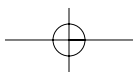
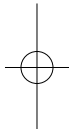
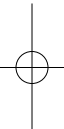


Manual de Buenas Prácticas en la
gestión de centros de personas mayores
de la Comunidad Valenciana



Manual de Buenas Prácticas en la
gestión de centros de personas mayores
de la Comunidad Valenciana



CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL

Consellera:

Hble. Sra. D^a 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^a MARÍA COLL, D^a ROSA SOLÁ, D^a M^a JESÚS MORENO,

D. ANTONI SÁNCHEZ, D. CARLOS CABEZA,

D^a EDU MURILLO y D. BALBINO PARDAVILA

Coordinación:

D^a PILAR MÀÑEZ CAPMANY

Subsecretaria de la Conselleria de Bienestar Social

D^a MARTA PONCE GONZÁLEZ

Jefa del Área de Planificación

D^a ENCARNA MAHIQUES MIRET

Jefa del Servicio de Calidad

Diseño:

efectiva.net

Imprime:  gràfiques **vimar**
Avda de l'Esport, 11 • 46100 Sagunto • Valencia • España

Segunda edición: junio 2006

© de los textos: los autores

© de las imágenes: los autores y propietarios

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2006

ISBN: 84-482-4032-4

Depósito Legal: V-2419-2006

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.

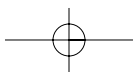
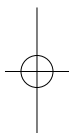
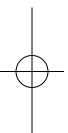
El Plan de Calidad de la Prestación Social puesto en marcha por el Departamento que dirijo, establece un marco común a todos los centros de servicios sociales y a todas las prestaciones para que se trabaje sistemáticamente con calidad a partir de unos estándares que puedan evaluarse tanto interna como 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, como sucede en las residencias de mayores con el Plan de Mejora Asistencial. 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 mayores, 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. Por eso, y porque los mayores de nuestra Comunidad lo merecen, los profesionales de los centros contarán en todo momento con nuestro apoyo más activo.

Alicia de Miguel García
Consellera de Bienestar Social



Índice

INTRODUCCIÓN	11
1 LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS	15
GESTIÓN DE LA MISIÓN, VALORES Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD DEL CENTRO	17
1.1. LA MISIÓN Y LA POLÍTICA DEL CENTRO CON LA CALIDAD	17
1.2. EL PLAN ANUAL DE CALIDAD DEL CENTRO	20
1.3. EL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES	23
GESTIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS	26
1.4. LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS	26
GESTIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE USUARIOS	30
1.5. LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE USUARIOS	30
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN CONTINUA	33
1.6. PROCESO DE SELECCIÓN E INCORPORACIÓN	33
1.7. FÓRMULAS DE PARTICIPACIÓN	36
1.8. FORMACIÓN CONTINUA	39
MEJORA CONTINUA	42
1.9. REUNIONES PARA LA EVALUACIÓN Y MEJORA	42
1.10. REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	45
GESTIÓN DE PROCESOS	48
1.11. EL MAPA DE PROCESOS	48
1.12. GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS CLAVE	52
1.13. INDICADORES	55
EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD	58
1.14. ACCIONES REPARADORAS Y CORRECTORAS	58
1.15. AUDITORÍAS INTERNAS	61
1.16. REVISIÓN DEL SISTEMA	64
1.17. AUDITORÍAS EXTERNAS	67
PANEL DE INDICADORES ESTRATÉGICOS	70
2 LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES	71
2.1. ADMISIÓN	73
2.2. ACOGIDA	78
2.3. DIAGNÓSTICO	84
2.4. ATENCIÓN CONTINUA	89
2.5. PLAN DE SALUD	92
2.6. PROGRAMA DE OCIO	97
2.7. ATENCIÓN A FAMILIAS	101
2.8. SALIDA	105
2.9. ATENCIÓN A QUEJAS Y SUGERENCIAS	109
2.10. REALIZACIÓN DE ENCUESTAS	112
PANEL DE INDICADORES ESENCIALES	115

3 LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO	117
3.1. MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DEL CENTRO	119
3.2. GESTIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA	122
3.3. RELACIONES CON LOS PROVEEDORES	126
3.4. CONTROL DE CALIDAD DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS Y SU ALMACENAMIENTO	129
3.5. DOCUMENTACIÓN	132
PANEL DE INDICADORES DE APOYO	135
ANEXO 1. REGISTROS Y OTROS DOCUMENTOS	139
ANEXO 2. PANEL DE INDICADORES	187
ANEXO 3. BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB	193
ANEXO 4. DEFINICIONES	199

INTRODUCCIÓN

Destinatarios

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

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 mayores. 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 mayores. 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 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.

En el CD adjunto a este Manual se incluyen todas las fichas de Plan de Gestión de los Procesos, a fin de que puedan utilizarse por los centros.

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*.

Los Indicadores del Plan de Mejora Asistencial

En cada una de las fichas de proceso, llamadas Plan de Gestión del Proceso, se proponen varios indicadores. Aquellos que figuran actualmente en el Plan de Mejora Asistencial se resaltan en negrita.

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.

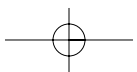
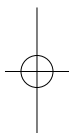
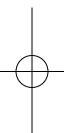
En el segundo anexo, se muestra un cuadro resumido de todos los **indicadores** que han sido citados en cada **Plan de Gestión** de cada proceso. Nuevamente, figuran en negrita los 33 indicadores del Plan de Mejora Asistencial.

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 mayores 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>Misión: Que toda la organización conozca su misión, hacia dónde se dirige y cómo se llegará a esa meta.</p> <p>Objetivos: 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>Clientes internos: 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>Externos: 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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director del centro.</p> <p>Otros responsables: Director de calidad. Responsable de cada área.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: papel, ordenador, etc. en definitiva un soporte para hacer llegar la misión a la organización.</p> <p>Instrumentos: correo electrónico, cartas, reunión.</p> <p>Proveedores clave: 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
				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

1.2. 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					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Trazar un Plan de calidad para que la organización vaya en la dirección deseada.</p> <p>Objetivos: 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>Centro: 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>Externo: dar a conocer el Plan de Calidad es una forma de dar confianza.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<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. > 10</p>	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
P	<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"> > 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. <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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Responsables de cada área o servicio. Director del centro.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: soporte material para comunicar a toda la organización el nuevo Plan de Calidad.</p> <p>Instrumentos: entrevistas entre director de calidad y los encargados de cada área.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>			<p>Director de calidad.</p> <p>Responsables de cada área o servicio.</p> <p>Director del centro.</p>	
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso	
	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					
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	

1.3. 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				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Elaborar un documento donde se recojan las "mejores prácticas" sobre cómo realizar cada una de las tareas asistenciales en el centro.</p> <p>Objetivos: 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>Centro: que todas las prácticas profesionales que se realizan en el centro tengan documentada la forma en que deben llevarse a cabo.</p> <p>Externo: tener confianza técnica en el equipo.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<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				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<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"> > 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 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. <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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Otros miembros del comité de calidad. Director del centro. Encargados de cada área implicados.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: Borradores y escritos. Manual de Mejores prácticas pasados.</p> <p>Instrumentos: entrevistas a fondo con personas del centro, reuniones, etc.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Miembros del comité de calidad.</p> <p>Encargados de cada área.</p>	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
Manual de Buenas Prácticas de Gestión. (procesos esenciales).		Reg. Catálogo de Prácticas Asistenciales.		
A	ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso			
	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
E	EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo			
	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
M	MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo			
	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				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Salvaguardar los derechos de los residentes, familiares y personal del centro.</p> <p>Objetivos: Que todos los miembros de la organización conozcan los derechos de los usuarios.</p> <p>Grado de satisfacción de los clientes con respecto al respeto por sus derechos.</p>		<p>Usuarios: que todos los clientes externos no se vean en ningún momento privados de sus derechos.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<p>1. Grado de satisfacción de los usuarios y familiares con respecto al respeto por sus derechos.</p> <p>2. % de personas de la organización que conocen los derechos de los residentes.</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>Elaboración de un Código del Centro. El código deberá contener los siguientes puntos:</p> <p>a) Derechos genéricos de los residentes y familiares.</p> <p>b) Otros derechos más específicos.</p> <p>c) Derechos respecto a la evaluación del problema del usuario.</p> <p>d) Derechos respecto a la intervención que se realiza con el usuario.</p> <p>e) Derechos respecto a la medicación que se le dispensa.</p> <p>Puntos críticos: conocimiento por parte de todos los miembros de la organización de dichos derechos.</p>		<p>Propietario del proceso: Responsable de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director del centro. Trabajadores sociales.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: dossier informativo, tablón de anuncios, etc.</p> <p>Instrumentos: correo electrónico, comunicados, reuniones, etc.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Trabajador social.</p>	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
Referencias legislativas y decretos de la administración pública, así como los reglamentos del centro que definen los derechos de los usuarios.		<p>Reg. de quejas y reclamaciones.</p> <p>Reg. de encuesta.</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

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						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: 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>Objetivos: 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>Clientes internos: que sus expectativas y necesidades hacia el centro sean cubiertas.</p> <p>Clientes externos: que sus expectativas y necesidades (legales u otras), hacia el centro sean cubiertas.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<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						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director del centro.</p> <p>Otros responsables: Director de calidad.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: teléfono, encuestas, documentos...</p> <p>Instrumentos: entrevistas individuales, grupo enfocado, reuniones, charlas informativas.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>			<p>Director del centro.</p> <p>Director de calidad.</p> <p>Otro personal del centro.</p>		
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
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						
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 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>Misión: Incorporar al centro a los profesionales que más se adapten al perfil buscado por el centro.</p> <p>Objetivos: Seleccionar a los candidatos más adecuados para el perfil buscado.</p> <p>Que el proceso respete los derechos y la dignidad de los candidatos.</p>		<p>Clientes internos: disponer de un proceso que facilite la incorporación de los mejores candidatos al centro.</p> <p>Candidatos: 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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Responsable de RRHH.</p> <p>Otros responsables: Responsable de cada área. Responsable de acogida.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: archivo con fichas, teléfono, ordenador, internet, anuncios, etc.</p> <p>Instrumentos: entrevistas, reuniones, anuncios, etc.</p> <p>Proveedores clave: 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						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Gestionar la participación de las personas en el centro, de forma que se garantice la comunicación en el centro.</p> <p>Objetivos: 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>Clientes internos: disponer de mecanismos eficaces para la comunicación dentro de la organización.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<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						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>Las fórmulas de participación son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniones de la Junta y Dirección del Centro. 2. Reuniones del equipo interdisciplinario. 3. Reuniones de organización del trabajo y funcionamiento global del centro. 4. Reunión de los diferentes Comités del Centro. 5. Espacios de formación, charlas y conferencias. <p>El procedimiento para dichas fórmulas de participación es el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Institucionalización de las reuniones, es decir notificar el día, la hora, los asistentes, los temas a tratar, etc. 2. Realización de un orden del día de la reunión. 3. Desarrollo de la reunión. 4. Realización de un acta de la reunión: temas tratados, acuerdos tomados y propuestas a trabajar. 5. Evaluación del resultado de la reunión con un sistema de evaluación. <p>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director del centro.</p> <p>Otros responsables: Responsables de cada área.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: tablón de anuncios, calendarios, salas de reuniones. Intranet. Instrumentos: reuniones, comunicados, anuncios, método de evaluación de reuniones. Proveedores clave: informática.</p>			<p>Director del centro. Responsables de cada área.</p>		
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
	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						
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		

