.

Es extremadamente importante que la gestión de las incidencias evite connotaciones punitivas para el personal que ha sido objeto de las mismas. Esta percepción puede afectar negativamente al clima laboral. La visión que se recomienda transmitir al personal es que esta dinámica tiene por objeto la mejora continua del servicio.

## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

---

Este esfuerzo por ser receptivos a las necesidades de los clientes puede verse reforzado con la instalación de un buzón de sugerencias, que les permite expresarse en relación con el servicio de forma anónima.

Se recomienda que con periodicidad trimestral o semestral se realice un análisis o evaluación de la tipología de incidencias generada por el servicio. Este análisis tiene por objeto detectar las áreas que requieren la introducción de mejoras en su funcionamiento.



### Documentos de referencia

---

Proceso 2.9. Atención incidencias. Doc. 1. Registro de incidencias. Documento donde se registran, analizan y corrigen las incidencias que surgen dentro del servicio.

---

10. Es recomendable gestionar todas las incidencias mediante una base de datos informatizada, que nos ayudará a simplificar y agilizar todo el proceso de gestión de las incidencias.



2.9. Proceso de atención a incidencias. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> Gestionar, analizar y resolver las quejas, sugerencias o reclamaciones de forma que permitan la mejora continua del servicio.</p> <p><b>Objetivos:</b> <b>1.</b> Que todas las quejas, sugerencias o reclamaciones formuladas por los clientes reciban una respuesta por parte del centro residencial.</p> <p><b>2.</b> Que el número de quejas, sugerencias o reclamaciones sea el mínimo posible.</p> <p><b>3.</b> Que cada queja, sugerencia o reclamación lleve asociada una propuesta de mejora.</p>		<p><b>Familiares:</b> que sus quejas, sugerencias o reclamaciones sean escuchadas y efectivamente resueltas.</p> <p><b>Residente:</b> que sus quejas, sugerencias o reclamaciones sean escuchadas y efectivamente resueltas.</p> <p><b>Centro residencial:</b> que las quejas, sugerencias o reclamaciones sirvan para la mejora continua del servicio.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<p><b>1.</b> % de quejas, reclamaciones o sugerencias respondidas a los clientes.</p> <p><b>2.</b> % de quejas, sugerencias o mejoras con propuesta de mejora asociada.</p> <p><b>3.</b> Grado de satisfacción del cliente.</p>		<p>90%</p> <p>90%</p> <p>80%</p>	Trimestral		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<p><b>1.</b> Se recibe la queja, sugerencia o reclamación a través del registro de incidencias.</p> <p><b>2.</b> Traspaso de dicho registro al encargado o responsable de calidad.</p> <p><b>3.</b> El responsable de calidad traslada dicha queja, sugerencia o reclamación al área afectada desde donde se analiza la necesidad de llevar a cabo una acción correctora.</p> <p><b>4.</b> El registro es retornado al responsable de calidad, quien dará una respuesta al usuario o familiar, dando por cerrada la incidencia.</p> <p><b>5.</b> Análisis de la tipología de incidencias que genera el servicio cada cierto tiempo, para llevar a cabo la mejora continua.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> Evitar que las quejas tengan como consecuencia acciones punitivas para el personal, pues éste debe verlas como instrumentos para mejorar el servicio. Las quejas, sugerencias o reclamaciones deben poder hacerse de forma anónima y por lo tanto es importante la existencia de un buzón de sugerencias.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Trabajador social.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director de calidad.</p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> hojas de reclamaciones, buzón de quejas de reclamaciones.</p> <p><b>Instrumentos:</b> reuniones de área.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> no hay.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Trabajador social.</p> <p>Todo el personal del área implicada.</p>		
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>		
		Proceso 2.9. Atención a incidencias. Doc. 1. Registro de incidencias			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	<b>Formar a las personas</b>	<b>Iniciar y coordinar el trabajo</b>	<b>Observar y controlar los puntos críticos</b>	<b>Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras</b>	<b>Recoger y atender quejas y sugerencias</b>
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	<b>La opinión del cliente</b>	<b>La opinión de los actores del proceso</b>	<b>La evaluación de fallos, incidencias y quejas</b>	<b>El cumplimiento de los objetivos y de la misión</b>	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	<b>Acciones correctoras</b>	<b>Acciones preventivas</b>	<b>Reorganización de procesos</b>	<b>Innovación en los procesos</b>	

## 2.10. Proceso de encuesta de satisfacción a los residentes, familiares y empleados

---

Es necesario obtener una valoración continua de los clientes, tanto externos como internos, con relación a los niveles de satisfacción respecto al centro. Esta valoración nos servirá para corregir y mejorar. Si se hace con una perspectiva temporal, se verán los esfuerzos recompensados por una valoración cada vez más positiva.

### Objeto

---

Este proceso tiene por objeto planificar la forma en que se recoge la opinión de los clientes, tanto internos como externos, sobre el centro y su dinámica de funcionamiento.

Se recomienda como mínimo una vez al año. Es necesario medir los niveles de satisfacción de los clientes del centro.

El objeto de esta acción estriba en evaluar si las características de funcionamiento actual del servicio están cubriendo las necesidades y expectativas de los clientes.

### Desarrollo

---

Antes de iniciar cualquier actividad en pro de la medición de la satisfacción del cliente, es necesario analizar las implicaciones de este concepto.

En este sentido, se aconseja realizar la siguiente distinción:

#### Cliente externo:

Se recomienda incluir en el concepto de cliente externo tanto a los usuarios como a las familias de los mismos. Esta perspectiva aporta una riqueza de matices superior a la que contempla tan sólo una de las partes.

#### Cliente Interno:

Éste se refiere a todos los trabajadores del centro.

En todos los casos la medida tiene por objeto conocer los niveles de satisfacción acerca de la calidad del servicio. Para los dos tipos de clientes se recomienda el diseño de una herramienta única, adaptada a sus características, para favorecer la comparación de los dos puntos de vista.

Dicha comparación hace que el resultado de la opinión de los dos clientes sirva con mayor seguridad para la mejora de las condiciones de funcionamiento del centro.

Una vez establecidos los medios e instrumentos oportunos, debe procederse a la recogida y análisis de la información y al estudio por parte de un equipo interdisciplinar de los aspectos más relevantes obtenidos. De las conclusiones de este estudio deberán surgir propuestas de mejora y de su posterior implantación.



### Documentos de referencia

Se recomienda ajustar a la realidad de cada centro el instrumento de medición de los niveles de satisfacción. En este Manual de Buenas Prácticas se proponen los siguientes instrumentos:

Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 1. Encuesta al cliente externo-familia.

Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 2. Encuesta para el cliente externo-usuario.

Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 3. Encuesta para el cliente interno-empleado.

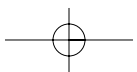
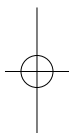
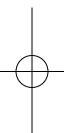
## 2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

### 2.10. Proceso de encuesta de satisfacción a los residentes, familiares y empleados. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>			
<p><b>Misión:</b> obtener información de los clientes sobre su satisfacción respecto al servicio prestado con el fin de mejorarlo, consiguiendo así una mejor calidad de vida para dichos clientes.</p> <p><b>Objetivos:</b> 1. Alcanzar niveles máximos de satisfacción en clientes externos e internos.</p>		<p><b>Familiares:</b> que el centro disponga de unos elevados niveles de calidad.</p> <p><b>Residente:</b> residir en un centro con un alto nivel de calidad.</p> <p><b>Centro:</b> conseguir unos niveles máximos de calidad y satisfacción de los clientes.</p>			
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>		
<p>1. Grado de satisfacción de los clientes internos y externos con el servicio.</p> <p>2. % rotación del personal.</p> <p>3. Nº de quejas y reclamaciones recibidas al mes.</p>		<p>90%</p> <p>&lt; 5%</p> <p>&lt;5</p>	<p>Semestral.</p>		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
	<p>1. Elaboración de herramientas para medir la satisfacción de los clientes (cuestionarios, entrevistas, etc.).</p> <p>2. Diseño de un plan para ponerlas en práctica; por ejemplo dónde, cuándo, por qué y a quién se las aplicaremos</p> <p>3. Recogida de la información obtenida.</p> <p>4. Análisis de la información recogida.</p> <p>5. Estudio por un equipo interdisciplinar de los aspectos relevantes obtenidos y presentación por parte de éstos de propuestas de mejora.</p> <p>6. Implementación de las propuestas de mejora acordadas.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> Las herramientas utilizadas deben ser fiables y por lo tanto realizadas por especialistas y contrastadas, para un posterior análisis estadístico con garantía. Los cuestionarios deben poder ser respondidos anónimamente para obtener así respuestas fiables y no sesgadas.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Director de calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Trabajador social.</p>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>		
	<p><b>Recursos materiales:</b> encuestas de satisfacción, herramientas informáticas estadísticas, ordenador.</p> <p><b>Instrumentos:</b> entrevistas. <b>Proveedores clave:</b> proveedor de software estadístico.</p>		<p>Director de calidad. Trabajador social.</p>		
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>		
		<p>Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 1. Encuesta al cliente externo-familia. Doc. 2. Encuesta al cliente externo-usuario. Doc. 3. Encuesta al cliente interno-empleado.</p>			
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
<b>A</b>	<b>Formar a las personas</b>	<b>Iniciar y coordinar el trabajo</b>	<b>Observar y controlar los puntos críticos</b>	<b>Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras</b>	<b>Recoger y atender quejas y sugerencias</b>
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
<b>E</b>	<b>La opinión del cliente</b>	<b>La opinión de los actores del proceso</b>	<b>La evaluación de fallos, incidencias y quejas</b>	<b>El cumplimiento de los objetivos y de la misión</b>	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
<b>M</b>	<b>Acciones correctoras</b>	<b>Acciones preventivas</b>	<b>Reorganización de procesos</b>	<b>Innovación en los procesos</b>	

## Panel de Indicadores de los Procesos Esenciales

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
<b>2.1. Admisión</b>	1. % documentos del sistema de información definido y entregado al usuario al ingreso. 2. % criterios de la Comisión de valoración cumplidos. 3. Grado de satisfacción de los familiares con respecto al trato recibido.	100%  100% 90%	Cada 10 entradas.
<b>2.2. Acogida y alojamiento</b>	1. % de documentos necesarios firmados. 2. % de usuarios con profesional de referencia asignado. 3. Grado de satisfacción de la familia con respecto a la acogida.	100% 80% 80%	Cada 10 entradas.
<b>2.3. Valoración y plan individual</b>	1. % de participación de los profesionales interdisciplinarios en el diagnóstico y en el PAI. 2. % de objetivos marcados en el PAI finalmente cumplidos.	90%  80%	Trimestral.
<b>2.4. Atención continua</b>	1. % de residentes con problemas de higiene. 2. % de residentes con problemas de alimentación. 3. % de quejas de los residentes en concepto de atención continua.	0% 0% 0%	Trimestral.
<b>2.5. Programa de ocio</b>	1. Nº de actividades programadas por semana. 2. % de residentes participantes en actividades de ocio. 3. Grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el PAI.	10 80% 50%	Trimestral.
<b>2.6. Atención sanitaria</b>	1. % de acciones del historial finalmente realizadas. 2. % de enfermedades o problemas detectados a tiempo. 3. Grado de satisfacción con respecto a la atención sanitaria.	90% 90% 90%	Trimestral.
<b>2.7. Atención a familias</b>	1. Grado de satisfacción de los familiares respecto a la participación y comunicación.	90%	Semestral.
<b>2.8. Salida</b>	1. Tiempo desde la demanda de baja hasta la firma de renuncia de plaza. 2. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la atención en el proceso de salida.	Menos de 1 semana 90%	Cada 10 bajas.
<b>2.9. Atención a Incidencias</b>	1. % de quejas, reclamaciones o sugerencias respondidas a los clientes. 2. % de quejas, sugerencias o mejoras con propuesta de mejora asociada. 3. Grado de satisfacción del cliente.	90% 90%  80%	Trimestral.
<b>2.10. Encuestas de satisfacción</b>	1. Grado de satisfacción de los clientes internos y externos con el servicio. 2. % de rotación del personal. 3. Nº de quejas y reclamaciones recibidas al mes.	90%  < 5% < 5	Anual.



## 3.1. Plan de mantenimiento

Es necesario que el centro cuente con un plan de mantenimiento y con partida presupuestaria propia para ello, si es posible. Se debe mantener tanto la infraestructura del centro como el equipamiento en buen estado.

### Objeto

Garantizar un nivel de limpieza óptimo, así como unas buenas condiciones higiénicas en todos los ámbitos del centro prestando un buen servicio. Desarrollar un plan de mantenimiento ágil para las reparaciones y preventivo para que los recursos materiales y tecnológicos sean eficientes.

### Desarrollo

Para realizar una correcta gestión del mantenimiento y limpieza de las instalaciones del centro, prestar un buen servicio y reducir costes, de acuerdo con el plan de riesgos laborales de cada centro, es necesario organizar dos líneas de actividad: el mantenimiento y la limpieza preventivos, y la gestión de las reparaciones e incidencias.

#### Mantenimiento y limpieza preventivos

En primer lugar, si existe un responsable de mantenimiento o de limpieza en el centro, éste guardará un listado de las principales instrucciones de máquinas y aparatos del fabricante, así como de todos los productos de limpieza.

Con esta información podrá realizar una previsión de las actividades de mantenimiento y de limpieza de todas las instalaciones del centro. Tendrá en cuenta las obligaciones legales y el estado de las instalaciones, incluyendo calderas, aire acondicionado, sistema de purificación de agua, ascensores, instalaciones de frío, instalación eléctrica, lavandería, sistema de seguridad, zonas comunes y habitaciones.

En segundo lugar, se realizará una planificación anual de las tareas de mantenimiento preventivo y de limpieza, clasificando las tareas en diarias, semanales, mensuales y anuales. Es buena práctica cumplimentar, cada vez que se realicen las citadas tareas, el registro de mantenimiento preventivo y el de limpieza (Proceso 3.1. Plan de mantenimiento. Doc. 1).

Si el responsable de la tarea es una empresa externa, es aconsejable firmar el albarán de la empresa después de haber revisado y comprobado el trabajo hecho.

### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

---

Es aconsejable que el centro cuente con un listado de todas las empresas de mantenimiento externo. También deben realizarse revisiones periódicas mensuales de carácter preventivo de todos los dispositivos de seguridad y de las condiciones de salubridad, independientemente de las que establezcan los proveedores de productos energéticos (gas, electricidad, fuel...).

Anualmente, se analizarán las quejas e incidencias en las instalaciones y sus reparaciones, introduciendo los cambios necesarios en la siguiente planificación anual.

#### Gestión de las incidencias en las instalaciones y dependencias del centro

Se recomienda que el centro cuente con un procedimiento específico de reparación de averías y acciones de limpieza especiales, que contemple si la avería o la incidencia es urgente o no.

Cuando algún miembro del personal del centro detecte una anomalía, lo comunicará al departamento de administración, que registrará un parte de avería o de incidencia y lo notificará al servicio técnico o de limpieza del centro.

Es aconsejable que el servicio técnico del centro lleve un control detallado de los partes de averías o anomalías de limpieza que, una vez solucionados, presentará a la Dirección en el mismo día. Una vez cerrado el parte de avería o anomalía, el mismo servicio técnico archivará diariamente los partes solucionados.

Una vez al mes se realizará un análisis de las averías e incidencias, el tiempo de respuesta y el coste, para analizar las posibilidades de mejora posibles.

#### Evaluación y mejora continua

---

La evaluación del plan de mantenimiento y limpieza del centro debe ser continuada, con el objetivo de ir introduciendo los cambios pertinentes sobre la marcha del proceso. Sólo de esta manera se garantiza la efectividad del plan.