1.8. 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				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Mejorar constantemente la capacitación de los profesionales del centro para desarrollar su tarea, mejorando así la calidad del servicio ofrecido en el Centro.</p> <p>Objetivos: Ofrecer un tipo de formación adecuada a las necesidades de los profesionales.</p> <p>Conseguir el desarrollo formativo de la mayor parte de profesionales del centro.</p>		<p>Cientes internos: disponer de una formación continua que permita desarrollar el trabajo con unos conocimientos excelentes.</p> <p>Centro: disponer de un personal plenamente formado y capacitado para el desarrollo de sus tareas.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<p>1. Formación sobre la preservación de la intimidad del residente.</p> <p>2. Grado de satisfacción de los profesionales con respecto a la actividad formativa.</p> <p>3. % de profesionales del centro que han recibido formación</p> <p>4. Formación continuada</p>		<p>1. 80%</p> <p>2. Muy alta</p> <p>3. 80%</p> <p>4. 90%</p>	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p>1. Formación previa a los trabajadores de nueva incorporación al centro, basada en ampliar las competencias que va a requerir en su trabajo.</p> <p>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:</p> <p>2.1. Detectar las necesidades formativas de los diferentes profesionales del centro.</p> <p>2.2. Crear una Comisión encargada de recoger necesidades formativas y hacer propuestas anuales</p> <p>2.3. Elaboración del Plan de Formación Anual.</p> <p>2.4. Evaluación de las actividades formativas siguiendo los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Capacidad de asimilar los conocimientos de la sesión formativa. > Satisfacción de los alumnos con respecto a la actividad formativa. > Grado de aplicación de los conocimientos desarrollados en el curso. <p>2.5. Elaboración de las propuestas de mejora para el próximo año.</p> <p>Puntos críticos: Realizar las sesiones formativas consensuando al máximo el horario de las mismas y programarlas y anunciarlas con la antelación necesaria.</p>		<p>Propietario del proceso: Director de formación.</p> <p>Otros responsables: Responsables de cada área.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: tablón de anuncios, papeles, ordenador, salas de reuniones.</p> <p>Instrumentos: cursos, conferencias, jornadas, grupos de trabajo, etc.</p> <p>Proveedores clave: Profesionales formativos.</p>		Todo el centro.	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
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				
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 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>Misión: Coordinar a los diferentes responsables para integrar la gestión de calidad del centro y la mejora continua.</p> <p>Objetivos: 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>Centro: 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 participes 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					
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>Puntos críticos: que no haya quórum suficiente entre los asistentes. Que no haya actas o que no estén aprobadas.</p>			<p>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director del centro. Responsable de cada área.</p>		
Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
<p>Recursos materiales: despachos, sala de reuniones, etc.</p> <p>Instrumentos: proyector, pizarra, etc.</p> <p>Proveedores clave: 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			
Misión: Dar soluciones nuevas a problemas viejos y evitar nuevos problemas previsibles. Objetivos: Minimizar el número de incidencias repetitivas. Eliminar causas de problemas previsibles. Encontrar nuevas oportunidades de mejora.		Cientes internos: que haya un sistema para mejorar los procesos ante problemas complejos. Cientes externos: 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. Puntos críticos: 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.		Propietario del proceso: Director de calidad. Otros responsables: Responsables de las áreas.		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	Recursos materiales: papeles, ordenadores, etc. Instrumentos: grupos autoenfocados, de mejora, reuniones, etc. Proveedores clave: 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>Misión: 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>Objetivos: 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>Clientes internos: 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;">> 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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director de calidad. Director del centro. Profesionales de todas las áreas de la organización.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: papeles, sala de reuniones, etc.</p> <p>Instrumentos: reuniones, comunicados, etc.</p> <p>Proveedores clave: 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

1 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

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

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Normalizar eficientemente los procesos clave para que éstos puedan ser gestionados, controlados y modificados por la organización.</p> <p>Objetivos: 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>Clientes internos: que la normalización de los procesos se realice de la forma más ajustada posible a las buenas prácticas.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
1. % de los procesos clave normalizados.		1. 90%	Anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<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"> > cómo se desarrollan los procesos secuenciales. > cómo se llevan controles sobre los procesos. > cómo se presentan los atributos de calidad o trato con los usuarios. <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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director del centro. Personal implicado en los procesos clave.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: papel, sala de reuniones, etc.</p> <p>Instrumentos: reuniones, entrevistas, etc.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>		<p>Director de calidad. Director del centro. Personal implicado en los procesos clave.</p>		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
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					
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	

1.13. 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>Misión: Definir herramientas que nos permitan llevar un control sobre la buena marcha del centro.</p> <p>Objetivos: Definir y seleccionar aquellos indicadores que permitan medir la consecución de los objetivos. Tomar medidas periódicas de los procesos clave del centro.</p>		<p>Clientes internos: 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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Responsables de las diferentes áreas.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: papel, ordenador, etc.</p> <p>Instrumentos: reuniones, entrevistas, etc.</p> <p>Proveedores clave: 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						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Dar solución rápida a las incidencias que suceden en los procesos y evitar que se repitan.</p> <p>Objetivos: Minimizar el número de incidencias. Eliminar el número de incidencias repetidas.</p>			<p>Clientes internos: que haya un sistema para la corrección de incidencias.</p> <p>Clientes internos: que no haya incidencias y si se producen sean rápidamente subsanadas y corregidas.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<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						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Responsables de las áreas. Todo el personal de centro.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: papeles, ordenadores, etc.</p> <p>Instrumentos: grupo autoenfocadas de mejora, reuniones, etc.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>			<p>Todo el personal del centro. Director de calidad. Responsables de las áreas.</p>		
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
			Registros de incidencias.			
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		

1.15. 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>Misión: Llevar a cabo la auditoría interna del centro, que permita verificar con objetividad el grado de desarrollo del sistema introducido.</p> <p>Objetivos: Que las auditorías internas se realicen de una forma metodológica y conceptualmente correcta. Que las auditorías permitan la mejora efectiva del sistema.</p>		<p>Centro: 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>Procedimiento de la auditoría</p> <p>Reunión con la dirección para acordar el programa que el auditor propone.</p> <p>Inicio de la auditoría sobre la documentación pertinente.</p> <p>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.</p> <p>Comunicación en todo momento de las desviaciones que se observan.</p> <p>Informe del auditor sobre las desviaciones encontradas.</p> <p>Reunión final de la auditoría y Plan de acciones correctoras.</p> <p>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.</p> <p>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>Propietario del proceso: Responsable de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director del centro.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: papel, documentación, ordenadores, etc.</p> <p>Instrumentos: entrevistas, reuniones, exploraciones a pie de campo, etc.</p> <p>Proveedores clave: auditores de calidad.</p>		<p>Responsable de calidad.</p> <p>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						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Implicar a la Dirección de una forma real en el desarrollo del Sistema de Calidad del centro.</p> <p>Objetivos: Que la Dirección conozca los resultados del Sistema de Gestión de Calidad del Centro, y actúe para mejorarlo e implementarlo satisfactoriamente.</p>			<p>Centro: implicar a la alta dirección en los planes de Calidad y en su revisión.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<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						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>1. Recogida de datos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Auditoría interna > Retroalimentación del cliente (resultados de encuestas, entrevistas, etc.). > Resultados del desempeño de los procesos más importantes del centro. > Cambios que podrían afectar al sistema de calidad (internos y/o externos). > Recomendaciones (del responsable de Calidad y del Comité de Calidad). <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>Puntos críticos: que participen todas las partes implicadas, coherencia de las acciones de mejora.</p>			<p>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director del centro. Responsable de cada área.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: despachos, sala de reuniones, etc.</p> <p>Instrumentos: entrevistas, reuniones, etc.</p> <p>Proveedores clave: ninguno.</p>			<p>Director de calidad</p> <p>Director del centro.</p> <p>Responsable de cada área.</p>		
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
	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						
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		

1.17. 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					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Obtener una visión externa del sistema de calidad y un reconocimiento adecuado a la labor realizada.</p> <p>Objetivos: 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>Centro: implicar a la alta dirección en los planes de calidad y en su revisión .</p> <p>Contratantes: reconocimiento externo fiable.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<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					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<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>Puntos críticos: que todos estén preparados y que haya una buena relación con el auditor. Estar mentalizados para reconocer fallos.</p>		<p>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Director del centro. Responsable de cada área.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: despachos, sala de reuniones, etc. Instrumentos: entrevistas, reuniones, etc. Proveedores clave: entidad o persona certificadora.</p>		<p>Responsable de calidad. Director del centro. Responsable de cada área.</p>		
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso		
<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					
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 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

Panel de Indicadores de los Procesos Estratégicos

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
1.1. Gestión de la Misión	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.
1.2. Plan Anual de Calidad	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.
1.3. Manual de Buenas Prácticas Asistenciales	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.
1.4. Gestionar Derechos	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.
1.5. Conocer las necesidades	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.
1.6. Selección e incorporación	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
1.7. Participación empleados	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.
1.8. Formación	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.
1.9. Reuniones de Mejora	1. % de miembros de la dirección partícipes en las reuniones periódicas. 2. Grado de cumplimiento del calendario anual de reuniones.	90% 90%	Anual.
1.10. Acciones de Mejora	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.
1.11. Mapa de Procesos	1. % de miembros de la organización que conocen los procesos clave y el mapa de procesos.	90%	Anual.
1.12. Controlar los Procesos	1. % de los procesos clave normalizados.	90%	Anual.
1.13. Crear Indicadores	1. % de procesos clave con implantación de indicadores. 2. Satisfacción del Comité de Calidad con la información proporcionada.	90% Muy alta	Anual.
1.14. Acciones Correctoras	1. Nº de incidencias bien registradas. 2. Nº de soluciones efectivas a las incidencias registradas al año.	90% 70%	Anual.
1.15. Auditorías Internas	1. % de puntos del Cuestionario de Auditoría Interna realmente auditados. 2. % de desviaciones encontradas finalmente resueltas.	90% 90%	Anual.
1.16. Revisión del Sistema	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.
1.17. Auditorías Externas	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

2.1. 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

Asegurar la adecuación de la demanda a las posibilidades del centro. Garantizar una correcta recogida de datos para obtener la información previa al ingreso que garantice una futura acogida y alojamiento más fluidos.