Por otra parte, de una manera periódica, se realizarán análisis del funcionamiento del procedimiento establecido con el fin de introducir las mejoras convenientes.

#### Documentos de referencia

---

Proceso 3.1. Plan de mantenimiento. Doc. 1. Registro de mantenimiento preventivo de instalaciones y equipos.



3.1. Proceso de mantenimiento. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Conservar las instalaciones en perfecto estado de funcionamiento y limpieza y dar una respuesta rápida a las incidencias.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que el mantenimiento de las instalaciones se haga tal y como establece el plan de mantenimiento. Que las averías sean reparadas en el mínimo tiempo posible. Que las dependencias de los usuarios estén siempre muy limpias.</p>		<p><b>Usuarios y familiares:</b> que las instalaciones estén siempre en perfecto estado.</p> <p><b>Centro:</b> disponer de un procedimiento para mantener las instalaciones siempre en perfecto estado.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. Equipamiento adecuado a las necesidades de los residentes.</p> <p>2. % de tareas del plan de mantenimiento y limpieza programadas y finalmente realizadas.</p> <p>3. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se repara la avería o incidencia.</p> <p>4. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza.</p>		<p>100%</p> <p>90%</p> <p>6 horas</p> <p>90%</p>	<p>Trimestral</p>	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. <b>Mantenimiento preventivo y de limpieza.</b> 1. Guardar, si no se hace, un listado de todas las instrucciones de máquinas y aparatos del fabricante, así como también un listado de los proveedores de maquinaria de la empresa y de productos de limpieza. 2. Realizar una planificación anual de las tareas de mantenimiento preventivo, incluidas las de limpieza de servicios, instalaciones y máquinas, así como de habitaciones y zonas de uso del cliente. (diarias, semanales, etc). 3. Cuando esté marcado en el plan realizar el mantenimiento y limpieza llevando a cabo el registro de mantenimiento preventivo. En el caso de que sea una empresa externa la encargada del mantenimiento se llevará a cabo la verificación del trabajo realizado antes de la firma del albarán. Además se recomienda realizar revisiones periódicas mensuales además de las marcadas por el fabricante. 4. A final de año, análisis de las quejas sobre las instalaciones y actuación pertinente para mejorarlas.</p>		<p>2. <b>Gestión de reparaciones o anomalías de limpieza.</b> 1. Elaboración de un procedimiento para la gestión de reparaciones si el centro no cuenta con él. 2. Cuando se detecte una avería se notificará a la administración, que trasladará al servicio técnico la anomalía. 3. Registro de la avería, solución de la misma y entrega a la administración de dicho registro. 4. Archivo de la avería, que una vez al año se revisará para la búsqueda de soluciones y mejoras en tiempos, costes, etc. <b>Puntos críticos:</b> que las verificaciones del mantenimiento se hagan tal y como el fabricante especifica que deben hacerse. El tiempo utilizado en el mantenimiento y la reparación y el registro de las actuaciones en los pertinentes registros. Es también importante que más de una persona en el centro sepa realizar las tareas de mantenimiento y reparaciones para garantizar el buen funcionamiento del proceso en todo momento.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> salas de máquinas, archivo para documentos de fabricantes, etc.</p> <p><b>Instrumentos:</b> explicación del fabricante.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> fabricantes y mantenedores de equipos varios.</p>		<p>Responsable de mantenimiento o limpieza.</p> <p>Administración del centro.</p> <p>Servicio técnico.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
<p>Documentos, garantías, instrucciones, etc. sobre la maquinaria y equipos varios del centro.</p>		<p>Proceso 3.1. Plan de mantenimiento Doc. 1 Registro de mantenimiento y Doc. 2 Registro de parte de incidencias.</p>		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

## 3.2. Plan de limpieza del centro

Es necesario que el centro cuente con un plan de limpieza y, si es posible, con partida presupuestaria propia. Se deben mantener limpias tanto las zonas comunes como las habitaciones de los usuarios, así como el resto de estancias y la infraestructura del centro.

### Objeto

Garantizar un nivel de limpieza óptimo, así como unas buenas condiciones higiénicas en todos los ámbitos del centro prestando un buen servicio. Hay que evitar los riesgos laborales que pueden afectar a los trabajadores encargados de esta tarea. Desarrollar un plan de limpieza diario para que las instalaciones estén en perfectas condiciones de uso, especialmente las de uso público.

### Desarrollo

Es necesario organizar bien las tareas diarias para realizar una correcta gestión de la limpieza de las instalaciones del centro, con el fin de evitar riesgos laborales, prestar un buen servicio y reducir costes.

1. Planificación de la limpieza
2. Evaluación del proceso
3. Planificación de la mejora
4. Revisión periódica del plan de prevención de riesgos laborales
5. Formación de los trabajadores

#### Planificación de la limpieza

- > Relación de tareas a realizar en cada uno de los distintos espacios del centro: habitaciones, salas de uso común, zonas de tránsito, zonas de servicios...
- > Periodicidad de las tareas de limpieza para cada espacio
- > Asignación y reparto de tareas diaria y por turnos
- > Sistema de registro de tareas y resultados
- > Relación de puntos críticos que se han de observar: grifos, cristales, aseos...
- > Contemplar recursos disponibles para imprevistos

#### Evaluación del proceso

- > Registros de tareas y visto bueno de la persona encargada
- > Registros de imprevistos y soluciones aportadas

- > Análisis periódicos de puntos críticos
- > Valoración de resultados de forma periódica

### Planificación de la mejora

Al ser un proceso muy dinámico y repetitivo y en el que la aparición de imprevistos es frecuente, la evaluación debe ser periódica y los cambios que se precisen deben de instaurarse con rapidez.

Revisión periódica del plan de prevención de riesgos laborales específicos del personal encargado de la limpieza.

Formación de los trabajadores, con frecuencia establecida y que contemple buenas prácticas (orden, evitar molestias, utilización adecuada de materiales...), así como de temas relacionados que motiven al trabajador.

En cuanto a la planificación diaria de las tareas resultan recomendables los siguientes puntos:

- > El responsable realizará la planificación de trabajo del personal asignado a partir del listado diario de ocupación y el plan de limpieza de zonas comunes.
- > La planificación se realizará con un día de antelación rellenando el registro de trabajo de las auxiliares de limpieza.
- > Se empezará por la limpieza de zonas comunes para evitar molestias y ruidos a los usuarios.
- > La limpieza de habitaciones empezará por las habitaciones de los usuarios más madrugadores, siempre que sea posible.
- > Se realizará una previsión de carga de trabajo con una semana de antelación.
- > A primera hora de la mañana las auxiliares de limpieza mantendrán una reunión con su responsable, quien dará las instrucciones oportunas y asignará el personal para la limpieza de zonas comunes, comedores y orden de limpieza de habitaciones.
- > La responsable entregará el registro de limpieza a cada auxiliar con sus respectivas instrucciones.
- > La responsable distribuirá las tareas de limpieza de las zonas comunes a las auxiliares evitando ruidos y molestias a los usuarios.
- > Las zonas comunes se considerarán convenientemente limpias cuando:
  - a) En los baños de las zonas comunes, los elementos como luces, secador, grifería, pasamanos, etc. funcionan correctamente y ofrecen un aspecto brillante y sin manchas.
  - b) Limpieza adecuada de suelo y alfombras.
  - c) Limpieza de cristales y espejos.
  - d) Limpieza a fondo de polvo, suciedad y desechos del suelo.
  - e) Haya olor agradable y a limpio.

Cuando algún miembro del personal del centro detecte una anomalía lo comunicará a la administración que registrará un parte de incidencia y lo notificará al servicio de limpieza del centro.

Es aconsejable que el servicio técnico del centro lleve un control detallado de los partes de anomalías de limpieza, que una vez solucionados, presentará a la Dirección durante el mismo día. Una vez concluido el parte de anomalía, el mismo servicio archivará diariamente los partes solucionados.

### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

---

Mensualmente, se realizará un análisis de las incidencias, el tiempo de respuesta y el coste, para estudiar las posibilidades de mejora.

#### Evaluación y mejora continua

---

La evaluación del plan de limpieza del centro debe ser continuada, con el objetivo de ir introduciendo los cambios pertinentes sobre la marcha del proceso. Sólo de esta manera se garantiza la efectividad del plan.

#### Documentos de referencia

---

Proceso 3.2. Limpieza. Doc. 1. Registro de Control de limpieza de una habitación.

Proceso 3.2. Limpieza. Doc. 2. Registro de partes de incidencias de limpieza.

Proceso 3.2. Limpieza. Doc. 3. Registro de control de al menos 6 puntos críticos del centro una vez por semana.

3.2. Proceso de limpieza. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Conservar las instalaciones en perfecto estado de limpieza y dar una respuesta rápida a las incidencias.</p> <p><b>Objetivos:</b> Que la limpieza de las instalaciones se haga tal y como establece el plan de limpieza. Que las incidencias sean corregidas en el mínimo tiempo posible. Que las dependencias de los usuarios estén siempre muy limpias.</p>		<p><b>Usuarios y familiares:</b> que las instalaciones estén siempre en perfecto estado de limpieza.</p> <p><b>Centro:</b> disponer de un procedimiento para controlar que las instalaciones siempre estén en perfecto estado de limpieza.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. % de tareas del plan de limpieza programadas y finalmente realizadas.</p> <p>2. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se soluciona la o incidencia.</p> <p>3. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza.</p> <p>4. Nivel de limpieza e higiene en el centro.</p>		<p>90%</p> <p>30 minutos</p> <p>90%</p> <p>90%</p>	Trimestral	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>&gt; El responsable planifica el trabajo del personal asignado.</p> <p>&gt; La planificación se realizará con un día de antelación.</p> <p>&gt; Se empezará por la limpieza de zonas comunes para evitar molestias de ruidos a los usuarios.</p> <p>&gt; La limpieza de habitaciones empezará por las habitaciones de usuarios que se levantan más pronto.</p> <p>&gt; A primera hora de la mañana todas las auxiliares de limpieza mantendrán una reunión con la responsable.</p> <p>&gt; La responsable entregará el registro de limpieza a cada auxiliar con sus respectivas instrucciones.</p> <p>&gt; La responsable distribuirá las tareas de limpieza de las zonas comunes a las auxiliares evitando ruidos y molestias a los usuarios .</p> <p>&gt; Cuando se detecte una anomalía lo hará saber a administración.</p> <p>&gt; Se registrará un parte de incidencia y se notificará al servicio de limpieza.</p> <p>&gt; Llevar un control detallado de los partes de anomalías de limpieza .</p> <p>&gt; Una vez al mes se realizará un análisis de las incidencias, el tiempo de respuesta y el coste, para ver las posibilidades de mejora que se tienen.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> que las instrucciones del uso de materiales de limpieza se hagan tal y como el fabricante especifica. El tiempo utilizado en la reparación de la anomalía se debe registrar. Es también importante que haya más de una persona en el centro que sepa realizar las tareas de limpieza para garantizar el buen funcionamiento del proceso en todo momento.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Responsable de la limpieza.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Administración.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> materiales de limpieza adecuados para todo tipos de instalaciones.</p> <p><b>Instrumentos:</b> explicación del fabricante.</p> <p><b>Proveedores clave:</b> fabricantes de productos de limpieza.</p>		<p>Responsable de limpieza.</p> <p>Auxiliares.</p> <p>Administración.</p>	
<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>		
Documentos, garantías, instrucciones, etc. sobre los productos usados para limpiar el centro.		Proceso 3.2. Limpieza Doc. 1 y 2 Registros de limpieza y Doc. 3 Control puntos críticos		
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

---

## 3.3. Gestión de proveedores

---

Es necesario que el centro cuente con un sistema de gestión de los proveedores de los servicios o productos clave, que asegure los estándares de calidad deseados.

### Objeto

---

El objetivo básico de este proceso es conseguir el mejor precio del mercado para la calidad definida previamente como óptima y facilitar el almacenamiento y correcta distribución a todos los departamentos del centro.

### Desarrollo

---

Para realizar convenientemente este proceso, es necesario negociar con el proveedor unas condiciones de pago óptimas, así como llegar a acuerdos claros sobre la calidad de servicio: rapidez, eficacia y trato.

Para conseguir estos objetivos, siempre que se necesite gestionar un nuevo producto o servicio es bueno, antes de elegir el proveedor, solicitar tres presupuestos diferentes, que contemplen el coste del producto/servicio, si es el caso, y las condiciones detalladas que ofrece cada proveedor.

Será responsabilidad última del responsable de compras, una vez valorados los pros y contras de los distintos proveedores y comentados con las partes implicadas del centro, negociar y decidir la oferta que más interese al centro. Es recomendable, llegado este punto, concretar con el proveedor el tiempo del acuerdo y la revisión del mismo. Este período no debería superar el año.

Una vez elegido el proveedor, se le incluirá en la lista de proveedores autorizados del centro.

Se establecerá un sistema de control de calidad de los productos suministrados, de manera que se pueda, al final, realizar un análisis de los fallos del proveedor, con objeto de establecer mejoras en el próximo contrato o, si es el caso, cambiar de proveedor.

### Evaluación y mejora continua

---

El sistema de gestión de proveedores del centro debería ser flexible, dinámico y de revisión continua. La persona responsable del mismo tendría que ser abierta, con capacidad de negociación y con capacidad de decisión.

Al cabo de un periodo determinado se realizará una evaluación del proceso y se introducirán los cambios oportunos, con el fin de mejorar la selección, control y contratación de los proveedores.

### Documentos de referencia

---

Proceso 3.3. Proveedores Doc. 1. Registro mensual de evaluación del servicio de los proveedores.

Proceso 3.3. Proveedores Doc. 2. Registro de los proveedores oficiales del centro.

### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

#### 3.3. Gestión de proveedores. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
<b>Misión y objetivos</b>		<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
<p><b>Misión:</b> Gestionar de forma excelente la relación con los proveedores.  <b>Objetivos:</b> Disponer de los mejores proveedores (calidad/precio) del mercado. Conseguir una relación buena y una comunicación excelente con el proveedor.</p>		<p><b>Centro:</b> proveerse de los mejores productos y servicios disponibles en el mercado según las necesidades.</p>		
<b>Indicadores</b>		<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
<p>1. Grado de satisfacción de los responsables de cada área con los proveedores.                  2. Nº de fallos detectados y solucionados por los proveedores.</p>		90%	Anual	
		90%		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>		<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>	
	<p>1. Cuando se requiera el servicio de un proveedor se solicitará a tres proveedores diferentes un presupuesto para los bienes/servicios que se requieran así como una explicación detallada de las condiciones que ofrece.                  2. Valoración de las diferentes alternativas por parte de los responsables de las áreas implicadas.                  3. Elección del proveedor y concreción del tiempo del acuerdo de suministro (no superior a 1 año).                  4. Incluir el proveedor en la lista de proveedores autorizados del centro.                  5. Establecimiento de un sistema de control de calidad del proveedor para analizar los fallos y detectar mejoras.  <b>Puntos críticos:</b> deberá ser un procedimiento flexible, dinámico y de revisión continua. La persona encargada deberá ser una persona decidida, abierta y con habilidades de negociación.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Responsable de compras.</p> <p><b>Otros responsables:</b> Director del centro. Director de calidad.</p>	
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>		<b>Recursos humanos</b>	
	<p><b>Recursos materiales:</b> teléfono, ordenador, internet, fax, etc.  <b>Instrumentos:</b> reuniones, presentaciones, etc.  <b>Proveedores clave:</b> todos los necesarios y aceptados.</p>		<p>Responsable de compras. Director del centro. Director de calidad.</p>	
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>		<b>Registros vinculados al proceso</b>	
	<p>Listado de productos aceptados y criterios de calidad.                  Documentación técnica de las empresas distribuidoras (certificaciones de calidad, autorización).                  Las empresas suministradoras deberían poseer número de registro sanitario.</p>		<p>Proceso 3.3. Proveedores Doc.                  1 Registro mensual de evaluación de Proveedores y Doc. 2.                  Registro de proveedores oficiales del centro.</p>	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
<b>A</b>	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
<b>E</b>	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
<b>M</b>	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos



## 3.4. Control de calidad de los productos comprados

Establecer un sistema de control de calidad de los productos y servicios que el centro recibe de sus proveedores se considera una buena práctica.

### Objeto

El objetivo de este proceso es establecer la sistemática a seguir para realizar el control de calidad de productos y servicios que el centro adquiere para desarrollar sus servicios.

### Desarrollo

Cada vez que llegue al centro un producto o un servicio determinado es aconsejable que la persona responsable de su recepción compruebe que el producto sea igual al contratado y anote las diferencias en un registro creado a propósito. Es importante comprobar varias cosas: la fecha de caducidad y la fecha de consumo preferente.

En todas las compras es aconsejable, además de la calidad, observar el impacto medioambiental del producto o servicio y conseguir el producto o servicio con menos impacto. Por último, no es bueno tener un solo proveedor para productos o servicios clave.

También es básico comprobar el registro sanitario para determinadas mercancías, así como comprobar el color, olor, textura, peso, aspecto, etc. En el caso de productos congelados, es necesario comprobar que la cadena de frío no se ha roto.

Cuando se detecte un producto o servicio incorrecto, se debe devolver la mercancía al proveedor, anotando y explicando las razones de la devolución. Después hay que entregar el formulario de devolución a la administración. Y la administración debe enviar una carta explicando la devolución, en el caso de que sea importante y que pueda suponer una desavenencia con el proveedor.

Mensualmente conviene realizar un análisis de las causas de la no aceptación de mercancías para introducir las mejoras correspondientes.

Es recomendable contar con un sistema de evaluación continua de productos y servicios, que permita establecer las medidas correctoras pertinentes siempre que se deseen introducir, sobre la marcha, los cambios considerados oportunos. Anualmente se evaluarán con el proveedor

### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

---

correspondiente los registros de control de los productos y servicios, las incidencias y las propuestas de mejora.

#### Evaluación y mejora continua

---

El sistema de control de calidad de productos tiene que seguir unas pautas muy claramente establecidas, ya que en determinados productos se puede incurrir en graves incidencias en los servicios al usuario. Por tanto, se observarán periódicamente las desviaciones y las incidencias para tomar las medidas de mejora oportunas.

#### Documentos de referencia

---

Proceso 3.4. Control calidad productos. Doc. 1. Registro de evaluación de los productos comprados.

3.4. Proceso del control de calidad de los productos comprados. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
Misión: Controlar el perfecto estado de los productos/servicios que adquiere el centro. Objetivos: Todos los productos y servicios deberán estar en perfecto estado.		Centro: que los productos adquiridos se encuentren en perfectas condiciones.			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
1. % de productos devueltos al proveedor. 2. Grado de satisfacción de los usuarios con los productos adquiridos.		5% 90%	Anual		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	1. Al decidir el producto a comprar se tendrán en cuenta diferentes proveedores y entre ellos se valorará qué productos tienen un menor impacto medioambiental como aspecto positivo. 2. Cuando llegue un producto al centro se deberá revisar que dicho producto coincide con el contratado. En caso de que esto no sea así se anotarán las diferencias en el registro pertinente. Se comprobará: > fecha de caducidad, color, olor, peso, textura, registro sanitario, cadena de frío en orden. 3. En el caso que haya un producto en mal estado, se actuará de la siguiente manera: Se debe devolver la mercancía al proveedor, anotando y explicando las razones de la devolución. Después hay que entregar el formulario de devolución a la administración. La administración debe enviar una carta explicando la devolución, en el caso de que sea importante y que pueda suponer una desavenencia con el proveedor. 4. Mensualmente es bueno realizar un análisis de las causas de la no aceptación de mercancías para introducir las mejoras correspondientes. Puntos críticos: el momento de la entrega del producto al centro es un punto crítico del proceso pues en ese momento se deberá hacer la mayor parte de comprobaciones.		Propietario del proceso: Responsable de compras.  Otros responsables: Director del centro. Responsable de cada área.		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	Recursos materiales: almacén de alimentos. Instrumentos: comprobación del estado de los alimentos a pie de obra. Proveedores clave: todos los establecidos.		Responsable del centro. Director del centro. Responsable de cada área.		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
				Proceso 3.4. Doc. 1. Registro de evaluación de productos comprados.	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso					
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras	Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo					
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión	
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo					
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos	

## 3.5. Gestión del proceso de documentación

---

Este proceso debe ser aplicado a toda la documentación que afecte al sistema de calidad del centro. Por ejemplo: las declaraciones documentadas de planes, políticas y objetivos de la calidad, manuales de calidad, planes de gestión de los procesos, procedimientos documentados, instrucciones, registros y los documentos necesarios para que la organización se asegure de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

### Objeto

---

Este proceso tiene por objetivo gestionar sistemáticamente los documentos del sistema de calidad, aprobarlos, revisarlos y actualizarlos y, cuando sea necesario, aprobarlos nuevamente.

También tiene por objeto la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros de la documentación del sistema de calidad del centro.

### Desarrollo

---

#### Creación, aprobación y revisión

Los documentos de gestión de calidad estarán firmados por la persona que los realice y revisados por otra. La aprobación se efectuará por el responsable inmediatamente superior. La fecha de aprobación establece el inicio de la aplicación del documento.

La documentación se revisa como mínimo una vez al año, después de la revisión del sistema y siempre que se modifique su contenido.

#### Distribución y archivo de la documentación

Los responsables de los documentos se encargan de su correcta distribución, archivo y destrucción según el tiempo de vigencia establecido.

Existirá un listado de la documentación de calidad en cada servicio.

#### Realización y control de los formatos de registros

El responsable de calidad o el director incluyen los formatos de registros de calidad considerados necesarios para el sistema de calidad.

Todos los formatos de registros de calidad aprobados están recogidos en una lista única de registros. En esta lista se especifica: el nombre del registro, el responsable del registro, la persona que lo rellena, la persona que lo supervisa, el tiempo de archivo del documento y el lugar de archivo del documento.

### Lista de distribución

Recoge los documentos del sistema de calidad y se actualiza cada vez que se modifica un documento controlado. Contiene información sobre: nombre del documento, versión del documento, receptores de la copia y número de copias que se hacen.

### Evaluación y mejora continua

---

El sistema de documentación debe ser flexible pero disciplinado y por tanto debe evaluarse periódicamente, como mínimo una vez al año. Se anotarán las incidencias y los fallos, se escuchará la opinión de los responsables de los servicios y se actuará en consecuencia, introduciendo los cambios necesarios, ya sea en algunos formatos, en el código de identificación, en el sistema de distribución y archivo, etc.

### Documentos de referencia

---

Proceso 3.5. Documentación. Doc. 1. Lista de distribución de la documentación.

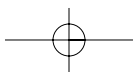
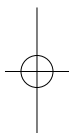
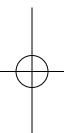
### 3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

#### 3.5. Proceso de documentación. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p><b>Misión:</b> Conseguir una documentación útil, ágil y bien adaptada a la realidad concreta del centro.</p> <p><b>Objetivos:</b> Conseguir todos los procesos clave documentados. Conseguir registrar toda la actividad crítica que se necesite en cualquier momento.</p>				
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<p>1. Protocolos básicos.</p> <p>2. % de Procesos clave identificados y documentados con respecto al total de procesos.</p> <p>3. Grado de satisfacción de los profesionales con el sistema documental utilizado.</p> <p>4. Documentación de atención al residente.</p>		100%	Anual	
		75%		
		75%		
		70%		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p><b>Creación, aprobación y revisión.</b> Los documentos de Gestión de Calidad estarán revisados y aprobados adecuadamente. La documentación se revisa como mínimo una vez al año.</p> <p><b>Distribución y archivo de la documentación.</b> Los responsables de los documentos se encargarán de que lleguen a la lista de distribución. Existirá una lista única de la documentación de calidad.</p> <p><b>Realización y control de los formatos de registros.</b> El responsable de calidad o el director incluyen los formatos de registros de calidad que consideran necesarios para el sistema de calidad.</p> <p><b>Puntos críticos:</b> pérdida o repetición de documentos. Documentos no adaptados al centro.</p>		<p><b>Propietario del proceso:</b> Responsable de Calidad.</p> <p><b>Otros responsables:</b></p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: papel y ordenador.</p> <p>Instrumentos: software de gestión documental.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>			
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
	Lista de documentos, procedimientos, registros del Centro.		Proceso 3.5 Documentación. Doc.1. Lista de Distribución	
ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso				
A	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
				Recoger y atender quejas y sugerencias
EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo				
E	La opinión del cliente	La opinión de los actores del proceso	La evaluación de fallos, incidencias y quejas	El cumplimiento de los objetivos y de la misión
MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo				
M	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

## Panel de Indicadores de los Procesos de Apoyo

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
<b>3.1. Mantenimiento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipamiento adecuado a las necesidades de los residentes.</li> <li>2. % de tareas del plan de mantenimiento y limpieza programadas y finalmente realizadas.</li> <li>3. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se repara la avería o incidencia.</li> <li>4. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza.</li> </ol>	100% 90%  6 horas  90%	Trimestral.
<b>3.2. Limpieza</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de tareas del plan de limpieza programadas y finalmente realizadas.</li> <li>2. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se soluciona la incidencia.</li> <li>3. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza.</li> <li>4. Nivel de limpieza e higiene del centro.</li> </ol>	90% 30 minutos  90% 90%	Trimestral.
<b>3.3. Gestión de proveedores</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado de satisfacción de los responsables de cada área con los proveedores.</li> <li>2. N° de fallos detectados y solucionados por los proveedores.</li> </ol>	90%  90%	Anual.
<b>3.4. Control de calidad de los productos comprados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de productos devueltos al proveedor.</li> <li>2. Grado de satisfacción de los clientes internos/externos con los productos adquiridos.</li> </ol>	5% 90%	Anual.
<b>3.5. Gestión de la documentación.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolos Básicos.</li> <li>2. % de procesos clave identificados y documentados con respecto al total de procesos.</li> <li>3. Grado de satisfacción de los profesionales con el sistema documental utilizado.</li> <li>4. Documentación de atención al residente.</li> </ol>	100% 75%  70%  100%	Anual.





# ANEXO

1

---

## REGISTROS Y OTROS DOCUMENTOS

1. REGISTROS DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS	130
2. REGISTROS DE LOS PROCESOS ESENCIALES	146
3. REGISTROS DE LOS PROCESOS DE APOYO	170

## 1. Registros de los procesos estratégicos

Proceso 1.1. Gestión de la misión. Doc. 1 Esquema del Plan estratégico de un centro

NOMBRE DEL CENTRO	ESQUEMA DEL PLAN ESTRATÉGICO DE UN CENTRO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>MISIÓN:</b> Que las personas mayores tengan la mejor atención residencial posible.	<b>VISIÓN:</b> ser una institución en que todas las partes implicadas estén orgullosas de pertenecer a nuestra organización.  <b>VALORES:</b> priorizar la atención a las necesidades asistenciales de las personas respetando todos sus derechos y los de los trabajadores. Que la participación de los familiares sea del agrado de todos y estar dispuestos todos a mejorar continuamente.			
<b>Perspectivas Estratégicas</b>	<b>Lineas Estratégicas</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Perspectiva económica y financiera</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asegurar estabilidad económica.</li> <li>2. Generar confianza a las familias y trabajadores en la gestión económica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducir déficit.</li> <li>2. Aumentar ingresos.</li> <li>3. Dar información cuentas anuales.</li> </ol>		
<b>Perspectiva del cliente: usuarios, familias y proveedores.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Crear servicios para las familias.</li> <li>4. Prestar atención individualizada a todos los usuarios.</li> <li>5. Crear equipamientos confortables.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear servicio psicológico a familiares.</li> <li>2. Todos los usuarios con Plan Individualizado.</li> <li>3. Renovar comedor y sala de estar.</li> </ol>		
<b>Perspectiva interna :</b> Medir, revisar y mejorar los procesos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Implantar el SBC.</li> <li>7. Impulsar la mejora continua de los procesos esenciales.</li> <li>8. Llegar a acuerdos provechosos con los proveedores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auditoría externa en tres años.</li> <li>2. Reducir fallos en los procesos en mantenimiento.</li> <li>3. Exigir certificación a todos los proveedores clave.</li> </ol>		
<b>Perspectiva de aprendizaje y crecimiento.</b> Mejora continua del capital humano, información y conocimiento y capital organizativo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Liderazgo: dar ejemplo.</li> <li>10. Recursos Humanos: mejorar la motivación.</li> <li>11. Gestión de la tecnología y del conocimiento: mejorar el uso de las nuevas tecnologías para los procesos de atención individual a los usuarios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar cada dos años la evaluación de directivos.</li> <li>2. Pasar encuesta de satisfacción laboral.</li> <li>3. Crear becas de investigación interna.</li> <li>4. Crear programa de software para el Plan Individualizado.</li> </ol>		
Realizado por	Revisado por	Aprobado por		

## Proceso 1.2. Plan Anual Calidad. Doc. 1 Plan anual de calidad del centro

NOMBRE DEL CENTRO	PLAN ANUAL DE CALIDAD DEL CENTRO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>Tareas a realizar</b>			<b>Periodo y responsable</b>	
Definir política, objetivos y metas de la gestión de calidad para este año, atendiendo al Plan del Centro.			Enero	
Realizar la autoevaluación según el SBC, con la participación de todos los empleados y algunos familiares.			Enero	
Iniciar la formación básica en gestión de calidad y en gestión de procesos.			Febrero	
Estudiar las necesidades y expectativas de los usuarios, de los familiares, proveedores y administración.			Marzo	
Definir los requisitos legales que nos aplican, sobre todo en lo que afecta a la confidencialidad de la información.			Marzo	
Establecer el mapa de procesos clave del centro y los responsables de cada proceso.			Abril	
Hacer el diagnóstico de riesgos laborales en todos los puestos de trabajo de atención directa.			Mayo	
Escribir los procedimientos y las instrucciones vinculados al proceso de salida.			Junio	
Definir el código de buenas prácticas asistenciales de comida.			Julio	
Escribir el reglamento interno sobre los voluntarios, su papel en el centro, sus derechos y obligaciones.			Julio	
Identificar los puntos críticos en los jardines y establecer medidas de control y prevención de caídas.			Agosto	
Establecer el plan de mantenimiento preventivo de la calefacción.			Septiembre	
Definir criterios de evaluación de proveedores de fruta y vegetales frescos.			Septiembre	
Realizar dos auditorías internas de dos procesos y formar un auditor interno.			Octubre	
Realizar el plan de acciones correctoras de las cosas que hemos visto más necesarias para mejorar.			Noviembre	
Realizar la revisión del sistema por parte de la Dirección, con la ayuda y participación de los responsables de los procesos.			Diciembre	
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