Informar a los candidatos sobre todos los aspectos del servicio y en concreto del proceso de admisión y los criterios del centro.

Desarrollo

El proceso se inicia con la demanda del servicio y finaliza en el momento en que se comunica la admisión al candidato, empezando en este momento el proceso de acogida.

El posible usuario o su cuidador principal inician la demanda del servicio mediante contacto telefónico o personal.

La persona que atienda la demanda, fijará día y hora para mantener una entrevista con el trabajador social.

Es conveniente llamar al solicitante el día anterior a la entrevista para recordar y confirmar la cita.

El primer contacto

Esta primera entrevista que mantendrá el trabajador social u otro profesional competente con los familiares y con el futuro usuario debe realizarse en un despacho, evitando interrupciones. El ambiente debe ser cómodo y acogedor. Las primeras impresiones son importantes y debemos tener en cuenta que la persona que nos está pidiendo información frecuentemente lo hace bajo

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

carga emocional, así que debemos contener esta posible ansiedad y urgencia mediante una actitud amable, transmitiendo eficacia, seguridad y colaboración.

El objetivo de este primer contacto es explorar el tipo de demanda, dar información general del servicio, cumplimentar el informe socio-sanitario (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1 Informe socio-sanitario) y marcar una pauta de relación donde las personas que demandan el servicio se sientan escuchadas y bien atendidas.

Información del servicio

Se informará a los demandantes acerca del funcionamiento del centro. Es necesario facilitar información sobre los siguientes aspectos: **Filosofía de funcionamiento, Servicios y actividades, Instalaciones, Profesionales, Perfil de los usuarios, Derechos y deberes de los usuarios.** Se entregará un documento-guía con los pasos, documentación y objetos personales que se deben aportar en el momento del ingreso (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 5 Información sobre procedimiento administrativo de ingreso en el centro).

En este momento, se informará de las tarifas y formas de pago, si procede.

En esta fase se explicará la duración y el procedimiento que se sigue para valorar la situación de cada candidato. Se informa sobre el estado actual de la demanda de plaza y el periodo medio de ingreso.

Recogida de información

Es muy importante registrar adecuadamente toda la información en el informe socio-sanitario (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1 Informe socio-sanitario), evitando así pedir los mismos datos durante el proceso de admisión y el proceso de acogida. Es recomendable informatizar y almacenar la información en una base de datos.

Se debe recoger toda la información necesaria para tener una visión completa de la demanda, usando un lenguaje claro y poco técnico, debiendo estimular a la familia a hablar de los aspectos que nos interesen y dirigiendo la entrevista sin cortar el discurso.

Esta información, dado que es de carácter muy sensible, debe quedar 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 (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 2 Autorización utilización datos de carácter personal).

Para concluir la entrevista, el candidato firmará la solicitud de plaza (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 3 Solicitud de plaza en el centro) para su incorporación a la lista de demanda. Se le asignará un profesional de referencia con quien se mantendrá un contacto periódico durante el plazo hasta la resolución. Este seguimiento deberá registrarse en el registro de solicitud de plaza y en el informe socio-sanitario.

Si no ha sido posible la asistencia del futuro usuario a la entrevista, es conveniente concertar una visita a domicilio a fin de conocerle y saber cuáles son sus expectativas respecto al servicio, dejando constancia en el informe socio-sanitario.

Una vez concluida la entrevista, se realizará un recorrido por las distintas dependencias del centro: dormitorios y zonas comunes. También es interesante mostrar las instalaciones de hostelería, como la cocina y la lavandería.

Nos interesa que el futuro residente y la familia salga del centro sin dudas acerca de su funcionamiento, sabiendo lo que tiene que hacer para tramitar el ingreso. Es importante que no perciban estas gestiones como un problema y para eso se ofrecerá toda la colaboración.

Comisión de valoración

Cuando haya una vacante, se reunirá la comisión para valorar las solicitudes de ingreso. Esta comisión estará formada por el profesional de referencia, una persona responsable del centro, y, si fuera el caso, el responsable de la administración pública que regula el servicio social.

En esta comisión, usando criterios técnicos y profesionales, se decide la solicitud que precisa con más urgencia una resolución positiva.

Estos criterios pueden resumirse en:

1. En las mismas condiciones se respetará el orden de solicitud de plaza.
2. En situaciones especiales se valorará:
 - > **Estado de salud del candidato:** tendrán preferencia aquellos candidatos cuyo estado de salud aconseje una asistencia profesional.
 - > **Situación socio-familiar:** tendrán preferencia los candidatos que no tengan personas de su entorno sociofamiliar capaces de asistirles.
 - > **Vivienda:** tendrán preferencia aquellos candidatos cuya vivienda posea barreras arquitectónicas que imposibiliten llevar una vida digna.
 - > **Grado de cansancio del cuidador principal:** tendrán preferencia aquellos candidatos cuyo cuidador principal presente un elevado grado de agotamiento, con perjuicio de su salud.

Las valoraciones y posterior decisión de la comisión quedarán registradas en el libro de actas de dicha comisión (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 4 Libro de actas de valoración de la comisión).

El proceso de admisión finaliza con la distribución de los datos del nuevo ingreso a todos los profesionales implicados, a fin de que puedan preparar la documentación de ingreso pertinente.

El profesional de referencia informará al futuro usuario y sus familiares o personas de referencia sobre esta resolución.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES



Documentos de referencia

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1 Informe socio-sanitario:

Informe socio-sanitario. Documento donde quedarán recogidos todos los datos relevantes del potencial usuario para incorporarlo a la lista demandantes.

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 2 Autorización utilización datos de carácter personal:

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.

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 3 Solicitud de plaza en el centro:

Documento de solicitud de plaza en el centro.

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 4 Libro de actas de valoración de la comisión:

Libro de actas en el que queda registrado la valoración de la comisión para establecer prioridades para hacer efectivo el ingreso de los candidatos en lista de demandantes.

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 5 Información sobre procedimiento administrativo de ingreso en el centro:

Documento-guía donde quedan recogidos el procedimiento administrativo que debe seguir el potencial usuario, la documentación a aportar para hacer efectivo el ingreso y los objetos personales. Se puede encontrar un ejemplo de folleto informativo en la bibliografía adjunta.

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.

2.1. Proceso de admisión. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
Misión: Explorar cada caso para elegir a los solicitantes que más precisen una plaza en el centro. Objetivos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Captar y gestionar la información sobre el nuevo usuario. 2. Informar al nuevo usuario sobre el funcionamiento del centro y cómo ingresar en él. 3. Elegir a los candidatos que más lo necesiten. 		Familiares: recibir información clara sobre el centro y el proceso de admisión. Usuario: obtener información sobre el centro. Trabajador social: obtener la información necesaria sobre el usuario.			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de información definido y entregado al usuario al ingreso. 2. Profesional de referencia. 3. % Criterios de la Comisión de valoración cumplidos. 4. Grado de satisfacción de los familiares con respecto al trato recibido. 		100% 80% 100% 90%	Cada 10 entradas.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de la llamada del potencial usuario o cuidador principal. 2. Fijar día y hora de entrevista con el trabajador social o profesional competente. 3. Confirmar el día y la hora de la entrevista un día antes de la misma. 4. Realización de la entrevista: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Exploración del tipo de demanda. 4.2. Informar sobre los servicios y requerimientos del centro. 4.3. Complimentar los informes pertinentes. 4.4. Informar sobre el procedimiento de selección. 5. Firma de la solicitud de plaza y el compromiso de protección de datos (LOPD). 6. Asignación de un profesional para llevar a cabo el seguimiento. 7. Recorrido explicativo por las dependencias del centro. 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 (burn-out) del cuidador principal. 9. Resolución de la comisión y comunicación a los profesionales implicados. 10. Tramitación de la documentación para el nuevo ingreso. 11. Comunicación al futuro usuario de su admisión. Puntos críticos: ofrecer información transparente y clara sobre el proceso de admisión y sobre el funcionamiento y la dinámica del centro. Actitud empática transmitiendo seguridad, confianza y colaboración al potencial usuario.			Propietario del proceso: El profesional que realice la primera entrevista. Otros responsables: Profesional de referencia. Cuidador principal.	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos	
	Recursos materiales: teléfono y despacho. Instrumentos: entrevista, paseo explicativo guiado por el centro y base de datos de información. Proveedores clave: no hay.			Trabajador social. Personal implicado en la comisión. Profesional de referencia para seguimiento.	
Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
			Proceso 2.1. Admisión. Documentos 1, 2, 3, 4 y 5		
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	

2.2. Acogida y alojamiento

En este proceso tendremos que observar y facilitar la adaptación del usuario a las instalaciones y a las relaciones con otros residentes y el personal. Para su correcta incorporación será necesario facilitar la información de las características del servicio que recibirá, así como de sus derechos y obligaciones dentro del centro.

Objeto

Formalizar y oficializar el ingreso. Hacer que la integración del nuevo usuario sea cómoda, progresiva y lo menos traumática posible, tanto para él como para sus familiares.

Desarrollo

El proceso se inicia con una entrevista previa al ingreso entre el futuro residente, su familiar de referencia y una persona responsable del centro y finaliza el día del ingreso con la acomodación del usuario en su habitación.

Previamente al día del ingreso, el responsable del centro cita telefónicamente al futuro usuario y familiares para concretar las gestiones necesarias para el ingreso y familiarizar al futuro residente con su nuevo hábitat.

Los temas que se tratarán en este encuentro harán referencia a:

1. Fijar el día y hora del ingreso, teniendo en cuenta el momento más adecuado de la jornada, tanto para el futuro usuario como para el funcionamiento del centro. Es aconsejable que sea un momento en el cual el personal pueda estar disponible para recibir adecuadamente al nuevo usuario.

Se les aconsejará que una persona de la familia acompañe al usuario durante buena parte de la jornada de ingreso y colabore tanto en la acomodación en su habitación como en su incorporación al ritmo de la residencia.

Se les motivará a aportar recuerdos personales significativos para el futuro usuario (fotografías, algún mueble o cuadro...) Se concreta el traslado de estos objetos y demás enseres. El futuro

usuario traerá la ropa marcada con su nombre. Si es necesario, el profesional de referencia ofrecerá ayuda para estas gestiones.

Para paliar la posible ansiedad ante el inminente ingreso, es muy positivo ir explicando anécdotas amables sobre situaciones con los usuarios, así como dejar claro que el día a día en el centro es dinámico y lleno de actividades. Como muestra, se puede obsequiar con algún objeto realizado en los talleres de manualidades.