ANEHO I

Proceso 1.5 Expectativas usuarios. Doc. 1 Análisis de expectativas

NOMBRE DEL CENTRO	Documento de análisis de expectativas de las partes interesadas de un centro en un momento determinado		DOC. 1	REV. 0	FECHA
Expectativas usuarios	Expectativas de los familiares	Expectativas de los trabajadores	Expectativas de otras partes interesadas		
Mayor trato personalizado.  Mayor calidad de la comida.  Mayor privacidad.	Mayor privacidad.  Mayor espacio verde.  Mayor profesionalidad.  Mayor estabilidad del personal.  Mayor claridad en la Dirección.  Mayor organización.  Mayor información económica.	Mayor compromiso por parte de todos.  Mayor integración de todos los grupos.  Mayor apoyo de los familiares.  Mejor gestión en el proceso de muerte.  Mayor apoyo psicológico.  Mayor espacio propio para desconectar.  Mejores sueldos.			
Realizado por		Revisado por		Aprobado por	

## Proceso 1.6. Recursos Humanos. Doc. 1 Registro descripción puesto de trabajo

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
Área/Departamento del Centro				
Lugar de trabajo				
Dependencia jerárquica				
Funciones				
Titulación necesaria		Experiencia mínima en el sector		
Se necesita cualificación específica				
Observaciones: (capacidades personales, edad preferente, formación específica en algún área concreta)				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

## ANEHO I

## Proceso 1.7 Participación empleados. Doc. 1 Registro encuesta empleados

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DE ENCUESTA A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN	DOC. 1	REV. 0	FECHA		
Puntúe el nivel de calidad que percibe en el trabajo, para cada uno de estos temas. En la escala, el 1 es el nivel más negativo y el 5 es el más positivo		1	2	3	4	5
¿Tiene tiempo suficiente para comer donde quiere habitualmente?						
¿Tiene independencia a la hora de hacer su trabajo?						
¿Está contento con su turno?						
¿Es estimulante su ambiente de trabajo?						
¿Es agotador su tipo de trabajo?						
¿Trabaja dependiendo del ritmo de una máquina?						
¿El trabajo en equipo que hace le gusta?						
Si su trabajo es por turnos, ¿está satisfecho con su turno?						
¿Tiene mucho estrés en su trabajo?						
¿Trabaja en condiciones que considera peligrosas?						
¿Su trabajo sirve para ayudar a la gente?						
¿Su trabajo es útil para la sociedad?						
¿Se siente orgulloso de trabajar en su centro?						
¿Se siente orgulloso del trabajo que realiza?						
¿Se lleva demasiadas veces a casa los problemas de su centro?						
Si pudiera, ¿cambiaría de trabajo?						
¿Se le hace pesado el trabajo?						
¿Tiene un poco de tiempo libre habitualmente durante su trabajo?						
¿Su trabajo le parece atractivo e interesante?						
¿Puede expresar sus opiniones sobre su trabajo?						
¿Participa en las decisiones relativas a sus tareas?						
¿Las sugerencias que hace son valoradas por sus jefes y compañeros?						
¿Conoce la organización y la jerarquía de su centro?						
¿Conoce bien cuáles son los objetivos de su servicio?						
¿Le gusta la formación que el centro ofrece?						
¿Conoce sus derechos laborales?						
¿Tiene buenas relaciones con los jefes?						
¿Tiene buenas relaciones con los compañeros?						
¿Está dispuesto a trabajar más por el éxito de su organización?						
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		

Proceso 1.8. Plan de formación continua. Doc. 1 Ejemplo de acción formativa

NOMBRE DEL CENTRO	ACCIÓN FORMATIVA EN GESTIÓN DE CALIDAD	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>Introducción a la gestión de la calidad en servicios sociales</b>				
<p><b>Objetivos</b></p> <p><b>a)</b> Conocer los conceptos básicos de la gestión de calidad.</p> <p><b>b)</b> Aprender a aplicar la gestión de la calidad por procesos en los servicios sociales especialmente dedicados a las personas con discapacidad intelectual o mayores.</p> <p><b>c)</b> Conocer los modelos de gestión de calidad que se están aplicando en los servicios sociales en el Estado español.</p>				
<p><b>Contenidos teóricos explicados por el profesor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Breve historia de la gestión de la calidad en la industria y en los servicios.</li> <li>&gt; Organizaciones, instituciones y entidades clave en el mundo de la gestión de calidad.</li> <li>&gt; Las normas ISO, el modelo europeo (EFQM), las cartas de servicio y los indicadores FAD.</li> <li>&gt; Los conceptos clave de la gestión de calidad y su aplicación en los servicios sociales.</li> <li>&gt; Comprender las necesidades y expectativas de los ciudadanos y de los clientes internos.</li> <li>&gt; El compromiso de la Dirección en la gestión de calidad.</li> <li>&gt; La participación y motivación de los empleados.</li> <li>&gt; La gestión por procesos versus la gestión por departamentos.</li> <li>&gt; La documentación.</li> <li>&gt; Los controles de calidad, las autoevaluaciones y las auditorías de calidad.</li> <li>&gt; La mejora continua del servicio y de las personas.</li> <li>&gt; Los acuerdos y controles de calidad de los proveedores.</li> <li>&gt; Los acuerdos con otros departamentos, instituciones públicas y privadas.</li> <li>&gt; Bibliografía fundamental y páginas web más importantes sobre el tema.</li> </ul>				
<p><b>Práctica</b></p> <p>Cada alumno realizará diez horas de trabajo práctico sobre su servicio. Este trabajo estará vinculado a la teoría del curso y será evaluado por el profesor. Se centrará, sobre todo, en la realización de los mapas de procesos de su servicio y los objetivos principales de cada proceso, con algunos indicadores para su monitorización.</p>				
<b>Duración del curso: 18 horas</b>				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

## ANEHO I

## Proceso 1.8. Plan de formación continua. Doc. 1 Registro de evaluación de la acción formativa

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA REALIZADA	DOC. 1	REV. 0	FECHA						
<b>Cuestionario de evaluación</b>										
Solicitamos la máxima objetividad en las respuestas de este cuestionario. La información que obtenemos es esencial para evaluar el curso										
<b>Curso</b>										
Profesor _____										
Lugar y fechas de realización _____										
<b>Perfil de los asistentes</b>										
<b>Edad (en años)</b>	<b>Profesión</b>	<b>Años de ejercicio de la profesión</b>	<b>Años en el trabajo actual</b>							
16-19 <input type="checkbox"/>	Trabajador social <input type="checkbox"/>	Menos de un año <input type="checkbox"/>	Menos de un año <input type="checkbox"/>							
20-25 <input type="checkbox"/>	Psicólogo <input type="checkbox"/>	1 a 3 años <input type="checkbox"/>	1 a 3 años <input type="checkbox"/>							
26-30 <input type="checkbox"/>	Educador <input type="checkbox"/>	4 a 6 años <input type="checkbox"/>	4 a 6 años <input type="checkbox"/>							
31-35 <input type="checkbox"/>	Animador <input type="checkbox"/>	7 a 12 años <input type="checkbox"/>	Más de 6 años <input type="checkbox"/>							
36-40 <input type="checkbox"/>	Sociólogo <input type="checkbox"/>	Más de 12 años <input type="checkbox"/>								
41-45 <input type="checkbox"/>	Pedagogo <input type="checkbox"/>	Ns/nc. <input type="checkbox"/>								
46-55 <input type="checkbox"/>	Maestro <input type="checkbox"/>									
+ 55 <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>									
En una escala de 1 a 10, señale con una x, la respuesta que más se adecua a su opinión.										
<b>Aspectos generales</b>										
Organización del curso _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los contenidos ofrecidos _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Metodología pedagógica _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documentación entregada _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Adecuación del espacio físico _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La duración del curso ha sido adecuada _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El curso ha respondido a sus expectativas _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Aspectos referentes al profesor</b>										
Conocimiento de la materia _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claridad en las explicaciones _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Predisposición para aclarar dudas _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Interrelación con los participantes _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración de la atención recibida por el profesor _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración de los ejercicios o trabajos de grupo realizados _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Utilidad del curso</b>										
Nivel de conocimientos adquiridos una vez finalizado el curso _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilidad de este curso para desarrollar su trabajo habitual. Aplicación práctica _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilidad de este curso para el desarrollo de su carrera profesional _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Satisfacción general del curso</b> _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Observaciones y sugerencias</b>										
Realizado por										
Revisado por										
Aprobado por										



Proceso 1.11. Mapa de procesos. Doc. 1 Ejemplo de un mapa de procesos de un centro para la infancia

NOMBRE DEL CENTRO	MAPA DE PROCESOS DE UN CENTRO PARA LA INFANCIA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>				
<b>Elaboración y revisión de la política y de los objetivos</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización y gestión de la calidad interna</li> <li>2. Comunicación</li> <li>3. Gestión de los recursos humanos</li> <li>4. Formación</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Control de procesos</li> <li>6. Realización de auditorías internas</li> <li>7. Revisión del sistema</li> <li>8. Relaciones Externas</li> </ol>		
<b>PROCESOS ESENCIALES</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primera Acogida</li> <li>2. Asignación del caso</li> <li>3. Cuidado y Protección</li> <li>4. Diagnóstico</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pronóstico</li> <li>6. Derivación</li> <li>7. Atención a Quejas</li> <li>8. Atención a Familias</li> </ol>		
<b>PROCESOS DE APOYO</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimiento del centro</li> <li>2. Limpieza del centro</li> <li>3. Gestión de proveedores</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Gestión de la documentación</li> <li>5. Gestión administrativa</li> <li>6. Gestión económica</li> </ol>		
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

ANEHO I

Proceso 1.12. Gestión procesos clave. Doc. 1 Ficha del Plan de gestión de procesos

NOMBRE DEL CENTRO		FICHA DEL PLAN DE GESTIÓN DE PROCESOS		DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>						
<b>P</b>	<b>Misión y objetivos</b>			<b>Necesidades y expectativas de los clientes</b>		
	<p><b>Misión:</b> Normalizar eficientemente los procesos clave para que éstos puedan ser gestionados, controlados y modificados por la organización.  <b>Objetivos:</b> Que todos los procesos estén convenientemente normalizados. Que la normalización refleje fielmente las buenas prácticas de actuación para ese proceso. Que todos los miembros de la organización sigan las pautas establecidas del proceso normalizado.</p>			<p><b>Clientes internos:</b> que la normalización de los procesos se realice de la forma más ajustada posible a las buenas prácticas.</p>		
	<b>Indicadores</b>			<b>Estándares</b>	<b>Frecuencia de medida</b>	
	1. % de los procesos normalizados.			90%	Anual.	
<b>PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN</b>						
<b>P</b>	<b>Síntesis del procedimiento y puntos críticos</b>			<b>Propietario del proceso y otras responsabilidades</b>		
				<b>Propietario del proceso:</b>  <b>Otros responsables:</b>		
	<b>Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave</b>			<b>Recursos humanos</b>		
	<b>Documentos vinculados al proceso</b>			<b>Registros vinculados al proceso</b>		
	Manual de Buenas Prácticas de Gestión.					
<b>ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso</b>						
<b>A</b>	<b>Formar a las personas</b>	<b>Iniciar y coordinar el trabajo</b>	<b>Observar y controlar los puntos críticos</b>	<b>Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras</b>	<b>Recoger y atender quejas y sugerencias</b>	
<b>EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo</b>						
<b>E</b>	<b>La opinión del cliente</b>	<b>La opinión de los actores del proceso</b>	<b>La evaluación de fallos, incidencias y quejas</b>	<b>El cumplimiento de los objetivos y de la misión</b>		
<b>MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo</b>						
<b>M</b>	<b>Acciones correctoras</b>	<b>Acciones preventivas</b>	<b>Reorganización de procesos</b>	<b>Innovación en los procesos</b>		
<b>Realizado por</b>		<b>Revisado por</b>		<b>Aprobado por</b>		

## Proceso 1.15. Auditorías internas. Doc. 1 Plan de Gestión de auditorías internas

NOMBRE DEL CENTRO	ESQUEMA DEL PLAN ESTRATÉGICO DE UN CENTRO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>Auditoría interna</b>	<b>Objetivos</b>			<b>Responsable y fecha</b>
De los procesos de dirección	Comprobar el compromiso de la Dirección. Auditar todos los procesos estratégicos que tienen que ser decididos por la Dirección.			Responsable de calidad. 15 de septiembre
De los procesos de atención al usuario	Comprobar todos los procesos que se realizan para atender al usuario y sus quejas y reclamaciones, así como comprobar la efectividad de los mismos.			Responsable de calidad y responsables de servicios. 1 de octubre
De los procesos de apoyo	Comprobar el correcto funcionamiento de las instalaciones y de las medidas de seguridad.			Responsable de calidad. 15 de octubre
Del proceso de documentación	Comprobar que existe la documentación obligatoria según el SBC, además de la necesaria para gestionar bien la calidad.			Director de Centro. 1 de noviembre
Del sistema de mejora continua	Comprobar si la organización tiene implantado un sistema de mejora continua.			Responsable de calidad. 15 de noviembre
<b>Realizado por</b>		<b>Revisado por</b>		<b>Aprobado por</b>

Proceso 1.16. Revisión por la Dirección. Doc. 1 Registro del informe de revisión del sistema

NOMBRE DEL CENTRO	ACTA-INFORME DE REVISIÓN DEL SISTEMA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
-------------------	--------------------------------------	--------	--------	-------

Reunidos el Comité de calidad, la directora de calidad y la Dirección, hacen constar los siguientes resultados de la revisión del sistema de calidad realizado los días 20 y 21 del presente mes.

### 1. Resultados de las auditorías internas

De las auditorías internas realizadas se desprende que el sistema de gestión de calidad está, en general, bien implantado, y que los planes de acciones correctoras se han llevado a cabo correctamente. En estos momentos no existe ninguna desviación abierta.

### 2. Retroalimentación del cliente

2.1. Los resultados de las encuestas a usuarios muestran una ligera mejora con respecto a los del año pasado, excepto en los tiempos de espera, que los usuarios consideran demasiado altos.

2.2. Los resultados de las encuestas o entrevistas a los clientes que contratan nuestros servicios muestran, en general, una satisfacción de nuestros contratistas.

2.3. Los resultados de quejas y sugerencias de clientes y de personas del centro, nos indican la necesidad de realizar un esfuerzo formativo mayor, ya que es el único punto negativo.

2.4. Los resultados de encuestas a las personas del centro, nos muestran un aumento considerable en su satisfacción, comparando los resultados del año pasado.

### 3. Resultados del desempeño de los procesos más importantes del centro

3.1. *De los procesos estratégicos.* Los procesos estratégicos se realizan correctamente y se cumplen las metas establecidas.

3.2. *De los procesos de intervención con usuarios.* En general, se realizan correctamente. El proceso más débil es el de admisiones, ya que se genera una larga lista de espera.

3.3. *De los procesos de apoyo.* Los procesos de apoyo funcionan muy bien y se alcanzan sobradamente todas las metas establecidas.

### 4. Del estado de las acciones correctoras

Las acciones correctoras de las anteriores auditorías están todas cerradas. En estos momentos existe una acción correctora abierta, que es la disminución del tiempo de espera en el servicio de admisiones.

## 5. Del estado de las acciones preventivas

No existe ninguna acción preventiva en marcha, y las que se habían planificado para este año se han realizado correctamente.

## 6. Cambios que podrían afectar al sistema de calidad

- a) Cambios internos. La baja por maternidad de la responsable de calidad.
- b) Cambios externos. No se prevén cambios externos importantes.

## 7. Recomendaciones

### a) De la directora de calidad

Las admisiones se deben realizar con más rapidez. El diagnóstico de entradas se tiene que realizar en menos tiempo. La documentación obsoleta se ha de retirar en el momento de incluir la nueva. Se aconseja realizar, para el año que viene, el doble de horas de formación que este año.

### b) Del Comité de Calidad

El Comité se debería renovar en tres de sus miembros. Las reuniones quizá sea mejor celebrarlas una vez al mes. Habría que formar a más auditores, ya que siempre somos los mismos.

Proceso 1.17. Auditorías externas. Doc. 1 Informe de Auditoría externa

NOMBRE DEL CENTRO	INFORME DE AUDITORÍA DE PROCESOS DE UNA RESIDENCIA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
-------------------	--	--------	--------	-------

## Dirección

### Sistema de calidad

No existe una política de calidad definida, con unos objetivos generales y por departamentos, con indicadores que se midan periódicamente y se comuniquen los resultados a los empleados y otras partes interesadas.

No se realizan memorias anuales de los servicios.

No existen encuestas a los residentes, familiares y empleados de forma periódica.

No se ha nombrado un responsable de calidad.

Los directivos se comunican entre sí cada día, pero no existen reuniones directivas sistemáticas y con constancia de lo tratado y acuerdos tomados.

No están identificadas las condiciones adversas a la calidad, excepto en lo que se refiere a los espacios físicos de la planta baja, la existencia de un único ascensor y los sueldos inferiores a los de otras residencias.

Existe un buzón de sugerencias, pero no se utiliza.

### Gestión de recursos humanos

No se realiza una evaluación sistemática de la incorporación del nuevo trabajador.

La plantilla es adecuada a los servicios que se realizan, pero a veces las bajas no se cubren totalmente.

La dirección del trabajo cotidiano de los auxiliares no está garantizada, a pesar del trabajo de las DUE.

La sistemática de interacciones entre las auxiliares y las limpiadoras no asegura la buena coordinación entre ellas.

Existen algunas actuaciones formativas pero no existe un plan de formación continua.

No existe ningún espacio ni momento en donde los trabajadores puedan hablar de la ansiedad que les provoca su trabajo.

No existe un sistema de incentivos y reconocimientos a los empleados que cumplen objetivos o realizan esfuerzos extras.

## Administración

No se gestionan correctamente los errores en las nóminas de los empleados: ¿cuáles son las causas?, ¿qué acciones correctoras y preventivas se toman?

No existe una sistemática de calidad en las compras: definición de calidad de los productos y servicios, control de los pedidos, control de fallos y recalificación de proveedores.

No se informa adecuadamente a los familiares de las subidas anuales de las tarifas.

El depósito económico de familiares por productos extras que utilizan los residentes comporta confusión a algunos familiares.

## Seguridad

A pesar de estar en marcha el plan de mejoras para evitar accidentes laborales, la formación no es completa para todo el personal.

Algunos elementos físicos no cumplen la normativa: escalera de emergencias y ampliación de las puertas de los baños.

## Admisiones y relaciones con los familiares

El contrato de las prestaciones al residente, de los derechos y deberes de los familiares no se firma.

No se asegura que lo acordado entre la residencia y los residentes y familiares esté claro por ambas partes.

La participación de los familiares en las tareas cotidianas de la residencia no está, en la práctica, regulada de manera que todos sepan los límites entre la tarea de los empleados y la de los familiares, causando malestar por ambas partes.

## Limpieza y servicios

### a) Limpieza

No existen unas fórmulas de cortesía, de trato de la privacidad u otras actuaciones de manera estandarizada y conocida por todos.

El stock de ropa de cama no está documentado. Los inventarios se realizan únicamente una vez al año.

Los artículos de baño no se reponen con una sistemática conocida.

### b) Lavandería

El sistema de recogida, limpieza y entrega de la ropa del residente, no asegura el que cada resi-

dente disponga de su propia ropa y que ésta sea únicamente suya. Ello contribuye a que a veces el residente vaya vestido con ropa que no es suya, causando malestar a los familiares.

### c) Cocina

Los cubos de basura están abiertos. No están diferenciados por tipo de residuos.

En la cocina hay elementos de madera. Los envases, cajas, cartones, etc. son los que utilizan los proveedores, en lugar de usar unos propios del centro, limpios y nuevos.

Las normas de higiene del personal no están visibles.

Algún tipo de comida está sin especificar, y se desconoce su fecha de caducidad.

Las cámaras tienen una clasificación interna deficiente.

El almacén existente debajo de la cocina no está suficientemente limpio ni ordenado, ni los productos bien ordenados en las estanterías.

### Equipo de auxiliares de enfermería

Se detecta un problema importante de dificultad en el traspaso de información entre el equipo técnico y el equipo de auxiliares, seguramente debido a que en la reunión de equipo existe cada vez una auxiliar distinta, la que está de turno.

Sería preciso estudiar este tema en profundidad, al parecer las auxiliares tienen poco conocimientos de los objetivos e indicaciones que el equipo establece para cada uno de los residentes. Parece ser que el libro de incidencias habría de cubrir esta función, pero no siempre es así. No existe un sistema fiable y hay más de un sistema de comunicación que no asegura que se lea.

Faltan procedimientos y sistemas de registros de las tareas diarias. Están procedimentados los procesos que podríamos denominar extraordinarios o de urgencia, pero no procesos críticos diarios como por ejemplo el de levantarse o el de muerte.

Existen registros de muchas cosas, pero al no estar normalizados los diferentes procesos, no se asegura que la información de los diferentes registros alimente a otros procesos para tomar decisiones de forma encadenada.

La distribución de horarios y tareas se cumple de forma aproximada.

También sería preciso realizar un estudio más en profundidad de la distribución del espacio, de forma que se puedan analizar las carencias actuales y realizar propuestas de mejora y de adecuación a la normativa actual en cuanto a metros y dimensiones. Se constatan aspectos como por ejemplo la dificultad del uso de la grúa debido a las dimensiones de las puertas y de las habitaciones, ya que a pesar de que ésta pasa, lo hace de forma tan justa que ralentiza demasiado el proceso y ello comporta que se hagan manualmente tareas pesadas que incrementan el cansancio.



### Servicios médicos

Tienen bien estructurada su tarea y han establecido un protocolo de valoración al ingreso del residente. No está por escrito.

Tienen bien estructurada la historia clínica y el SOAP, sería preciso acabar el procedimiento del todo y escribirlo.

### Servicios de enfermería

Tienen bien especificadas las tareas a realizar según los diferentes turnos. Parece ser que existe una cierta indefinición de funciones respecto sus tareas de coordinación de las auxiliares. Falta procedimentar y registrar su trabajo, de manera que se asegure que se cumplen los objetivos y que existe un sistema de evitar y controlar errores o fallos.

### Servicio de fisioterapia

La atención es buena y se trata con cariño a los residentes.

No existe una sistemática en los expedientes de cada uno de los residentes y una definición clara de objetivos en cada uno de los Planes de Atención Individual. Falta que quede reflejada la coordinación entre el médico y la enfermera en los expedientes, a pesar de que existe en la reunión de equipo.

Podríamos decir que se trabaja de memoria, dado que son pocos residentes y que no existe una sistemática de la documentación y en los objetivos de los tratamientos.

No existe, por tanto, un sistema de calidad.

### Servicios socioculturales

Este servicio tiene bien estructurada la tarea, y también bien documentada, a pesar de que explicita que encuentra a faltar un método, un sistema claro de valoración y de recogida de la información. Ha probado distintos sistemas, pero no acaban de funcionar.

Al igual que en los restantes servicios de atención directa al residente, falta una unificación del PAI. Este servicio también establece sus objetivos de forma individual y poco interrelacionada con los restantes profesionales.

Faltan asimismo sistemas de medida de logro de objetivos.

## 2. Registros de los procesos esenciales

Admisión. Doc. 1. Documento tipo para recoger toda la información facilitada en esta fase

NOMBRE DEL CENTRO	INCORPORACION A LA LISTA DE ESPERA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
		Nº lista espera		
<b>DATOS PERSONALES</b>				
Fotografía	Nombre y apellidos			
	Dirección			
	Teléfonos de contacto			
	Persona de contacto			
	Relación con el usuario/a			
<b>ÁMBITO SOCIAL</b>				
<p><b>Genograma: Estructura familiar</b> (Representación gráfica de la estructura familiar que permita de forma rápida conocer la estructura de la misma).</p>				
<p><b>Situación actual del potencial usuario/a</b> (Apartado destinado a reflejar la situación actual del usuario/a, recursos comunitarios utilizados –ocio, taller protegido, escuela–, etc. El objetivo de este apartado es recopilar informaciones que ayuden a definir la urgencia social de la demanda).</p>				
<p><b>Observaciones</b> (Espacio destinado a registrar aquellos datos que el Trabajador/a Social considere de interés: ingresos familiares, problemáticas sobreañadidas, etc. Reflejar también si se aporta algún tipo de informe al respecto).</p>				
<p><b>Firma del Trabajador/a Social</b></p>				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

Admisión. Doc. 1. Documento tipo para recoger toda la información facilitada en esta fase (Cont.)

NOMBRE DEL CENTRO		INCORPORACION A LA LISTA DE ESPERA		DOC. 1	REV. 0	FECHA
				Nº lista espera		
<b>ÁMBITO PSICOLÓGICO</b>						
<p><b>Diagnóstico principal y secundario</b> (Se recomienda que la información se obtenga de una fuente oficial, como el certificado de discapacidad, un informe psiquiátrico, etc.)</p>						
<p><b>Autonomía personal</b> (Registrar aquellas informaciones que pueden ser de interés para el servicio residencial, con relación a la forma en que el potencial usuario/a se desenvuelve en su vida diaria, los posibles problemas conductuales, etc. Sería recomendable el uso de herramientas estandarizadas para valorar este aspecto, por ejemplo el ICAP<sup>11</sup> puede ser una de ellas. Dicha herramienta proporciona información sobre los niveles de soporte requeridos por cada usuario/a)</p>						
<p><b>Observaciones</b> (Destinado a recoger otros aspectos que el Psicólogo/a considere relevantes. Reflejar también si se aporta algún tipo de informe al respecto)</p>						
Firma del Psicólogo						
<b>ÁMBITO SANITARIO</b>						
<p><b>Diagnósticos / enfermedades</b> (Reflejar los distintos diagnósticos del potencial usuario/a)</p>			<p><b>Tratamiento</b> (Reflejar los distintos tratamientos farmacológicos o de otro tipo. Es extremadamente recomendable que cuando se haga la incorporación efectiva del usuario/a, la familia o el representante legal aporte una copia con las prescripciones médicas)</p>			
<p><b>Dieta</b> Indicar si hay alguna pauta dietética que el usuario/a tenga que seguir</p>	<p><b>Uso de prótesis</b> Información necesaria para un correcto mantenimiento de la misma (dentaduras, etc.)</p>	<p><b>Alergias</b> Aspecto clave para evitar incidencias durante la estancia del usuario/a.</p>	<p><b>Vacunaciones</b> Elemento necesario en caso de urgencia médica</p>			
<p><b>Otras informaciones de interés</b> (Destinado a recoger otros aspectos relevantes. Reflejar también si se aporta algún tipo de informe al respecto) En caso de que no se aporte un informe médico sobre los elementos mencionados en este apartado, se recomienda que el familiar o representante legal del usuario/a de su conformidad a los mismos firmando en este apartado.</p>						
Firma Familiar o Representante legal						
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		

11. ICAP: *Inventario para la planificación de servicios y programa individual*. Traducción y adaptación de Delfín Montero. Referenciado en la bibliografía.

## ANEHO I

Admisión. Doc. 1. Documento tipo para recoger toda la información facilitada en esta fase (Cont.)

NOMBRE DEL CENTRO	INCORPORACION A LA LISTA DE ESPERA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
		Nº Lista espera		
<b>DOCUMENTACIÓN APORTADA POR LA FAMILIA O EL REPRESENTANTE LEGAL</b>				
DNI	<input type="checkbox"/>	Informes Sociales	<input type="checkbox"/>	
Certificado de discapacidad	<input type="checkbox"/>	Informes Psicológicos	<input type="checkbox"/>	
Fotografía	<input type="checkbox"/>	Informes Médicos / Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	
Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	
<b>SERVICIO RESIDENCIAL SOLICITADO</b>				
<b>Genograma: Estructura familiar</b> (Representación gráfica de la estructura familiar que permita de forma rápida conocer la estructura de la misma).				
Plaza fija	<input type="checkbox"/>			
Plaza temporal o de respiro	<input type="checkbox"/>			
Especificar el período solicitado				
Fecha inicio:				
Fecha finalización:				
<b>Observaciones:</b> (Se recomienda que el familiar o representante legal del usuario/a de su conformidad a los mismos firmando en este apartado)				
<b>Realizado por</b>		<b>Revisado por</b>		<b>Aprobado por</b>

Proceso 2.1. Admisión Doc. 1 Autorización a la entidad a disponer de los datos necesarios para cumplir con la Ley de protección de datos

NOMBRE DEL CENTRO	AUTORIZACIÓN DISPOSICIÓN DE DATOS	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>Solicitud de servicio residencial</b>				
<p>Don/Dña _____</p> <p>representante del usuario _____</p> <p>con DNI _____ actuando como representante de _____</p> <p>nombre del usuario _____</p> <p>SOLICITA</p> <p>Plaza de carácter _____</p> <p>Fijo o Temporal (especificar período) _____ en el Servicio residencial Nombre de la entidad.</p> <p>Y AUTORIZA</p> <p>A Nombre de la entidad a incorporar a nombre del usuario a la lista de espera de esta entidad.</p> <p>Asimismo autoriza a nombre de la entidad a solicitar y hacer uso de las informaciones, adecuadas y pertinentes, que tengan por objeto la incorporación efectiva del usuario/a al servicio residencial y su atención en el mismo; dicha información estará a disposición del usuario/a y de su representante legal, previa solicitud de la misma, para consultarla, rectificarla o cancelarla.</p> <p>También se autoriza a nombre de la entidad a ceder los datos del cliente receptor del servicio residencial a otras entidades, siempre que el motivo de esta cesión esté dentro del objeto principal del servicio que se ofrece al cliente.</p> <p>Nombre de la entidad garantiza la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos, y que el uso de estos se ajustará siempre a las directrices fijadas por la Ley orgánica 15/99, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.</p>				
Nombre y firma del representante del usuario / a		Nombre y firma del representante de nombre de la entidad		
<p>_____, a ____ de _____ de ____</p>				
Realizado por	Revisado por	Aprobado por		



NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DE AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<p>Don/Dña _____</p> <p>representante del usuario _____</p> <p>con DNI _____ actuando como representante de _____</p> <p>nombre del usuario _____</p> <p><b>AUTORIZA</b></p> <p>A Nombre de la entidad a incorporar a nombre del usuario en su dinámica de actividades, salidas, etc. incluidas en la programación del servicio residencial, las cuales se realizaran tanto en las propias instalaciones como en la comunidad donde el servicio residencial está incluido.</p>				
Nombre y firma del representante del usuario / a		Nombre y firma del representante de nombre de la entidad		
<p>Fecha</p> <p>_____, a ____ de _____ de ____</p>				
Realizado por	Revisado por	Aprobado por		

ANEHO I

NOMBRE DEL CENTRO	AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICACIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<p>Don/Dña _____</p> <p>representante del usuario _____</p> <p>con DNI _____ actuando como representante de _____</p> <p>nombre del usuario _____</p> <p><b>AUTORIZA</b></p> <p>A Nombre de la entidad a administrar medicaciones o tratamientos médicos, pautados por un médico autorizado, a nombre del usuario. Dicha pauta se irá actualizando en función de las indicaciones, o las nuevas prescripciones, del doctor.</p>				
Nombre y firma del representante del usuario / a		Nombre y firma del representante de nombre de la entidad		
<p>Fecha</p> <p>_____ , a _____ de _____ de _____</p>				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por





ANEHO I

Proceso 2.5 Programa de ocio. Doc. 1 Planificación semanal de las actividades de ocio y evaluación de los participantes

NOMBRE DEL CENTRO		PLANIFICACIÓN ACTIVIDADES DE OCIO				DOC. 1	REV. 0	FECHA
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
<b>ACTIVIDADES</b>	Descripción de las actividades previstas para cada uno de los días de la semana. Para la confección de dicho planning se pueden contar con el inventario que cada centro ha elaborado sobre los recursos que ofrece su entorno comunitario							
<b>EVALUACIÓN</b>	Se recoge el resultado de la actividad, los niveles de satisfacción de los participantes y se valora la adecuación para otros posibles participantes							
	Realizado por		Revisado por			Aprobado por		







ANEHO I

Proceso 2.6. Atención sanitaria Doc. 3 Ficha sanitaria

NOMBRE DEL CENTRO		FICHA SANITARIA		DOC. 3	REV. 0	FECHA
Nombre usuario/a						
Fecha	Especialidad visitada	Conclusiones de la visita				
	Médico al que se ha acudido	Registro del resultado de la visita, tratamientos que se hayan establecido, así como la fecha de la próxima visita.				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		

Este documento funcionara a modo de historial donde se registraran las conclusiones de todas las visitas, de las distintas especialidades, por las que tenga que pasar el usuario/a.