2. Recordar la **documentación** que se precisa para cumplimentar los documentos del ingreso. Si es necesario, repasar conjuntamente el documento-guía (Proceso 2.1. Admisión. Doc. 5 Información sobre procedimiento administrativo de ingreso en el centro).

3. Asimismo, es aconsejable que este mismo día el futuro usuario permanezca unas horas en el centro con el objeto de: hacerle partícipe de alguna de las actividades de la residencia, paliando su posible ansiedad por el hecho de encontrarse solo el primer día en un espacio de convivencia desconocido; propiciar un primer contacto con los otros residentes; que el personal conozca al futuro residente previamente al ingreso.

No debemos olvidar que para el nuevo usuario el centro va a ser su nuevo hogar, y nuestro objetivo como profesionales es que tenga una adaptación feliz, que no suponga un corte definitivo con su forma de vida y relaciones anteriores. De esta manera, tanto en esta etapa de ingreso como a lo largo de su estancia en la residencia, se facilitará la continuidad de las relaciones personales con personas de su ámbito social y familiar.

Día del ingreso

El procedimiento se inicia con una reunión en el despacho de Dirección con el nuevo residente, su representante legal y el responsable del centro, cuyo objetivo es firmar todos los documentos necesarios para formalizar el ingreso. Estos documentos son tanto los internos necesarios para formalizar e iniciar el servicio, como los establecidos desde las administraciones públicas cuya normativa regule los servicios residenciales. Por ejemplo:

- > Contrato de prestación asistencial (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1).
- > Entrega del Reglamento de Régimen Interno (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 2).
- > Autorización de salidas. (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 3).
- > Declaración jurada de ingresos personales en caso de plazas concertadas (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 4).
- > Inventario de propiedades personales (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 5). La firma de este documento se realizará en la habitación, cuando el residente se esté acomodando.
- > Conformidad con la administración de medicación y tratamientos médicos (Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 6).

Cuando se proceda a la entrega del Reglamento de Régimen Interno, el responsable del servicio repasará los aspectos relevantes que serán de utilidad para fijar las normas y condiciones de convivencia en la residencia: horarios de visita, periodo de prueba, procedimiento en caso de fallecimiento...

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Se explicará que los residentes y sus familiares, tienen unos derechos pero también unos deberes, los cuales se resumen en:

- > Conocer y cumplir el Reglamento de Régimen Interno, el contrato de prestación asistencial y las disposiciones normativas que le afecten.
- > Respetar y facilitar la convivencia y el buen funcionamiento de la residencia, respetando a los residentes y al personal.
- > Abonar puntualmente el precio pactado y el de los servicios que se utilicen opcionalmente, si procede.
- > Comunicar a la residencia cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar y económica.
- > Colaborar con el centro y facilitar la información necesaria para recibir una adecuada prestación del servicio, y también facilitar los enseres y el vestuario que le solicite el personal de la residencia.
- > Colaborar en el cumplimiento de los tratamientos que el médico le ha prescrito y realizar las actividades que se le han recomendado.
- > Conocer y ejercer sus derechos.

Asimismo, se informará a la familia de los canales de comunicación que haya establecidos en la residencia para recibir sugerencias o quejas (este punto queda ampliado en el Proceso 2.7. de atención a las familias).

Se informará que en el plazo máximo de una semana el equipo de profesionales iniciará la valoración del estado de salud física y mental y grado de dependencia para elaborar el Plan de Atención Individual (este punto queda ampliado en el Proceso 2.4. Diagnóstico).

Acomodación

El responsable del servicio acompañará al residente y a su acompañante a su habitación, le mostrará las instalaciones de la misma: timbre, armario..., así como el funcionamiento de los aparatos: interruptores...

La habitación estará perfectamente preparada e identificada y adornada con algún detalle de bienvenida (flores frescas, algún adorno especial...).

Al residente se le habrá asignado un miembro del personal asistencial como tutor. Este es un momento idóneo para hacer las presentaciones y dejar que el tutor ayude a acomodar al residente, le presente a su compañero de habitación y le explique las rutinas horarias básicas y la ubicación de las instalaciones imprescindibles (W.C., comedor...).

Debe proporcionarse la información adecuada cada vez, ya que el nuevo residente es probable que no pueda asimilarla toda. Es más aconsejable dar los datos que va a necesitar en un principio, y acompañarlo a integrarse en la rutina diaria respetando su propio ritmo.

Una vez alojado, el tutor debe valorar si el residente, en este primer día, prefiere quedarse a solas con su acompañante, o bien incorporarse ya a la dinámica del centro.

Una vez está el nuevo residente acomodado, y en el plazo máximo de una semana, los distintos profesionales del servicio deberán hacer sus valoraciones sobre el estado y necesidades del usuario a fin de iniciar el Proceso 2.3. de atención continua y realizar el Proceso 2.4. de diagnóstico y Plan de Atención Individual.

Adaptación

En este periodo, el nuevo residente puede sentirse desorientado, desconcertado, no habituado a las instalaciones ni al personal, rutinas y horarios del centro. Por estas razones estructuraremos una serie de intervenciones encaminadas a facilitar la adaptación.

Pueden distinguirse las siguientes cuatro fases de integración:

- > **La primera semana: aceptación.** El objetivo de las intervenciones se dirigirá a conseguir que el residente se sienta cómodo y conozca las instalaciones, que se habitúe a las personas que trabajan en la residencia y que reconozca el espacio como propio.

Una buena práctica es tener un *comité de bienvenida*, formado por un grupo de residentes, que se encargarán de acompañar al nuevo residente en estos primeros días.

- > **El primer mes: acomodación.** El residente ya reconoce el espacio, se está habituando a la rutina y a la dinámica de la residencia. Conoce y reconoce a los demás residentes como compañeros. En este periodo ya se tendrá elaborado el Plan de Atención Individual, y se podrán enfocar los objetivos de intervención a conseguir la adaptación.
- > **El segundo mes: adaptación.** El usuario ya participa formalmente de las actividades de la residencia.
- > **El tercer mes: integración.** Es el momento a partir del cual el usuario se siente "como en casa".



Documentos de referencia

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1. Contrato de prestación asistencial. Documento donde se plasman las condiciones aceptadas por las dos partes.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 2. Reglamento de Régimen Interno. Documento donde se especifican los derechos y obligaciones de los usuarios del servicio así como la normativa y funcionamiento del centro.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 3. Autorización de salidas. Documento en el cual la persona de referencia del residente le autoriza y se hace responsable de las salidas y actividades realizadas fuera de las instalaciones del centro.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 4. Declaración jurada de ingresos personales. Un ejemplo puede encontrarse en la bibliografía.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 5. Inventario de propiedades personales. Documento donde quedan recogidas todas las pertenencias que aporta el residente en el momento del ingreso.

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 6. Conformidad con la administración de medicación y tratamientos médicos

2.2. Proceso de acogida y alojamiento. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
Misión: Oficializar el ingreso y familiarizar al residente con su nuevo entorno. Objetivos: 1. Formalizar oficialmente la entrada del nuevo residente. 2. Integrar al residente en su nuevo entorno.		Familiares: oficializar el ingreso y la rápida integración de su familiar. Residente: encontrar un ambiente acogedor y agradable. Trabajador social: oficializar el ingreso del nuevo residente y que éste se integre rápidamente.			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
1. Programa de integración y acogida de los residentes al centro 2. Preservación de la confidencialidad y gestión de la información 3. % de documentos necesarios firmados 4. % de usuarios con profesional de referencia asignado. 5. Grado de satisfacción de la familia con respecto a la acogida.		90% 100% 100% 80% 80%	Cada 10 entradas.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	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. Puntos críticos: que el residente acuda al centro en hora adecuada y con tiempo para familiarizarse. Que sus dependencias se encuentren en perfectas condiciones y que sea acogedora. No presionar al residente ni darle demasiada información.		Propietario del proceso: Tutor. Otros responsables: Director del centro.		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	Recursos materiales: teléfono, despacho, objetos de la habitación. Instrumentos: entrevista con el director del centro, tour guiado por las dependencias. Proveedores clave: no hay.		Director del centro. Representante legal del residente. Tutor.		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
Proceso 2.2. Doc. 1 Contrato de prestación asistencial. Proceso 2.2. Doc. 2 Reglamento del régimen interno.		Proceso 2.2. Doc. 3 Autorización de salidas. Proceso 2.2. Doc. 4 Declaración jurada de ingresos personales (para plazas concertadas). Proceso 2.2. Doc. 5 Inventario de propiedades personales. Proceso 2.2. Doc. 6 Conformidad con la administración de medicación y tratamientos médicos.			
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	

2.3. Atención continua al usuario

La atención continua al usuario implica a muchos servicios y muchas actividades. En este proceso se resaltan fundamentalmente los servicios de carácter general. Aquellos más específicos se tratan en otros puntos del Manual.

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

Objeto

Planificar y gestionar el ritmo del día a día del centro para conseguir que cada usuario sea atendido en todas sus necesidades de forma satisfactoria, fomentando su autonomía, su participación, sus derechos como persona y teniendo en cuenta sus características, gustos y opiniones.

Desarrollo

En este proceso de atención continua, como en todos los procesos, es tan importante la correcta asistencia a las necesidades de la vida diaria de los usuarios, como la actitud que se tenga al realizarlas.

No es suficiente que la formación del personal, especialmente el de atención directa, se centre en conocimientos sobre el cuidado físico del residente y se deje a la habilidad y carácter de cada uno el poseer unas normas y actitudes apropiadas. En este sentido, es necesario realizar cursos de formación que fomenten la relación con el residente respetando todos sus derechos básicos:

Derecho a la intimidad

Llamar a la puerta antes de entrar; bañar, asear, asistir en W.C. con la puerta cerrada. Preguntar en privado, en voz baja, por sus necesidades fisiológicas.

Derecho a la dignidad

A la propia imagen, al trato no paternalista, respetar sus valores; proporcionar las ayudas técnicas necesarias; tomarse el tiempo necesario para las tareas asistenciales, etc.

Derecho a la autonomía

Gestión del dinero, a colaborar en tareas domésticas, (cocina, lavandería,...) , horarios flexibles, a recibir visitas en privado, facilitar salidas, etc.

Y otros derechos como:

Derecho a la elección y opinión, derecho a la práctica religiosa, ejercer el derecho de voto, derecho a la información, acceso a sus historiales y tratamiento

Se hace hincapié en los requisitos normativos del derecho a la intimidad, recogido como derecho básico en la Constitución Española de 1978 en los siguientes artículos:

Artículo 18.1. dice textualmente que “se garantizará el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”.

Artículo 18.4. incluso limita el uso de la informática para garantizar este derecho.