Proceso 2.7. Atención a familias. Doc. 1 Registro de reuniones con las familias

NOMBRE DEL CENTRO		REGISTRO REUNIONES CON FAMILIAS		DOC. 1	REV. 0	FECHA
Nombre usuario/a			Nº REUNIÓN			
			Fecha			
BLOQUE I	<b>REGISTRO DE LA REUNIÓN</b>					
	La persona que realiza la reunión, explica brevemente los motivos de la misma, que son los que expone al familiar que acude a la entrevista.					
BLOQUE II	<b>ANÁLISIS DE LA REUNIÓN</b>					
	Una vez acabada la entrevista, el profesional que la ha realizado explica brevemente cómo se ha desarrollado y cuáles han sido los resultados.					
<b>POSIBLES ACUERDOS DE LA REUNIÓN</b>						
En este apartado se explican las acciones que se deben tomar por parte de la familia y por parte del centro, así como quién las va a realizar y en qué plazo de tiempo.						
Nombre y firma persona que ha realizado la entrevista.						
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		

## ANEHO I

## Proceso 2.9. Atención a incidencias. Doc. 1 Registro de incidencias

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DE INCIDENCIAS	DOC. 1	REV. 0	FECHA
		Nº INCIDENCIA		
Nombre usuario/a			Fecha	
BLOQUE I	<b>REGISTRO DE LA INCIDENCIA</b>			
	Cualquier trabajador de la organización puede recibir una queja, sugerencia o reclamación. Es necesario que el receptor de la misma la registre y la traspase al responsable de calidad.			
Nombre y firma persona receptora de la incidencia				
BLOQUE II	<b>ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA</b>			
	El responsable de calidad derivará al área afectada la hoja de incidencia. En esta área se hará un análisis de la misma, para detectar posibles puntos débiles en la dinámica de funcionamiento del servicio, y si considera oportuno emprenderá acciones de mejora para solventarlos.			
	Nombre y firma persona que realiza el análisis			
BLOQUE II	<b>POSIBLE ACCIÓN CORRECTORA (AC)</b>			
	En este apartado se refleja la acción de mejora fruto de la incidencia, se establece un plazo para llevarla a cabo y un responsable de la ejecución de la misma.			
	Plazo para su realización	Nombre y firma persona encargada de llevar la AC a cabo		
BLOQUE III	<b>RESPUESTA AL CLIENTE/A</b>			
	En este apartado se recoge la respuesta que se da al cliente con relación a la incidencia que se ha producido en el servicio.			
Fecha respuesta	Nombre y firma responsable calidad			
Realizado por	Revisado por	Aprobado por		



## Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 1. Encuesta a familiares

NOMBRE DEL CENTRO	ENCUESTA AL CLIENTE EXTERNO. FAMILIA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<p>Se recomienda que el cuestionario sea completamente anónimo para facilitar la sinceridad en las respuestas. Asimismo, el cuestionario debe incluir una breve explicación del objetivo que se persigue.</p> <p>Para una correcta elaboración del cuestionario es necesario detectar las dimensiones clave, más relevantes o definitorias del servicio y desglosarlas en aspectos tangibles para facilitar la respuesta de las familias. Como ejemplo, ya probado en varias residencias, podríamos definir los siguientes ámbitos:</p>				
<b>EJEMPLO</b>				
<p><b>Estimados familiares:</b></p> <p>Como ustedes saben, la obligación de la Residencia es hacer nuestro trabajo lo mejor que sabemos y darle a su familiar la atención que necesita, con la máxima calidad posible.</p> <p>Además queremos que usted esté bien informado y colabore en la medida de sus posibilidades para mejorar nuestro centro.</p> <p>Ahora le pedimos, al familiar que tiene más relación con la Residencia, que nos conteste a estas seis preguntas. Su colaboración va a ser muy importante para mejorar. No le va a llevar más de quince minutos.</p> <p>Le pedimos que conteste cuanto antes. No lo deje para mañana, y por favor hágalo con ganas y con sinceridad.</p> <p>Le garantizamos la confidencialidad, ya que no sabemos quien responde el cuestionario. El nº del cuestionario es para localizar a los que no contesten.</p> <p>Si tiene alguna duda, por favor llame al Tel. _____</p> <p>Muchas gracias por su colaboración.</p> <p>Atentamente, les saluda:</p> <p>Director/a de la Residencia.</p>				
<p>Nº cuestionario 001. Residencia _____</p>				

**Pregunta N° 1**

¿Cómo valora usted la calidad de la Residencia donde está su familiar?

(Puntúe del 1 al 10 la actuación de la Residencia en los siguientes temas. El 1 es el valor más bajo y 10 el más alto)

- > La calidad de la comida .....
- > La limpieza .....
- > Las instalaciones y espacios comunes .....
- > La comodidad de las habitaciones .....
- > Las actividades de ocio y tiempo libre .....
- > El cuidado cuando el residente está enfermo .....
- > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo .....
- > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares .....
- > El trato amable de los empleados con los residentes .....
- > El cuidado de las pertenencias de los residentes .....
- > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los familiares .....
- > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los familiares .....

**Pregunta N° 2**

¿Cuál de estos temas considera usted más importante?

(De todos estos temas, escoja sólo los cinco más importantes, poniendo una cruz (X) en el cuadrado)

- > La calidad de la comida .....
- > La limpieza .....
- > Las instalaciones y espacios comunes .....
- > La comodidad de las habitaciones .....
- > Las actividades de ocio y tiempo libre .....
- > El cuidado cuando el residente está enfermo .....
- > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo .....
- > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares .....
- > El trato amable de los empleados con los residentes .....
- > El cuidado de las pertenencias de los residentes .....
- > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los familiares .....
- > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los familiares .....

**Pregunta N° 3**

¿Cree que su familiar se siente bien en la Residencia?

(Ponga una X sobre la respuesta que usted elija)

- > Sí .....
- > No .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 4**

La Residencia, ¿es mejor, igual, o peor de lo que usted esperaba?

- > Mejor .....
- > Peor .....
- > Igual .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 5**

¿Aconsejaría usted la Residencia a un amigo?

- > Sí .....
- > No .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 6**

¿Con qué frecuencia mínima cree que los familiares deben visitarle?

- > Más de una vez a la semana .....
- > Una vez a la semana .....
- > Dos veces al mes .....
- > Varias veces al año .....
- > No lo tengo claro .....

**Nota:** Muchas gracias por su dedicación, por favor introduzca usted las hojas de las respuestas en el sobre adjunto y dépositelo en un buzón de correo, o en el buzón de la Residencia.

Realizado por	Revisado por	Aprobado por

## ANEHO I

Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 1. Encuesta a usuarios

NOMBRE DEL CENTRO	ENCUESTA AL CLIENTE EXTERNO. USUARIO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<p>Se recomienda que el cuestionario sea completamente anónimo para facilitar la sinceridad en las respuestas. Asimismo, el cuestionario debe incluir una breve explicación del objetivo que se persigue.</p> <p>Recomendamos que el cuestionario sea lo más parecido posible al de los familiares y al de los empleados, ya que se trata de comparar las respuestas. De esa manera el resultado final es más consistente.</p> <p>Ejemplo idéntico al de los familiares y adaptado a los profesionales del centro.</p>				
<b>EJEMPLO</b>				
<p><b>Estimados amigos:</b></p> <p>Como saben la Dirección tiene un compromiso muy fuerte con la calidad. Creemos que este compromiso supone un esfuerzo especial que a la larga nos beneficia a todos.</p> <p>Una de las tareas de la gestión de la calidad es conocer lo que piensan nuestros clientes, usuarios y empleados. Para ello realizamos encuestas periódicas que nos ayudan a comprender lo que espera todo el mundo de nuestro trabajo.</p> <p>En estos momentos estamos pasando una encuesta muy parecida a ésta, a todos los familiares y empleados. El objetivo es conocer su opinión y poder contrastarla con la suya. Ello nos ayudará a conocer mejor el trabajo que hacemos y poder enfocar las mejoras.</p> <p>Ahora le pedimos que conteste a estas seis preguntas. Su colaboración va a ser muy importante para mejorar nuestra gestión. No le va a llevar más de quince minutos.</p> <p>Le pedimos que conteste cuanto antes. No lo deje para mañana y hágalo con ganas y con sinceridad.</p> <p>Le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas ya que no sabemos quién responde el cuestionario.</p> <p>Si tiene alguna duda, por favor hable con su Director/a.</p> <p>Muchas gracias por su colaboración.</p> <p>Atentamente, le saluda.</p> <p>El Director/a</p>				
<p>Nº cuestionario 001. Residencia _____</p>				

**Pregunta N° 1**

¿Cómo valora la calidad de su Residencia?

(Puntúe del 1 al 10 la actuación de la Residencia en los siguientes temas. El 1 es la puntuación más baja y 10 la más alta)

- > La calidad de la comida .....
- > La limpieza .....
- > Las instalaciones y espacios comunes .....
- > La comodidad de las habitaciones .....
- > Las actividades de ocio y tiempo libre .....
- > El cuidado cuando el residente está enfermo .....
- > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo .....
- > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares .....
- > El trato amable de los empleados con los residentes .....
- > El cuidado de las pertenencias de los residentes .....
- > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los residentes .....
- > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los residentes .....

**Pregunta N° 2**

¿Cuál de estos temas considera más importante?

(De todos estos temas, escoja sólo los 5 mas importantes, poniendo una cruz (X) en el cuadrito)

- > La calidad de la comida .....
- > La limpieza .....
- > Las instalaciones y espacios comunes .....
- > La comodidad de las habitaciones .....
- > Las actividades de ocio y tiempo libre .....
- > El cuidado cuando el residente está enfermo .....
- > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo .....
- > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares .....
- > El trato amable de los empleados con los residentes .....
- > El cuidado de las pertenencias de los residentes .....
- > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los familiares .....
- > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los familiares .....

ANEHO I

**Pregunta N° 3**

¿Se siente usted bien en la Residencia?

(Ponga una X sobre la respuesta que usted elija)

- > Sí .....
- > No .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 4**

La Residencia ¿es mejor, igual, o peor de lo que usted creía antes de vivir aquí?

- > Mejor .....
- > Peor .....
- > Igual .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 5**

¿Aconsejaría usted la Residencia a un amigo?

- > Sí .....
- > No .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 6**

¿Con qué frecuencia mínima cree que los familiares deben visitarle?

- > Más de una vez a la semana .....
- > Una vez a la semana .....
- > Dos veces al mes .....
- > Varias veces al año .....
- > No lo tengo claro .....

**Nota:** Muchas gracias por su dedicación, por favor introduzca las hojas de las respuestas en el sobre y deposítelo en el buzón de la Residencia.

Realizado por	Revisado por	Aprobado por

Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Doc. 3. Encuesta a empleados

NOMBRE DEL CENTRO	ENCUESTA AL CLIENTE INTERNO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<p>Se recomienda que el cuestionario sea completamente anónimo para facilitar la sinceridad en las respuestas. Asimismo, el cuestionario debe incluir una breve explicación del objetivo que se persigue.</p> <p>Recomendamos que el cuestionario sea lo más parecido posible al de los familiares, ya que se trata de comparar las respuestas. Lo que nos interesa es tener una valoración de la percepción de la calidad del centro, no de la satisfacción laboral, aspecto que se trata en el proceso de gestión de personas.</p> <p>Ejemplo idéntico al de los familiares y adaptado a los profesionales del centro.</p>				
<b>EJEMPLO</b>				
<p><b>Estimados amigos:</b></p> <p>Como saben la Dirección tiene un compromiso muy fuerte con la calidad. Creemos que este compromiso supone un esfuerzo especial que a la larga nos beneficia a todos.</p> <p>Una de las tareas de la gestión de la calidad es conocer lo que piensan nuestros clientes, usuarios y empleados. Para ello realizamos encuestas periódicas que nos ayudan a comprender lo que espera todo el mundo de nuestro trabajo.</p> <p>En estos momentos estamos pasando una encuesta muy parecida a ésta, a todos los familiares. El objetivo es conocer su opinión y poder contrastarla con la suya. Ello nos ayudará a conocer mejor el trabajo que hacemos y poder enfocar las mejoras.</p> <p>Ahora le pedimos que nos conteste a estas seis preguntas. Su colaboración va a ser muy importante para mejorar nuestra gestión. No le va a llevar más de quince minutos.</p> <p>Le pedimos que conteste cuanto antes. No lo deje para mañana, y hágalo con ganas y con sinceridad.</p> <p>Le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas ya que no sabemos quién responde el cuestionario.</p> <p>Si tiene alguna duda, por favor hable con su director.</p> <p>Muchas gracias por su colaboración.</p> <p>Atentamente, le saluda.</p> <p>El Director/a</p>				
<p>Nº cuestionario 001. Residencia _____</p>				

**Pregunta N° 1**

¿Cómo valora la calidad de su Residencia?

(Puntúe del 1 al 10 la actuación de la Residencia en los siguientes temas. El 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto)

- > La calidad de la comida .....
- > La limpieza .....
- > Las instalaciones y espacios comunes .....
- > La comodidad de las habitaciones .....
- > Las actividades de ocio y tiempo libre .....
- > El cuidado cuando el residente está enfermo .....
- > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo .....
- > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares .....
- > El trato amable de los empleados con los residentes .....
- > El cuidado de las pertenencias de los residentes .....
- > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los familiares .....
- > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los familiares .....

**Pregunta N° 2**

¿Cuál de estos temas considera más importante?

(De todos estos temas, escoge sólo los cinco más importantes, poniendo una cruz (X) en el cuadrito)

- > La calidad de la comida .....
- > La limpieza .....
- > Las instalaciones y espacios comunes .....
- > La comodidad de las habitaciones .....
- > Las actividades de ocio y tiempo libre .....
- > El cuidado cuando el residente está enfermo .....
- > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo .....
- > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares .....
- > El trato amable de los empleados con los residentes .....
- > El cuidado de las pertenencias de los residentes .....
- > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los familiares .....
- > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los familiares .....



**Pregunta N° 3**

¿Cree que los usuarios se sienten bien en la Residencia?

(Ponga una X sobre la respuesta que usted elija)

- > Sí .....
- > No .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 4**

La Residencia, ¿es mejor, igual, o peor de lo que usted creía antes de trabajar aquí?

- > Mejor .....
- > Peor .....
- > Igual .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 5**

¿Aconsejaría usted la Residencia a una amiga/o?

- > Sí .....
- > No .....
- > No lo tengo claro .....

**Pregunta N° 6**

¿Con qué frecuencia mínima cree que los familiares deben visitar a su familiar?