Artículo 20.4. hace referencia a que los derechos proclamados en el mismo (libertad de expresión, entre otros) tienen su límite en el respeto a la intimidad personal.

Artículo 105. determina que el acceso de los ciudadanos a los archivos y registros administrativos tendrá siempre en cuenta el derecho a la intimidad de las personas.

Aunque en un principio el cumplimiento de estas normas implique más dedicación para el personal, se favorece la autonomía del residente y ralentiza su deterioro funcional.

Se contemplarán en el reglamento de régimen interno todas las normas que impliquen el derecho del usuario a participar en la gestión del centro y específicamente en sus órganos de decisión.

Seguidamente, se comentan buenas prácticas de atención al usuario desde la perspectiva de la asistencia continua en las Actividades de la Vida Diaria (AVDs). Para más detalles, remitimos a la bibliografía.

Despertar, levantarse y acostarse

Es muy conveniente que, de cada turno, sea siempre la misma persona quien levante al residente. De esta manera, conocerá sus hábitos y preferencias y seguirá siempre la misma rutina. La adjudicación debería tener una permanencia mínima anual. Así, a lo largo de un año, el residente será levantado por el mínimo número de personas que los turnos laborales permitan.

Como norma general, el personal llamará siempre a la puerta antes de entrar en una habitación. Esperará respuesta, y si no la hubiera, entrará dándose a conocer e informando del objeto de su interrupción: “*Sra. Juana, soy Ana, voy a entrar a prepararle el baño*”. Por la mañana, se dará los buenos días y se despertará con suavidad al residente. Le preguntaremos cómo ha dormido. Debemos evitar irrumpir bruscamente y con prisas en la habitación.

Dejaremos entrar la luz en la habitación, abriremos las persianas, y empezaremos a preparar el baño, acondicionándolo a la temperatura adecuada. La habitación tendrá un armario individual y con llave para cada usuario.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Debe cuidarse el tono de voz. Se tiene tendencia a asociar vejez con problemas auditivos, pero esto no debe implicar gritar para decir las cosas.

Higiene

Respetando el derecho a la intimidad, se cerrará siempre la puerta cuando se esté ayudando en la higiene.

Si es una persona asistida, motivarla a que haga tanto como pueda, e ir informándola de lo que vamos a hacer: *“Sra. Juana, voy a enjabonarle la espalda”*.

Se escoge el vestuario del día, teniendo en cuenta siempre la opinión del residente y aconsejándole cuando sea necesario. Se ha de tener siempre presente el respetar el derecho a la propia imagen. Es muy importante para cualquier persona el sentirse cómoda con su aspecto.

En casos de personas con dependencia funcional, se puede adaptar la ropa, para que pueda serles más sencillo vestirse con autonomía: cambiar cremalleras por cintas de velcro, usar pantalones con goma elástica...

Se debe tener en cuenta la importancia de las ayudas técnicas para personas con discapacidad, que son facilitadoras de las Actividades de la Vida Diaria AVDs (www.ceapat.org).

Alimentación

Se ofrecerá una alimentación variada y regular. Los menús los elaborará el responsable sanitario teniendo en cuenta las distintas dietas prescritas. El personal de comedor conocerá el estado nutricional de los residentes, los gustos y preferencias de los comensales, así como las dietas y tratamientos de los residentes. Esta información estará visible en un tablón de consulta para el personal (Ver Protocolo de Valoración Nutricional y Manual de planificación de dietas de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana).

El personal tendrá un registro adaptado a sus características y necesidades, que permitirá observar o detectar cambios y problemas respecto a la necesidad de comer y beber (Ver ejemplo en Proceso 2.3. Atención continua. Doc. 1 Manual de observación de la alimentación). Este procedimiento de observación queda incorporado en la práctica diaria. Las variaciones observadas se anotarán en el libro de incidencias.

Se creará un ambiente agradable en el comedor, con menaje bonito y una buena presentación en los platos. Música de fondo, que no impida tener conversaciones.

En caso de residentes asistidos o con deterioro psíquico, se debe seguir una serie de normas para ayudarle:

- > Limpiar la cara y la boca de restos de comida.
- > Facilitar el derecho a opinar y decidir sobre las comidas.

Se realizarán reuniones periódicas interdisciplinares en las que se revisarán todos los aspectos de las atenciones de la vida diaria con el objetivo de determinar rutinas de trabajo para mejora de la asistencia a cada usuario.

Actividades

El centro debe tener un programa de actividades integrado al día a día. Es muy conveniente que, respetando el tiempo de descanso de los usuarios, éstos tengan programadas actividades tanto por la mañana como por la tarde.

Las actividades serán tanto de ocio como terapéuticas. Deben ser variadas y motivadoras para los usuarios: talleres de manualidades, sesiones de psicoestimulación, salidas y excursiones, juegos, grupos de conversación... Este punto se desarrolla en el Proceso 2.6. de realización de actividades de ocio.

Recepción

Se hará especial mención a la recepción del centro como punto de encuentro y gestión de diferentes aspectos de la atención continua a los usuarios.

Las funciones de recepción en lo que afecta al día a día del usuario son:

- > La gestión de pequeñas cantidades de dinero; atender las demandas de pequeños recados (ir a comprarles algo que soliciten o acompañarlos);
- > Ayudarles en distintas tareas instrumentales, como hacer una llamada telefónica, mandar y repartir correo. El recepcionista también dará a los residentes recados telefónicos de sus familiares (*"dile a mi madre que esta tarde vendré a visitarla más tarde de lo habitual"*).
- > La recepción puede hacer la función de punto de información de las diferentes actividades que se realicen en el centro, haciéndose cargo de informar a los residentes tanto de las actividades como de los horarios, posibles cambios, etc.
- > Otra de sus funciones es la de atender, informar y orientar a los visitantes.



Documentos de referencia

Proceso 2.3. Atención continua. Doc. 1 Manual de observación de la alimentación. Se trata de un listado de ítems para identificar cambios significativos en los residentes respecto de la necesidad de comer y beber.

Conselleria de Bienestar Social (2004) Manual de Planificación de Dietas en Centros Sociosanitarios.

Conselleria de Bienestar Social (2004) Protocolo de Valoración Nutricional.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

2.3. Proceso de Atención Continua. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Satisfacer las necesidades básicas de los usuarios fomentando su autonomía y respetando sus opiniones, gustos y derechos.</p> <p>Objetivos: Todos los clientes deberán tener una buena higiene. Alimentar de forma sana y equilibrada a los usuarios. Entretener a los usuarios con actividades lúdicas adecuadas a sus posibilidades y motivaciones.</p>			<p>Familiares: que sus familiares cuenten con las atenciones necesarias.</p> <p>Residente: tener cubiertas las necesidades básicas.</p> <p>Trabajador social: que todos los residentes cuenten con unos mínimos básicos.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. Existencia de un armario individual y con llave.</p> <p>2. Participación en las decisiones organizativas.</p> <p>3. Soporte a las personas con dependencia para comer.</p> <p>4. Grado de satisfacción de los residentes con respecto al cuidado diario.</p> <p>5. Higiene personal e imagen del residente.</p>			70% 100% 100% 80% 90%	Trimestral o anual.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>1. Despertar al residente.</p> <p>1.1. Tocar la puerta antes de entrar indicando quién es y qué viene a hacer a la habitación.</p> <p>1.2. Saludar amablemente al usuario y despertar con suavidad.</p> <p>1.3. Iluminar la habitación con cuidado y preparar el baño.</p> <p>2. Dar el baño al residente.</p> <p>2.1. Cerrar la puerta para salvaguardar la intimidad del usuario.</p> <p>2.2. Si hay que ayudar en la higiene al residente, indicarle en qué y cómo se le va a ayudar.</p> <p>2.3. Ayudar al usuario en la elección de su ropa, respetando su opinión.</p> <p>3. Dar la comida al residente.</p> <p>3.1. Elaboración de menús de acuerdo a las necesidades de los usuarios.</p> <p>3.2. Seguimiento personal de la evolución en cuanto a gustos y preferencias de los residentes.</p> <p>3.3. Anotación de las alteraciones alimenticias de los residentes en el libro de incidencias.</p> <p>3.4. Una vez el usuario acabe la comida limpiar la cara y la boca de alimentos.</p> <p>4. Realizar actividades lúdicas y terapéuticas.</p> <p>Puntos críticos: respeto y excelencia en el trato hacia los usuarios, 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.</p>			<p>Propietario del proceso: Trabajador social.</p> <p>Otros responsables: Médico. Psicólogo.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: Productos de baño e higiene, elementos de menaje y alimentos así como los elementos necesarios para el desarrollo de las diversas actividades.</p> <p>Instrumentos: Proveedores clave: no hay.</p>			Trabajador social. Médico. Psicólogo.		
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
			Proceso 2.3. Atención continua. Doc. 1 Manual de observación de la alimentación.			
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		

2.4. Diagnóstico y Plan de Atención Individual (PAI)

La importancia de este proceso es fundamental en la atención a la persona. De sus contenidos surgirán indicaciones para el trato de los profesionales, la atención médica, social, etc. Por tanto, debe elaborarse con rigor y con el tiempo suficiente para eliminar errores motivados por la prisa.

Objeto

El presente proceso tiene como objetivo establecer un diagnóstico desde una perspectiva interdisciplinar. Este diagnóstico servirá de base para la elaboración de un Plan de Atención Individual (PAI), en el cual estarán implicados profesionales de la salud, de la psicología y otros terapeutas, así como del ámbito social.

Desarrollo

Como base para establecer el diagnóstico se utiliza la información recogida en el informe socio-sanitario (Proceso 2.1. Admisión Doc. 1) durante el proceso de admisión. En una fase más avanzada, y a criterio de cada uno de los profesionales implicados, se irá precisando la valoración de una manera integral e interdisciplinar.

Cada profesional, en su ámbito, usará instrumentos de valoración clínico-asistencial estandarizados que ofrezcan un punto de referencia fiable para conocer el grado de autonomía/dependencia asistencial desde el que se parte para proponer objetivos en el PAI.

Por ejemplo, para valorar las capacidades en actividades de la vida diaria básicas (AVDb) usaremos instrumentos como:

- > Índice de Katz de independencia en AVD básicas
- > La Rapid Disability Scale (RDRS-2)
- > Escala Barthel o Lawton

Para la valoración de las funciones cognitivas:

- > Mínimo Mini-Mental/Pfeiffer
- > Blessed
- > Escala GDS

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Para valoración de actividades instrumentales:

> Índice de Lawton

Para movilidad:

> Tinetty Mary

Con el diagnóstico y la incorporación de información relevante de cada ámbito de actuación profesional se elabora el Plan de Atención Individual (Proceso 2.4. Diagnóstico Doc. 1 Plan de Atención Individual, PAI).