- > Más de una vez a la semana .....
- > Una vez a la semana .....
- > Dos veces al mes .....
- > Varias veces al año .....
- > No lo tengo claro .....

**Nota:** Muchas gracias por su dedicación, por favor introduzca las hojas de las respuestas en el sobre y deposítelo en el buzón de la Residencia.

Realizado por	Revisado por	Aprobado por

### 3. Registros de los procesos de apoyo

Proceso 3.1. Mantenimiento. Doc. 1. Registro de mantenimiento preventivo

NOMBRE DEL CENTRO		CHEQUEO DE RUTINAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
<b>Periodo</b>	<b>Equipamientos</b>	<b>Día de la semana que se hace el control</b>			
Diario	Sala de calderas				
	Cuadro eléctrico				
	S.M. motores recirculación				
	Descalcificadores				
	Luces escaleras				
	Luces exteriores jardín				
Semanal	Aljibes				
	A/A Centrales				
	Gasoil				
	Fosas residuales				
	Grupos presión				
	S.M. válvulas llaves de paso				
	Instalaciones de riego				
	Luces balcones				
	Luces y emergencia servicio				
	Luces y emergencia pta. 1ª				
	Luces y emergencia pta 2ª				
	Luces y emergencia pta 3ª				
	Luces y emergencia pta 4ª				
	C.I. Central gas cocina				
Quincenal	Desagües terrazas Hab				
	Desagües terrazas servicio				
	Desagües azoteas				
Mensual	C.I. Extintores y B.C.I clientes				
	C.I. Extintores y B.C.I servicio				
	C.I. Central de incendios				
	C.I. Puertas contrafuegos				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por	

Proceso 3.2. Limpieza. Doc. 1. Registro control limpieza de una habitación

NOMBRE DEL CENTRO		CONTROL DE LIMPIEZA DE UNA HABITACIÓN			DOC. 1	REV. 0	FECHA	
Fecha								
Nombre del auxiliar que ha realizado el trabajo								
N.º Hab.	Inodoro	Toallas	Luces Grifos Secador	Espejos	Olor Baño	Bienes Usuario	Papel Higiénico Accesorios	Terraza
Realizado por			Revisado por			Aprobado por		

ANEHO I

Proceso 3.2. Limpieza. Doc. 1. Registro partes incidencia de limpieza

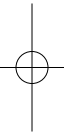
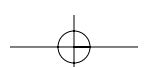
NOMBRE DEL CENTRO		PARTES DE INCIDENCIAS DE LIMPIEZA		DOC. 1	REV. 0	FECHA
BLOQUE I	<b>REGISTRO DE LA INCIDENCIA</b>					
	Cualquier trabajador de la organización puede anotar una incidencia de limpieza.					
	Nombre y firma persona receptora de la incidencia					
BLOQUE II	<b>RESPUESTA A LA INCIDENCIA</b>					
	El responsable del servicio emprenderá las acciones de mejora para solventarla.					
	Nombre y firma persona que realiza el análisis					
	<b>ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA REPETITIVA Y POSIBLE ACCIÓN CORRECTORA (AC)</b>					
En este apartado se refleja la acción de mejora fruto del análisis de una incidencia repetitiva, y se establece un plazo para llevarla a cabo y un responsable de la ejecución de la misma.						
Plazo para su realización						
Nombre y firma persona encargada de llevar la AC a cabo						
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		

Proceso 3.3. Proveedores. Doc. 1. Registro evaluación servicio proveedores

NOMBRE DEL CENTRO		EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE LOS PROVEEDORES			DOC. 1	REV. 0	FECHA
Nombre proveedor	Tipo producto	Periodicidad del servicio	Respuesta a urgencias	Tiempo que tarda	Calidad del material	Concuera con pedido	
Atosa	Gasas	Mensual	Buena	Dos días	Excelente	No siempre	
Realizado por		Revisado por			Aprobado por		
<p><b>Valoración:</b>  <b>Excelente:</b> Cumple siempre.  <b>Bueno:</b> Cumple 90% de veces.  <b>Normal:</b> Cumple 80% de veces.  <b>Malo:</b> Incumple el 30% de veces.  <b>Muy malo:</b> Incumple el 50% de veces.</p>							







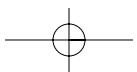
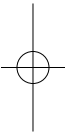
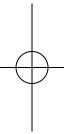


# ANEXO

# 2

---

PANEL DE INDICADORES



## Indicadores para medir los procesos

Los indicadores son medidas de los elementos, normalmente tangibles; como por ejemplo, el tiempo de espera. Pero a veces también miden fenómenos un tanto intangibles, como puede ser la "satisfacción" de las personas con el servicio.

Cuando se opta por un indicador en vez de otro, se apuesta por controlar un fenómeno y no otro, lo que tiene repercusiones en la dinámica del proceso y en las personas involucradas.

Además de establecer el **indicador**, hay que definir un **estándar** siempre que sea posible. Eso quiere decir establecer un nivel en cada uno de los indicadores que se definan. Un ejemplo podría ser tomar como indicador un plazo de tiempo de espera entre la solicitud de entrada y el ingreso al centro, y fijar el estándar entre 30 y 40 días.

### ¿Cómo se decide el estándar?

Hay varias opciones. La mejor es establecer el estándar según las **expectativas** del cliente. Si se pregunta a los familiares qué tiempo ven razonable esperar para entrar a su familiar en la residencia y nos contestan que entre uno y dos meses, pues éste será como mínimo el estándar a lograr. Otras veces no es tan fácil, pues no están claras las expectativas o bien no hay cliente que conteste, o bien se trata de un indicador complejo y muy técnico. En estos casos es bueno recurrir a la experiencia de ir probando o ver qué hacen otros que ya la tienen.

### ¿Cada cuánto se registra el fenómeno para obtener datos?

Depende de la frecuencia del fenómeno a medir y de la necesidad de controlar su desarrollo. En el ejemplo del proceso de admisión, debería ser en todas las entradas. En otros indicadores, puede ser cada cierto periodo de tiempo o cada cierto número de casos.

Otro asunto es el **análisis de los resultados**. Aquí se ha de optar por un número determinado de "mediciones". En el ejemplo, podría ser cada 15 entradas, o cada seis meses, etc. La cuestión es tener un cierto número de "casos" para generalizar los resultados de los análisis. Si de 15 entradas, en 10 se tarda más de 40 días, es que se está actuando "normalmente" por debajo del nivel establecido, con lo cual habrá que hacer cambios si se quiere subir el nivel.

A continuación se presenta un panel extenso de ejemplos de indicadores de un centro para personas con discapacidad. No son los únicos, los definitivos ni todos lo que podrían utilizarse. Se trata más bien de una exposición didáctica de cómo se pueden definir indicadores para medir lo que se hace.

## ANEHO II

## Panel de Indicadores de los Procesos Estratégicos

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
<b>1.1. Gestión de la Misión</b>	1. Grado de conocimiento de la misión por parte de los empleados. 2. % de clientes internos que participan cada dos años en la definición de la misión.	90% 90%	Bianual.
<b>1.2. Plan Anual de Calidad</b>	1. % de objetivos conseguidos en el plan del año anterior. 2. Nº de propuestas de mejora resultantes de nuevo plan de calidad.	80% > 10	Anual.
<b>1.3. Manual de Buenas Prácticas Asistenciales</b>	1. % de tareas asistenciales en el centro incluidas en el MBPA. 2. Nº de Buenas Prácticas asistenciales realmente implantadas en el centro.	80% 90%	Anual.
<b>1.4. Gestionar Derechos</b>	1. Grado de satisfacción de los usuarios y familiares con el respeto por sus derechos. 2. % de personas de la organización que conocen los derechos de los residentes.	90% 90%	Anual.
<b>1.5. Conocer las necesidades</b>	1. Grado de cumplimiento de las expectativas de usuarios y familiares. 2. % de miembros de la organización que conocen lo que se espera y necesita de ellos.	90% 90%	Anual.
<b>1.6. Selección e incorporación</b>	1. % de candidatos seleccionados que cumplan el perfil buscado. 2. Grado de satisfacción del seleccionado con respecto al proceso de selección.	80% 90%	Cada 10 incorporaciones
<b>1.7. Participación empleados</b>	1. % de reuniones con participación empleados pactadas y finalmente realizadas. 2. Grado de satisfacción con respecto a las vías de participación internas. 3. Funcionamiento del equipo interdisciplinar.	90% 90% 70%	Anual.
<b>1.8. Formación</b>	1. Formación sobre la preservación de la intimidad del residente. 2. Grado de satisfacción de los profesionales con respecto a la actividad formativa. 3. % de profesionales del centro que han recibido formación. 4. Formación continuada.	80% Muy alta 80% 90%	Anual.
<b>1.9. Reuniones de Mejora</b>	1. % de miembros de la dirección partícipes en las reuniones periódicas. 2. Grado de cumplimiento del calendario anual de reuniones.	90% 90%	Anual.
<b>1.10. Acciones de Mejora</b>	1. Nº de incidencias repetitivas registradas al año. 2. Nº de innovaciones registradas al año. 3. Nº de problemas evitados gracias a acciones preventivas.	- de 5 + de 20 + de 10	Anual.
<b>1.11. Mapa de Procesos</b>	1. % de miembros de la organización que conocen los procesos clave y el mapa de procesos.	90%	Anual.
<b>1.12. Controlar los Procesos</b>	1. % de los procesos clave normalizados.	90%	Anual.
<b>1.13. Crear Indicadores</b>	1. % de procesos clave con implantación de indicadores. 2. Satisfacción del Comité de Calidad con la información proporcionada.	90% Muy alta	Anual.
<b>1.14. Acciones Correctoras</b>	1. Nº de incidencias registradas al año. 2. Nº de soluciones efectivas a las incidencias registradas al año.	90% 70%	Anual.
<b>1.15. Auditorías Internas</b>	1. % de puntos del Cuestionario de Auditoría Interna realmente auditados. 2. % de desviaciones encontradas finalmente resueltas.	90% 90%	Anual.
<b>1.16. Revisión del Sistema</b>	1. % de miembros de la dirección partícipes de la revisión del Sistema de Calidad. 2. % de personas de la organización conocedoras de los resultados de la revisión del Sistema de Calidad.	100% 90%	Anual.
<b>1.17. Auditorías Externas</b>	1. Nº de desviaciones de la auditoría externa/nº de acciones correctoras realizadas en tiempo. 2. Grado de satisfacción de las personas con los resultados de la auditoría.	100% 90%	Después de cada auditoría externa

## Panel de Indicadores de los Procesos Esenciales

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
<b>2.1. Admisión</b>	1. % documentos del sistema de información definido y entregado al usuario al ingreso. 2. % criterios de la Comisión de valoración cumplidos. 3. Grado de satisfacción de los familiares con respecto al trato recibido.	100%  100% 90%	Cada 10 entradas.
<b>2.2. Acogida y alojamiento</b>	1. % de documentos necesarios firmados. 2. % de usuarios con profesional de referencia asignado. 3. Grado de satisfacción de la familia con respecto a la acogida.	100% 80% 80%	Cada 10 entradas.
<b>2.3. Proceso de valoración</b>	1. % de usuarios con diagnóstico geriátrico integral actualizado. 2. % de usuarios con un PIA interdisciplinar y actualizado anualmente. 3. % de objetivos del plan anual cumplidos.	65% 60% 75%	Trimestral
<b>2.4. Atención Continua</b>	1. % de usuarios con dieta adecuada. 2. % de usuarios con riesgo nutricional valorado. 3. Grado de satisfacción de los residentes con respecto al cuidado diario.	90% 80% 90%	Trimestral
<b>2.5. Programa de ocio</b>	1. % de actividades programadas y cumplidas. 2. % de residentes participantes en actividades de ocio. 3. Grado de cumplimiento de los objetivos de ocio marcados en el PIA.	10 80% 50%	Trimestral
<b>2.6. Atención sanitaria</b>	1. % de administración de fármacos controlada y registrada por escrito. 2. % de caídas que pudieran haberse prevenido.  3. % de usuarios con lesiones por presión.	90% menos del 10% menos de 10%	Trimestral
<b>2.7. Atención a familias</b>	1. % de participación de los familiares en las actividades programadas. 2. Nº de quejas, sugerencias y reclamaciones al mes. 3. Grado de satisfacción de los familiares con el centro.	+ del 30% < 5 80%	Semestral
<b>2.8. Salida</b>	1. Tiempo desde la demanda de baja hasta la firma de renuncia de plaza. 2. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la atención en el proceso de muerte.	Menos de 1 semana 90%	Cada 10 bajas
<b>2.9. Atención a Incidencias</b>	1. % de quejas, reclamaciones o sugerencias respondidas a los clientes. 2. % de quejas, sugerencias o mejoras con propuesta de mejora asociada. 3. Grado de satisfacción del cliente con la solución encontrada.	90% 90% 80%	Trimestral
<b>2.10. Encuestas de satisfacción</b>	1. Grado de satisfacción de los clientes internos y externos con el centro. 2. % de participantes. 3. Grado de concordancia en la valoración del centro entre los diferentes actores: familiares, dirección y empleados.	85% + del 70% 80%	Anual

## ANEHO II

## Panel de Indicadores de los Procesos de Apoyo

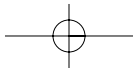
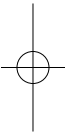
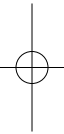
PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
<b>3.1. Mantenimiento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipamiento adecuado a las necesidades de los residentes.</li> <li>2. % de tareas del plan de mantenimiento y limpieza programadas y finalmente realizadas.</li> <li>3. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se repara la avería o incidencia.</li> <li>4. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza.</li> </ol>	100% 90% 6 horas 90%	Trimestral
<b>3.2. Limpieza</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de tareas del plan de limpieza programadas y finalmente realizadas.</li> <li>2. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se soluciona la incidencia.</li> <li>3. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza.</li> <li>4. Nivel de limpieza e higiene del centro.</li> </ol>	90% 30 minutos 90% 90%	Trimestral
<b>3.3. Gestión de proveedores</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado de satisfacción de los responsables de cada área con los proveedores.</li> <li>2. Nº de fallos detectados y solucionados por los proveedores.</li> </ol>	90% 90%	Anual
<b>3.4. Control de calidad de los productos comprados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de productos devueltos al proveedor.</li> <li>2. Grado de satisfacción de los clientes internos/externos con los productos adquiridos.</li> </ol>	5% 90%	Anual
<b>3.5. Gestión de la documentación.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolos Básicos.</li> <li>2. % de procesos clave identificados y documentados con respecto al total de procesos.</li> <li>3. Grado de satisfacción de los profesionales con el sistema documental utilizado.</li> <li>4. Documentación de atención al residente.</li> </ol>	100% 75% 70% 100%	Anual

# ANEXO

# 3

---

BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB





### a) Sobre procesos estratégicos

AENOR (2002). *La Gestión por procesos*.

Beltrán Sanz J. et. al. (2003). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología.

Club Gestión de la Calidad (2003). *Modelo de calidad de la Fundación Europea para la Calidad*.

Codling. S. (2000). *Benchmarking*. AENOR.

Consejería de Salud (1994). *Calidad percibida de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid. Encuesta Telefónica*. Comunidad de Madrid.

Costa, J. M. (1998). *Gestió de la qualitat en un món de serveis*. Gestión 2000.

Donabedian, A. (1991). "Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial", *Control de Calidad Asistencial*, 6 (1), pág. 1-6.

Fantova F. (2002). "Hacia una gestión de calidad en los procesos de intervención social", Pág. 179-196. La calidad como imperativo en la acción social. *Revista Documentación Social*, Nº 128.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. (2002). *Indicadores para la mejora de la atención residencial*.