Para la elaboración del formato y estructura del PAI es muy importante adoptar un modelo interdisciplinar, en el que tengan cabida las valoraciones de todos los ámbitos de intervención profesional así como las interrelaciones disciplinares.

Es muy recomendable que el formato incluya apartados de:

Valoración inicial/diagnóstico de cada área de actuación.

- > Objetivos de cada área de actuación.
- > Plan de trabajo interdisciplinar.
- > Intervenciones de cada área de actuación.
- > Evaluación y resultados del plan de trabajo interdisciplinar.

Las áreas de intervención serán como mínimo:

- > Social: trabajador social, educador.
- > Sanitaria: enfermera, médico, personal asistencial.
- > Psicológica: psicólogos y terapeutas en general.

Para programar las intervenciones del PAI es muy importante tener en cuenta las motivaciones de los residentes.

Es aconsejable realizar la valoración de las capacidades del usuario durante la primera semana posterior a su ingreso, y elaborar el PAI antes del primer mes de estancia en la residencia.

El PAI debe tener un seguimiento constante, por lo que es recomendable que los componentes del equipo interdisciplinar realicen reuniones de seguimiento de cada caso, como mínimo semestrales y preferentemente cuatrimestrales, unificando y revisando los criterios de actuación para conseguir los objetivos establecidos.



Documentos de referencia

Proceso 2.4. Diagnóstico y Plan de Atención Individual. Doc. 1 PAI.

2.4. Proceso de diagnóstico y realización del PAI. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: 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.</p> <p>Objetivos: Tener una valoración interdisciplinar de la situación del usuario. Lograr los objetivos marcados en el PAI con cada residente.</p>		<p>Familiares: que el centro conozca la salud de su familiar y que lleve a cabo las acciones pertinentes para su cuidado.</p> <p>Residente: que se conozca su estado de salud.</p> <p>Equipo interdisciplinar: lograr un diagnóstico y plan de acción adecuado para el usuario.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. Realización valoración geriátrica integral.</p> <p>2. Plan de atención individualizada interdisciplinar.</p> <p>3. % de objetivos del PAI anual cumplidos.</p> <p>4. Seguimiento anual del Plan de Atención Personalizado.</p>		65% 60% 75% 60%	Anual, semestral o cuatrimestral		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>Con el informe socio-sanitario como base, y junto con los diferentes profesionales interdisciplinarios se elabora el diagnóstico.</p> <p>Con el diagnóstico y la revisión del mismo por parte de los diferentes profesionales se elabora el PAI con unos objetivos a cumplir.</p> <p>Seguimiento constante de las actuaciones pactadas para el PAI, para lograr los objetivos.</p> <p>Puntos críticos: flexibilidad del diagnóstico inicial, PAI debe ser un Plan abierto, 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.</p>		<p>Propietario del proceso: Terapeuta.</p> <p>Otros responsables: Psicólogo. Médico. Trabajador social.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: no hay.</p> <p>Instrumentos: Instrumentos de diagnóstico.</p> <p>Proveedores clave: no hay.</p>		Médicos, personal asistencial, enfermeros... Psicólogos. Terapeutas. Trabajador social. Educador.		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
		Proceso 2.4 Diagnóstico. Doc. 1 Plan de Atención Individual			
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	

2.5. Plan de salud

Los centros para mayores no son centros sanitarios, pero es necesario, dadas las características de las personas atendidas, cuidar los aspectos relacionados con su salud y bienestar.

Objeto

El objeto de este proceso es planificar la atención sanitaria de cada residente, proporcionando los cuidados necesarios para prevenir y tratar los problemas de salud.

Desarrollo

El proceso de atención sanitaria se inicia con la realización de la historia clínica del residente (Proceso 2.5. Plan de Salud. Doc. 1. Documento sanitario). El profesional encargado de cumplimentarla será el responsable sanitario del centro. Este profesional, enfermera o médico, cumplimentará la historia clínica con la información actualizada recogida en el informe socio-sanitario (Proceso 2.1. Admisión Doc. 1.), con los informes médicos aportados en la fase de acogida y con la entrevista que deberá mantener con el usuario y su familiar o persona de referencia durante la primera semana posterior al ingreso.

La historia clínica del residente (Proceso 2.5. Plan de Salud. Doc. 1 Documento sanitario) deberá contener:

1. Valoración inicial

- > Diagnóstico.
- > Tratamiento al ingreso.
- > Exploración física, con interrogatorio por aparatos.
- > Antecedentes personales y patológicos.
- > Valoración física y mental, mediante el uso de instrumentos validados.
- > Valoración de grandes síndromes geriátricos.

2. Objetivos terapéuticos y plan de intervención

3. Hojas de seguimiento

La historia clínica es la herramienta del responsable sanitario para su intervención en el programa interdisciplinar de atención individual (Proceso 2.4. Diagnóstico y Plan de Atención Individual. Doc. 1. PAI).

En el plan de intervención de la historia clínica pueden incluirse las instrucciones para el personal de atención asistencial, o bien crear otro formato para las mismas. El personal conocerá y seguirá estas pautas dictadas por el responsable sanitario, anotando sus intervenciones en los registros pertinentes. Para asegurar la buena práctica asistencial, los registros que se deben registrar son, como mínimo, los siguientes:

- > Registro de caídas, registro de úlceras por presión, registro de cambios posturales, registro de administración de medicación, registro de deposiciones, registro de tratamientos puntuales específicos, registro de constantes, registro de la higiene, registro de curas. Cada centro adecuará el formato de registro a sus características (ver ejemplos en bibliografía).

Es también necesario tener un censo y stock actualizado de medicación, pañales y demás material sanitario.

La prescripción de la medicación y del tratamiento a seguir es función no delegable del facultativo médico. Es función de la enfermera la planificación del horario para que coincida con la pauta del médico y la administración del tratamiento parenteral. Otro tipo de administración de la medicación (tópico, oral...) puede ser realizado por el auxiliar/cuidador. En todo caso el centro dispondrá de un lugar controlado para almacenar la medicación.

Se debe tener especial cuidado en asegurar la administración de la medicación de cada residente, la cual se controlará por escrito. La recibirá en el comedor o en la enfermería bajo la supervisión del auxiliar, quien garantizará la toma, especialmente en aquellos cuyo cumplimiento del tratamiento resulte dudoso.

Para todo cambio de tratamiento o intervención sanitaria, el centro informará a la familia o personas de referencia. Debe tenerse en cuenta el derecho a la información asistencial del residente, el consentimiento informado y el consentimiento de familiares del empleo de medios de limitación de movilidad.

Como referencia a estos derechos básicos de la persona se tendrá en cuenta la Ley 41/2002, que señala que, para preservar el derecho de autonomía de los pacientes, es necesario **informar** a los mismos de cualquier proceso sanitario, independientemente de la edad de la persona. Uno de los tres supuestos en los que podría decaer sería en el caso que la persona no se encuentre capacitada para tomar decisiones. En este supuesto, se le dará la máxima información posible y se informará también a su representante legal, pero teniendo en cuenta que el residente ha de ser escuchado en todo momento.

El **consentimiento informado** hace referencia a la norma general según la cual para recabar, archivar, ceder y cambiar información con datos especialmente protegidos, deberá hacer falta el consentimiento libre, y por lo tanto informado, del sujeto interesado. (Ley Orgánica 15/99, artículo 6, apartado 1).

Para garantizar estos derechos, el centro y el médico del paciente deberán adoptar las medidas oportunas elaborando normas y protocolos que incluyan la existencia de un documento de consentimiento informado. Se encuentran ejemplos de este documento en www.intermedicina.com.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

En el caso que el equipo médico del centro crea necesario, en situaciones de crisis, la **contención mecánica** de un residente o cualquier otra limitación de su autonomía, se deberá cumplimentar un parte en el que constará el motivo de la limitación, las medidas realizadas previamente, la respuesta del residente a la contención, el nombre y la firma del facultativo que prescribe la contención, así como la fecha y hora de inicio y final. En casos excepcionales, por ejemplo de noche, se debería anotar la hora de inicio y final y el facultativo que ordena la contención, en el caso de que no fuera el mismo que la prescribe. El familiar de referencia será informado.

El uso de sujeciones sólo es recomendable si el residente tiene riesgo importante de lesionarse o lesionar a otros residentes y no se encuentran otras alternativas; únicamente en momentos específicos, con vigilancia y con el conocimiento y autorización del familiar responsable, necesaria pero no imprescindible, y del facultativo. Para estas y otras situaciones delicadas, el centro realizará un programa preventivo de lesiones por presión.

Es importante poner especial atención en la alimentación. El centro dispondrá de un menú variado y una valoración periódica del riesgo nutricional del usuario. Para residentes con necesidad de dieta se elaborarán, según la necesidad: dieta hiposódica, blanda, triturada... El personal conocerá tanto los menús como las dietas de cada uno.

Pueden darse distintas situaciones clínico-asistenciales en los residentes, que impliquen intervenciones específicas por parte del personal sanitario y asistencial:

1. Emergencias

El personal tendrá a mano un protocolo de emergencias, para actuar de manera rápida y eficaz cuando se presente una situación de urgencia. Asistencia y derivación a centro hospitalario.

2. Demencias

El equipo de profesionales, utilizando instrumentos validados, diagnosticará el estado del proceso demencial en el usuario para diseñar un plan de cuidados interdisciplinar, orientado a que el residente alcance el mayor grado de autonomía posible para la satisfacción de sus necesidades cotidianas.

Especialmente en el caso de diagnóstico de demencia irreversible, debería promoverse la incapacitación del residente, iniciando las gestiones con el juzgado competente. A partir de esta incapacitación, que en caso de las demencias suele ser total y con nombramiento de un tutor, el residente no será responsable legal de sus actos, asumiendo esta responsabilidad su representante legal.

3. Cuidados paliativos

Cuando un residente presenta una enfermedad incurable, avanzada y progresiva y su estado evidencia clínicamente que no existe ya una respuesta razonable a los tratamientos curativos, el personal del servicio residencial pasará a ofrecer atención paliativa al residente, teniendo muy en cuenta las necesidades de movilización.

El objetivo de estas atenciones es lograr el mayor grado de bienestar y confort del residente, interviniendo en los aspectos físicos, psíquicos, espirituales, sociales e incluso burocráticos. Se debe prestar una atención especial a la familia y acompañarla en el proceso de duelo.

Se tendrán en cuenta todos los derechos sanitarios del residente así como la posible existencia de testamento vital (ver Proceso 2.8. Salida).

4. Enfermedad aguda

Cuando el residente sea diagnosticado de una enfermedad aguda que no requiera hospitalización, el responsable sanitario pautará las instrucciones de tratamiento, las cuales serán seguidas y registradas por todo el personal sanitario y asistencial. Deberá llevarse un seguimiento estricto de la evolución del residente.



Documentos de referencia

Proceso 2.5. Plan de Salud. Doc. 1. Documento sanitario donde queda recogida la información necesaria para prestar una correcta atención clínico-asistencial, así como los objetivos, actuaciones y seguimiento que realiza el profesional sanitario. Varios ejemplos pueden encontrarse en la bibliografía.

Proceso 2.5. Plan de Salud. Doc. 2. Registros donde quedan recogidas las intervenciones en los cuidados asistenciales. Varios ejemplos pueden encontrarse en la bibliografía.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

2.5. Proceso de Plan de Salud. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Planificar la atención sanitaria adecuada para cada residente para tratar y prevenir los problemas de salud.</p> <p>Objetivos: Llevar a cabo una atención sanitaria preventiva. Seguimiento actualizado de su evolución médica y farmacológica. Actuar eficientemente en casos de urgencias.</p>		<p>Familiares: que se lleve un seguimiento y se cuide de la salud de su familiar.</p> <p>Residente: que se cuide de su salud.</p> <p>Trabajador social: colaboración por parte de los residentes en cuanto a la información dada.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<p>1. Planificación de la dieta.</p> <p>2. Valoración del riesgo nutricional.</p> <p>3. Almacenaje seguro y custodiado de la medicación.</p> <p>4. Administración de fármacos.</p> <p>5. Programa de prevención de lesiones por presión.</p> <p>6. Movilización de residentes.</p>		<p>90%</p> <p>80%</p> <p>100%</p> <p>90%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>	<p>Anual, semestral o cuatrimestral</p>	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p>1. 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.</p> <p>2. Seguimiento por parte del personal encargado de las instrucciones a seguir que se deriven de dicho historial.</p> <p>3. Anotación de cada una de las intervenciones asistenciales en el historial clínico del residente.</p> <p>4. En el caso de cambio de tratamiento o intervención sanitaria se informará a la familia. Casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> >Emergencias: derivación a un centro hospitalario. >Demencias: Valoración del estado mental y elaboración de un plan de acción interdisciplinar. >Cuidados paliativos: atención paliativa al residente. >Enfermedad aguda: tratamiento y seguimiento por parte del personal sanitario encargado. <p>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Médico.</p> <p>Otros responsables: Terapeuta.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: materiales farmacéuticos (medicación), pañales, material sanitario, etc.</p> <p>Instrumentos: revisiones médicas periódicas.</p> <p>Proveedores clave: proveedores de material médico y sanitario.</p>		<p>Médico, Terapeuta.</p> <p>Enfermero, Psicólogo.</p> <p>Cuidador personal.</p> <p>Personal sanitario.</p>	
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso		
<p>Proceso 2.5. Plan de Salud.</p> <p>Doc. 1 Documento sanitario</p> <p>Procedimiento de emergencias.</p>		<p>Registro de intervención en cuidados asistenciales. Registro de caídas. Registro de úlceras por presión. Registro de cambios posturales. Registro de administración de medicación. Registro de deposiciones. Registro de tratamientos puntuales específicos. Registro de constantes. Registro de la higiene. Registro de curas.</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
E	EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo			
	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

2.6. Proceso de realización de actividades de ocio

Una de las cuestiones más importantes para la calidad de vida de los usuarios del centro es la actividad física: divertida y adecuada a cada persona. Del mismo modo, las actividades culturales y lúdicas contribuyen al bienestar de las personas. Por ello es necesario desarrollar un sistema de gestión del ocio de los usuarios, el cual debe estar siempre adaptado a las necesidades y los intereses de los participantes.

Objeto

El objeto del proceso que nos ocupa consiste en realizar y gestionar una programación de actividades diarias para promocionar las capacidades funcionales y la autonomía, que combinen el ocio con las finalidades terapéuticas. Crear una dinámica activa en el centro tiene consecuencias positivas en la salud, bienestar y estado de ánimo de los usuarios.

Desarrollo

Este proceso se inicia con la planificación anual de las actividades que se realizarán en el centro. Previamente se habrá realizado una reunión con los usuarios para comentar y detectar cuáles son las actividades más deseadas. En este programa se incluirán todas las actividades y los horarios. Se dejará margen para modificaciones y reprogramaciones que no afecten a la estructura general del programa.

La planificación de las actividades deberá llevarla a cabo un terapeuta, y tendrá en cuenta los objetivos de los PAI (Programa de Atención Individual), la motivación de los usuarios, los recursos existentes y el programa de prevención de caídas.

Para asegurarnos la motivación y el compromiso de participación del usuario en la realización de las actividades que le puedan beneficiar, es recomendable, siempre que sea posible, su participación en la elaboración de su propio Plan de Atención Individual. De esta manera, en las reuniones de equipo, cuando se tenga que realizar o revisar el PAI del residente, se convocará al mismo a la reunión, como si de un miembro del equipo se tratara. Así evitamos cometer el error de decidirlo todo por él, incluso a qué actividades dedicará su tiempo de ocio.

Es muy aconsejable que cada día se realicen actividades con un horario fijo de mañanas y de tardes, alternando las de ocio, reeducación, psicoestimulación, socio-culturales, lúdicas y de actividad física.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Es importante variar las actividades según la estación del año. En verano, es positivo programar más actividades al aire libre y en invierno potenciar las actividades de interior.

Se tendrán también en cuenta las festividades y celebraciones propias y tradicionales del municipio y de la Comunidad Valenciana, haciendo partícipe de ellas tanto al personal como a los usuarios y sus familiares.

La frecuencia y duración que tengan cada una de las actividades dependerá de la naturaleza y objetivos de la misma. Es importante que las actividades de participación grupal sean anunciadas con antelación en un tablón de anuncios para conocimiento de los usuarios, sus familiares y del personal en general.

El terapeuta dejará algunas actividades pautadas que desarrollará el personal y el voluntariado social.

Ejemplos de los distintos tipos de actividades que pueden realizarse, para tener un programa variado son:

- > **Actividad física:** psicomotricidad grupal, gimnasia suave, taichí,... son actividades muy apreciadas y que ayudan en el mantenimiento de la forma física y a trabajar la respiración y la coordinación. Es aconsejable realizar como mínimo dos sesiones por semana.
- > **Actividades lúdicas y de ocio:** juegos de mesa, paseos, escuchar música...
- > **Actividades socioculturales.** Es muy positivo que el centro esté abierto a la comunidad local, y que existan contactos, colaboraciones y proyectos con otras instituciones y servicios. Es útil hacer un censo de recursos de la comunidad (Proceso 2.6 Actividades de Ocio. Doc 2 Inventario de recursos de ocio).

Estas intervenciones pueden realizarse por grupos o individualmente: ir a exposiciones, visitas recíprocas a residentes de otros centros, actividades y proyectos intergeneracionales, etc.

- > **Excursiones.** Se tendrá en cuenta la necesidad de transporte adaptado para personas con movilidad reducida. Se escogerán destinos sin barreras arquitectónicas.
- > **Talleres de manualidades o artesanía.** Se programarán siguiendo criterios de terapia ocupacional, nunca debemos "hacer por hacer". El animador preparará talleres en los cuales puedan participar la mayoría de los usuarios, por lo menos en alguna de las fases del proceso. Se deben buscar y preparar materiales adecuados para garantizar un resultado satisfactorio. Los trabajos tendrán una utilidad estética o funcional clara para el usuario; así se trabaja la motivación mediante la satisfacción por el resultado: adornar zonas comunes del centro, para uso privado, para regalar a la Comunidad... Como mínimo deberían programarse dos sesiones por semana.
- > **Psicoestimulación cognitiva.** Son actividades pensadas para usuarios con deterioro de funciones cognitivas o cursando demencia. Se plantearán las sesiones para trabajar en el mantenimiento y reeducación de las funciones cognitivas, en las áreas de orientación temporo-espacial, memoria, praxias, gnosias... Las sesiones deben tener una duración aproximada de 1 hora cada una y su frecuencia debería ser diaria.

> **Dinámica de grupo.** Es muy positivo también incluir la dinámica de grupos dentro del programa de actividades, que puede canalizarse a través de una Asamblea de Residentes. Al ser el centro un espacio de convivencia, es muy útil trabajar la cohesión grupal, los conflictos de convivencia y reforzar interacciones positivas.

Se puede establecer un sistema en el cual queden recogidas las demandas y opiniones sobre las distintas actividades por parte de los residentes. Una buena manera es programar grupos de calidad dentro de la dinámica de grupos en los que los usuarios opinen y decidan sobre aspectos de los servicios que reciben. Esta es también una buena práctica de atención continua al residente, pues se escucha y se tienen en cuenta sus opiniones.

Puede ser necesario formar distintos grupos de residentes para cada actividad, usando criterios de dependencia, motivación, afinidad y necesidades terapéuticas. Se usarán las valoraciones del diagnóstico.

Se realizarán registros diarios de las actividades (Proceso 2.6. Actividades de Ocio. Doc. 1).

El centro debería tener un presupuesto específico para el programa de actividades.

Es importante asegurarse que se dispone de la autorización para actividades tal y como se marca en el Proceso 2.2. Acogida y alojamiento.



Documentos de referencia

Proceso 2.6. Actividades de Ocio. Doc 1. Registro diario de las actividades.

Proceso 2.6. Actividades de Ocio. Doc 2. Inventario de los recursos de ocio disponibles.