Galloway. D. (2002). *Mejora continua de Procesos*. Gestión 2000.

Garau, J (1996). "La qualitat dels Serveis Socials". *Revista Alimara* del Consell Insular de Mallorca.

Garau J. (2002). "Metodología para la implantación de un sistema de gestión de calidad para las ONG", pág. 197-218. La calidad como imperativo en la acción social. *Revista Documentación Social*. Nº 128.

Garau J. (2004). "Hacia un sistema de calidad para las ONG", 215-231. *La gestión de calidad en los servicios sociales*. Publicación del MTAS y el IMSERSO.

Hayes, B. (1996). *Cómo medir la satisfacción de un cliente*. Gestión 2000.

Hill N. y Alexander J. (2001). *Manual de satisfacción del cliente y evaluación de la fidelidad*. AENOR

Hoyle D. And Thompson J. (2002). *Del aseguramiento a la gestión de calidad: el enfoque basado en procesos*. AENOR.

Insalud (1998). *Encuesta de satisfacción de los usuarios en los servicios de atención primaria*.

ISO (2003). *Guidance on the concept and use of the Process Approach for management systems*. ISO/TC 176/SC 2/N 544R2.

Lacasta, J. J. (1999), "Los manuales de calidad de FEAPS", *Siglo Cero*, vol. 30, n.º 185.

Llorens, F. J. (1996). *Medición de la calidad de servicio*. Universidad de Granada.

Marín, L. et al. (1996). *Manual de buenas prácticas para residencias de personas ancianas*. Diputación Foral de Álava.

Martínez V. et. al. (2001). *Calidad de Servicio y satisfacción del cliente*. Editorial Síntesis.

Medin J. (2004). *Guía para implantar un sistema de gestión de calidad*. Asociación Coruña Solidaria.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1999), *Encuesta de calidad de vida en el trabajo*.

ANEHO III

---

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), *Actividades solidarias y gestión de calidad*.

Niven P. (2003). *El cuadro de mando integral paso a paso*. GESTIÓN 2000.

Pande P.S. (2004), *Las claves de Seis Sigma. Una Guía dirigida a los Equipos de Mejora de Procesos*. McGraw Hill.

Rosander, A. C. (1995), *Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios*. Díaz de Santos.

Setien M y Sacanell E. (2003), *La calidad en los servicios sociales. Conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanc.

Suñol R.(2002). " Sistemas de indicadores para la gestión de calidad en las residencias de personas mayores", pag 171-178. La calidad como imperativo en la acción social. *Revista Documentación Social*, nº 128.

### Entidades y direcciones web más significativas

Asociación Española para la Calidad: [www.aec.es](http://www.aec.es)

Asociación Española de Normalización [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

Club Gestión de la Calidad: [www.clubcalidad.es](http://www.clubcalidad.es)

Comisión de colegios profesionales norteamericanos [www.jhco.com](http://www.jhco.com)

Consejo de ONG. [www.calidadong.org](http://www.calidadong.org)

Entidad Nacional de Acreditación (ENAC): [www.enac.es](http://www.enac.es)

European Foundation for Quality Management (EFQM) [www.efqm.org](http://www.efqm.org)

European Organization for Quality (EOQ): [www.eoq.org](http://www.eoq.org).

European Society for Quality in Healthcare: [www.esqh.net/](http://www.esqh.net/)

Fundación Avedis Donabedian. [www.fad.org](http://www.fad.org)

International Standardization Organization. [www.iso.org](http://www.iso.org)

Instituto para la Calidad Turística Española (ICTE): [www.ictes.es](http://www.ictes.es)

Instituto Europeo para la Administración pública. [www.eipa.nl](http://www.eipa.nl)

Instituto Nacional para la Evaluación y calidad de la Educación. [www.ince.es](http://www.ince.es)

International Standardization Organization (ISO): [www.iso.ch](http://www.iso.ch)

Ministerio de Admnistraciones Públicas donde se informa acerca del ONGconcalidad: [www.ongconcalidad.org](http://www.ongconcalidad.org)

Observatorio para la Calidad de los Servicios Públicos: [www.ocsp.arrakis.es/](http://www.ocsp.arrakis.es/)

Sociedad Española de Calidad Asistencial. [www.seca.com](http://www.seca.com)

## b) Sobre procesos esenciales

### 2.1. Proceso de admisión

#### **Protección de datos:**

Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

Ambas se puede encontrar en la Agencia de Protección de Datos: <https://www.agpd.es/>

#### **Bibliografía general:**

Garau, Jaime (2001). *Guía para la implantación de la norma ONG CON CALIDAD*. Barcelona, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Kaplan, R y Norton, D. (2002). *Cuadro de mando integral (The balanced scorecard)*. Barcelona. Gestión 2.000.

Kaplan, R y Norton, D. (2004). *Mapas estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Barcelona. Gestión 2.000.

### 2.2. Proceso de acogida y alojamiento

#### **Ejemplo de Contrato de asistencia**

Anexo del Decreto 220/1989, del 28 de agosto, sobre servicios sociales de la Generalitat de Catalunya. Publicado por el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.

#### **Ejemplo de reglamento de régimen interno**

Documento donde es específica la dinámica de funcionamiento del servicio, así como los derechos y obligaciones a los que están sujetos los usuarios/as del servicio residencial. Documento donde la familia o el representante legal autoriza a la entidad a disponer de los datos necesarios para cumplir con la Ley de protección de datos. Un ejemplo de muestra puede encontrarse en: [http://www.ssm.ayuncordoba.es/ssm\\_htm/010709.html](http://www.ssm.ayuncordoba.es/ssm_htm/010709.html)

En la *Guía para la implantación de la norma ONG CON CALIDAD*. Barcelona, se pueden encontrar referencias clave sobre los derechos de los usuarios/as que pueden ser de ayuda en la redacción de este documento. Disponibles en el web [www.ongconcalidad.org](http://www.ongconcalidad.org), sección ONG virtual.

### 2.3. Proceso de diagnóstico y plan individual

#### **Diagnóstico:**

A parte de las informaciones facilitadas por la familia, así como los informes que estas puedan aportar existen toda una serie de pruebas estandarizadas que permiten diagnosticar las necesidades de cada uno de los usuarios/as. La más conocida es el Inventario para la planificación de servicios y programa individual (ICAP), que suele complementarse con el Inventario de destrezas adaptativas (CALS) y el Vitae de destrezas adaptativas (ALSC).

Algunas direcciones donde encontrar información:

<http://www.cpinternet.com/~bhill/icap/spanish.htm>

<http://www3.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp32.pdf>

Bibliografía recomendable al respecto:

Montero, Delfín (1993). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*.

Morreau, L.E., Bruininks, R.H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CAL5)*. Bilbao. Ed. Mensajero.

Gilman, C.J., Morreau, L.E., Bruininks, R.H., Anderson, J.L., Monetero, D. Y Unamunzaga, E. (2002), *Curriculum de destrezas adaptativas (ALSC)*. Bilbao. Ed. Mensajero.

#### **Plan individual:**

A continuación se exponen algunos de los modelos teóricos que pueden servir de base para el plan individual.

Vinculada a la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR): AAMR (2004). Asociación Americana sobre Retraso Mental. *Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (10 edición). Madrid, Alianza editorial.

Shalock, R y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid. Psicología Alianza Editorial.

Verdugo, Miguel Angel (2003), *PVD Programa de habilidades de la vida diaria. Programas de conducta alternativos*. Salamanca. Amarú Ediciones. Colección Psicología.

Verdugo, M y Jordan de Urries, B. (2003), *Investigación, innovación y cambio. V jornadas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca. Amarú Ediciones.

Se puede encontrar más información en:

Página Web oficial de la AAMR: <http://www.aamr.org/>

Página Web de INICO referida a la nueva definición de discapacidad intelectual propuesta por la Asociación Americana de Retraso Mental: [http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR\\_2002.pdf](http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR_2002.pdf)

Vinculada a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

OMS (2001), *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*.

Página Web oficial de la CIF: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Nota de prensa introductoria en relación con la CIF: <http://www.who.int/classification/icf/pressrelease/ICFPRS.pdf>

Diapositivas explicativas de la evolución del sistema de clasificación desarrollado por la OMS: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PPT/Capitulo1.pps>

Experiencias de aplicación de la CIF: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/EstudioCIDDMversionFinal.pdf>

Otra página web al respecto: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/>

#### **2.4. Proceso de acogida y alojamiento**

Naciones Unidas (1995), *Propuestas de acción para las personas con discapacidad*. Argentina, Lumen.

Arostegui, I. (2002), *Calidad de vida y retraso mental*. ICE Universidad de Deusto. Bilbao. Ed. Mensajero.

#### **2.5. Proceso de realización de actividades de ocio**

Información complementaria sobre este tema se puede encontrar en:

<http://www.ocio.deusto.es/once/default.asp?lang=SP>

#### **2.6. Proceso de atención sanitaria**

Varios autores (2000). *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Barcelona. Herder.

Varios autores (2001). *Documentación clínico-asistencial para centros asistidos y socio sanitarios*. Barcelona. Herder

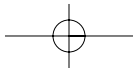
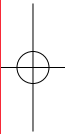
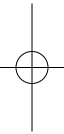
Rodríguez, P. (2002). *Morir es nada. Como enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud*. Barcelona. Sine Quan Non

Worden, J.W (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.

#### **2.10. Proceso de encuesta de satisfacción a los residentes, familias y empleados**

Hayes, B. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de cuestionarios*, Barcelona. Gestión 2000.

Vavra, T. (2002), *Cómo medir la satisfacción del cliente según la ISO 9001:00*. Madrid. FC editorial.

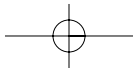
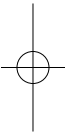
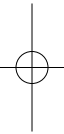


# ANEXO

# 4

---

DEFINICIONES





**Acción correctora**

Acción adoptada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

**Acción innovadora**

Acción que supone una actividad completamente nueva y que surge de un proceso de maduración interna, o de la importación de una experiencia externa.

**Acción preventiva**

Acción adoptada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable potencial.

**Acción reparadora**

Acción que pone remedio inmediato a un problema con el fin de darle una solución, aunque no sea definitiva.

**Acta**

Registro que da fe de la celebración de una reunión y la toma de unos acuerdos, en el que se anotan las características básicas de una reunión, encuentro o asamblea de personas, las personas asistentes, además de los acuerdos básicos a los que se llega. Para que tenga validez debe estar firmada por los asistentes.

**Auditoría externa**

Evaluación de la eficacia del sistema de calidad y de su conformidad con respecto a las normas de calidad establecidas, realizada por una entidad externa a la organización.

**Auditoría interna**

Evaluación de la eficacia del sistema de calidad de una organización y su conformidad con respecto a las normas de calidad establecidas, realizada por la propia organización.

**Buena práctica asistencial**

Patrón de comportamiento, basado en conceptos científicos y técnicos de validez demostrada, que orientan la actuación del profesional en los procesos de servicio al usuario de centros.

**Buena práctica de gestión de calidad**

Patrón de comportamiento, basado en los conceptos de la gestión de calidad, que orientan a los diferentes empleados, en la gestión de los procesos de un centro.

**Calidad**

Grado en que el conjunto de características de un producto o servicio cumple con los requisitos previamente establecidos y con las necesidades y expectativas del usuario.

**Cliente**

Persona, colectivo o entidad, que recibe un servicio de la organización.

**Cliente final**

Usuario al que va dirigido el servicio y por el cual se justifica la existencia de la organización.

**Cliente interno**

Persona de la organización, ya sea empleada, voluntaria o colaboradora, a la que se dirigen las actividades de otras personas o grupos de la propia organización.

**Control de la calidad**

Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza adecuada acerca de la calidad del servicio o producto.

**Excelencia**

Prácticas sobresalientes en la gestión de la organización y logro de resultados, que van más allá de los mínimos exigidos.

ANEHO IV

---

**Gestión de la calidad**

Aspecto de la gestión general de una organización que determina y aplica la política de calidad para alcanzar los objetivos previstos en materia de calidad.

**Implantado**

Acción o proyecto de gestión de calidad que ya ha pasado su estadio de planificación y se ha introducido en la práctica de la organización.

**Indicador**

Instrumento de evaluación de una actividad, proceso o servicio, que sirve para saber las características de un servicio, el cumplimiento de la gestión de sus procesos o la medida de sus resultados.

**Iniciado**

Actividad o proyecto de gestión de calidad en su estado de planificación

**Instrucción**

Parte de un procedimiento que se necesita detallar en forma de órdenes a aplicar de forma estricta y predeterminada.

**Integrado**

Acción o proyecto de gestión de calidad que ha pasado a ser una actividad habitual y positiva para la organización.

**Meta**

Resultado al que se desea llegar después de una actividad, proceso o servicio.

**Misión**

Declaración que describe el propósito o razón de ser una organización.

**No conformidad**

Incumplimiento de un requisito.

**Objetivo**

Meta que una organización se fija para ser alcanzado en un tiempo determinado. Debe ser cuantificables, en la medida de lo posible, y expresarse en términos de rendimiento.

**Organización**

Conjunto de personas e instalaciones con una disposición determinada de responsabilidades, autoridades, relaciones y actividades de producción de bienes o servicios.

**Parte interesada**

Persona o grupo de personas que tiene un interés en la gestión o éxito de la organización.

**Política de calidad**

Directrices y objetivos generales de una organización relativos a la calidad del servicio y a los compromisos con las partes interesadas.

**Principios éticos**

Leyes morales, de carácter universal, que adopta la organización y por las que se guía.

**Proceso**

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar bienes o servicios.

**Proceso clave**

Aquel proceso que, por su importancia, se somete a la gestión y control de calidad.

**Proceso esencial**

Aquel proceso clave que afecta directamente al usuario y que justifica la existencia de la organización.

**Proceso estratégico**

Procesos clave que sirven para orientar a la organización y a los recursos clave de la misma hacia su misión y objetivos.

**Proceso de apoyo**

Es el que mantiene las condiciones de infraestructura, instalaciones y administración de la organización en condiciones óptimas para que el conjunto de la organización funcione y los otros procesos se lleven a cabo.

**Proceso de servicio**

Es la secuencia de las actividades se realizan desde el inicio hasta el final de un servicio.

**Procedimiento o protocolo**

Es la forma de llevar a cabo una actividad o un proceso. Los procedimientos pueden estar documentados o no.

**Producto clave**

Es aquel producto que debe estar sometido a controles y especificaciones de calidad, porque se utiliza en un proceso clave.

**Registro**

Documento que proporciona información sobre resultados conseguidos o bien que ofrece la evidencia de las actividades efectuadas.

**Satisfacción del usuario**

Percepción y manifestación del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus necesidades y expectativas.

**Sistema de calidad**

Conjunto de la estructura, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad de una organización.

**Valores**

Los conceptos y expectativas que describen el comportamiento de las personas de la organización y determinan sus relaciones.

**Visión**

Declaración en la que se describe cómo desea ser la organización en el futuro.

*Han colaborado en la revisión de este manual:*

D<sup>a</sup> ROSARIO GARCÍA SABATER  
Directora del CENTRO OCUPACIONAL ESPURNA (Gandía)

D. JULIÁN INIESTA ROMERO  
Director de la RESIDENCIA MANISES DE DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

D. VICENTE MARCILLA RENTERO  
Director del CENTRO OCUPACIONAL DE MISLATA

D<sup>a</sup> ADELINA PÉREZ Y PÉREZ  
Directora de la RESIDENCIA DE DISCAPACITADOS FÍSICOS PEPE ALBA (Valencia)

D ALCADIO REIG SUÁREZ  
Director de la RESIDENCIA PARA ENFERMOS MENTALES LA MORENICA (Villena)