Referencias en la red

www.diariomedico.com

www.terapia-ocupacional.com

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

2.6. Proceso de realización de actividades de ocio. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Disponer de un programa lúdico que permita el ocio de los usuarios y lograr al mismo tiempo alguno de los objetivos de Plan de Atención Individual.</p> <p>Objetivos: Tener una oferta de actividades lúdicas variada adecuada a las necesidades de los usuarios.</p> <p>Conseguir un elevado grado de participación de los usuarios en las actividades de ocio.</p> <p>Lograr un desempeño satisfactorio de los usuarios en las actividades.</p>			<p>Familiares: que sus familiares se diviertan en el centro, se sientan partícipes de actividades y mejoren sus capacidades.</p> <p>Residente: tener actividades de ocio.</p> <p>Centro: mejorar a través de las actividades la calidad de vida de los usuarios a través de la consecución de los objetivos marcados en el PAI.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. Plan de animación sociocultural y de fomento de la convivencia.</p> <p>2. Programa de prevención de caídas.</p> <p>3. Programa de estimulación cognitiva.</p> <p>4. Programa de mantenimiento de funciones y promoción de la autonomía.</p> <p>5. % de actividades programadas y cumplidas.</p> <p>6. % de residentes participantes en actividades de ocio</p> <p>7. Grado de cumplimiento de los objetivos de ocio marcados en el PAI.</p>			<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>80%</p> <p>50%</p> <p>75%</p>	Trimestral		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<p>> Planificación de las actividades para el próximo año teniendo en cuenta los objetivos del PAI, la motivación de los residentes y los recursos disponibles.</p> <p>> 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>> Cuando se impartan dichas actividades se tendrán en cuenta diversos factores: idoneidad de los mismos, motivación de los residentes y alternancia de los mismos. Los programas se clasifican en: Ocio; Reeduación; Psicoestimulación; Socio-culturales; Lúdicos; De actividad física</p> <p>Puntos críticos: flexibilidad y alternancia de los programas lúdicos diseñados. Adecuación de objetivos marcados para cada residente en el PAI y adecuación de las actividades programadas a las estaciones del año. Anunciar visiblemente y con antelación para posibilitar la máxima participación en las actividades.</p>			<p>Propietario del proceso: Voluntario social.</p> <p>Otros responsables: Terapeuta. Voluntario social.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: todos los materiales utilizados en las actividades lúdicas.</p> <p>Instrumentos: excursiones, talleres, juegos, paseos, etc.</p> <p>Proveedores clave: de materiales de juegos y de actividades ocupacionales.</p>			Voluntario social.		
	Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso		
			Proceso 2.6. Actividades de Ocio. Doc 1 Registro diario de actividades y Doc. 2 Inventario de recursos de ocio.			
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		

2.7. Proceso de atención a los familiares de los usuarios

Muchos familiares sienten una gran preocupación por el bienestar del usuario en el centro. Por tanto hay que cuidar mucho la comunicación. Es necesario dadas las características de las personas usuarias, cuidar los detalles, sobre todo en aspectos como la atención cuando está enferma, la comida, la limpieza, el uso de los bienes propios, etc.

Objeto

El objeto de este proceso es el de asegurar una comunicación fluida y coherente entre la organización y los familiares o personas de referencia de los usuarios con el fin de mejorar continuamente el servicio.

Desarrollo

Hay que facilitar y reforzar el vínculo del usuario con su entorno afectivo y familiar favoreciendo en todo momento la interrelación.

Se debe asegurar la colaboración de las familias respecto al usuario. Por su parte, el servicio debe estar abierto a quejas y sugerencias y mantener siempre una actitud de escucha abierta y comunicativa.

El plan de atención a las familias debería contemplar como mínimo los siguientes aspectos:

Reuniones familiares

Es muy positivo organizar reuniones con los familiares de los usuarios y el equipo de gestión del centro. En estas reuniones, que se aconseja sean semestrales, se comentarán aspectos relativos al funcionamiento del servicio, se informará de cambios y novedades, se devolverá el resultado de las encuestas de satisfacción y se dejará un espacio para que los familiares se expresen. Además, se exponen y debaten las quejas y sugerencias recogidas.

Se puede aprovechar la celebración de festividades para convocar las reuniones (por ejemplo: en navidades y durante la fiesta mayor de la localidad o de la Comunidad Valenciana), compartiendo posteriormente una merienda.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Encuesta de satisfacción

Anualmente se realizará una encuesta de satisfacción a los familiares, en la cual se deberán valorar todos los aspectos relevantes del servicio.

Se puede aprovechar el espacio de reunión de familiares para distribuir la encuesta. Es conveniente medir siempre los mismos aspectos para poder establecer comparaciones que permitan valorar las mejoras producidas (ver Proceso 2. 10. Realización de Encuestas de Satisfacción).

Entrega de informes

Los datos de la historia clínica de los residentes así como la información socio-sanitaria recogida por los distintos profesionales del centro constituyen datos especialmente protegidos.

En el centro, esta información tiene como finalidad primordial facilitar la asistencia socio-sanitaria, pero no debe olvidarse que está sujeta a la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal*.

Se tendrá en cuenta el derecho de información de la persona en la recogida de datos. De esta forma, en los cuestionarios o impresos donde se recojan estos datos de carácter socio-sanitario, figurará, de forma claramente legible, el profesional que los recoge y se hará referencia a la Ley que va a proteger estos datos.

Si el usuario no está legalmente incapacitado, ni tiene tutor legal, es autónomo y sin déficit cognitivo, se le debe consultar si desea que su familiar de referencia conozca la información sanitaria que manejan los profesionales del centro. En caso afirmativo, deberá dar su consentimiento expreso y por escrito.

No obstante, según el artículo 7, apartado 6 de la citada Ley, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal cuando éstos sean necesarios para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios.

En el ámbito de la asistencia geriátrica existe un elevado porcentaje de residentes con incapacidad intelectual, con diagnóstico de demencia irreversible y, por lo tanto, incapaces de decidir por sí mismos.

El equipo de profesionales del centro valorará cada una de estas situaciones y deberá decidir, cuando elabore el PAI, si es conveniente y necesaria la intervención de la familia del residente.

En estos supuestos afirmativos, y con una frecuencia mínima anual, el centro hará llegar a los familiares un informe del usuario en el que se detallarán aspectos como actividades en las que participa, evolución en actividades de la vida diaria AVDb, interacciones sociales, cuidados asistenciales que recibe, evolución de las funciones cognitivas y, si es el caso, la manera y grado de colaboración que se necesita de los familiares.

En casos puntuales de circunstancias familiares complejas, la información del citado informe podría proporcionarse a los familiares a través de la atención directa.

Las familias que deseen ampliar esta información, podrán solicitar una entrevista con el profesional adecuado.

Atención directa

Es muy positivo que un responsable de la dirección tenga establecido un horario fijo y concreto para atender cualquier demanda de los familiares con una permanencia mínima de dos horas semanales.

Quejas y sugerencias

Se deberá tener especial atención a las incidencias, mostrando una coherencia en los criterios de gestión de las mismas.

Las quejas, sugerencias o reclamaciones de los familiares deberán ser recogidas por escrito. El personal dispondrá de hojas de sugerencias (Proceso 2.7. Atención a familiares. Doc. 1.) para ofrecerlas a los familiares cuando exista una situación de queja. Habrá un buzón habilitado para recoger estas hojas, que será revisado diariamente.

Las incidencias serán valoradas por el profesional adecuado y la respuesta que se dé a los familiares habrá sido consensuada en el ámbito interno.

Todos los trabajadores conocerán este procedimiento, evitando apresurar una respuesta incorrecta.

Participación en las actividades del centro

Otro modo de promover la relación de los familiares con el centro consiste en implicarlos en la realización de actividades. Se les puede pedir que acudan como acompañantes en las salidas y excursiones, que aporten material o ideas para los talleres...

El centro deberá tener un tablón de anuncios para los familiares y los residentes para usarlo como vía de comunicación de actividades, eventos...

Horario de visitas

Aunque el centro disponga de un horario establecido de visitas, éste deberá ser flexible y adaptarse a las circunstancias de cada familia.



Documentos de referencia

Proceso 2.7. Atención a familiares. Doc. 1. Hoja de sugerencias.

Proceso 2.7. Atención a familiares. Doc. 2. Registro de reuniones con familias.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

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

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: 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>Objetivos: Que la relación entre familia y residentes sea lo más estrecha posible. Que la relación y la comunicación entre el centro y los familiares sean excelentes. Que las quejas, sugerencias y reclamaciones sean las mínimas posibles. Que todas las quejas y reclamaciones tengan una respuesta pertinente.</p>			<p>Familiares: poder seguir teniendo una relación y una comunicación fluida y estrecha con el usuario.</p> <p>Residente: poder seguir teniendo un vínculo con la familia lo más estrecho posible.</p> <p>Centro: Comunicarse con los familiares y hacerles partícipes de la dinámica del centro.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. Potenciación de vínculos y relación con las familias.</p> <p>2. % de participación de los familiares en las actividades programadas.</p> <p>3. Nº de quejas, sugerencias y reclamaciones al mes.</p> <p>4. Grado de satisfacción de los familiares con el centro.</p> <p>5. Horario de visitas.</p>			<p>100%</p> <p>+ del 30%</p> <p>< 5</p> <p>80%</p> <p>100%</p>	Semestral		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
Síntesis del procedimiento y puntos críticos				Propietario del proceso y otras responsabilidades		
P	<p>Explicación a los familiares de los canales de comunicación con el usuario y las formas para hacerlos efectivos. Plan de atención, vías:</p> <p>> Reuniones familiares: Convocar reuniones con los familiares y el personal semestralmente. Informar sobre cambios, novedades, resultados de encuestas de satisfacción. Dejar un espacio para la opinión de los familiares.</p> <p>> Encuesta de satisfacción: En las reuniones con los familiares entregar dichas encuestas de satisfacción. Análisis de los resultados de las mismas para la mejora del centro. Entrega de los resultados de las encuestas en las reuniones familiares para comentarlos.</p> <p>> Entrega de informes: Una vez al año se elaborará un informe para cada residente en el que se detallarán los siguientes aspectos: actividades en las que participa el residente, evolución AVDb, interacciones sociales, cuidados asistenciales que recibe y evolución de las funciones cognitivas. En el caso que se requiera se concertará una reunión con la familia para discutir los aspectos relevantes de dicho informe. Se llevarán a cabo las acciones pactadas en dicha entrevista (en el caso en que las hubiera).</p> <p>> Atención directa: Atención directa dos horas semanales para atender demandas de los familiares. En el caso en que se produzca se tomará constancia de la misma y se dará solución. Quejas y sugerencias: cuando se produzca una queja, sugerencia o reclamación, ésta se pondrá por escrito. Valoración de las quejas por el personal adecuado. Resolución de la queja consensuada internamente. Participación en las actividades de la residencia: se colocarán en el tablón de anuncios las actividades a fin de estimular la participación de los familiares.</p> <p>Puntos críticos: conocimiento de todo el personal interno del procedimiento de quejas; claridad y transparencia en la información que se da sobre el usuario y a las familias. Predisposición de toda la organización a mejorar en base a las quejas y sugerencias.</p>				<p>Propietario del proceso: Responsable de la dirección.</p> <p>Otros responsables: Resto del personal del centro.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave				Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: hojas de reclamaciones, buzón de quejas de reclamaciones.</p> <p>Instrumentos: reuniones, actividades, etc.</p> <p>Proveedores clave: no hay.</p>				Todo el personal del centro.	
Documentos vinculados al proceso				Registros vinculados al proceso		
<p>Plan de atención a las familias:</p> <p>Hojas de reclamaciones.</p>				<p>Proceso 2.7. Atención familiares Doc. 1. Hoja de sugerencias y</p> <p>Doc. 2. Registro de reuniones con familias.</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		

2.8. Proceso de salida

La mayoría de centros para personas mayores tienen en la actualidad usuarios que, en un número muy considerable, finalizarán su vida en la residencia. Así pues el momento de la muerte debe ser tratado con la máxima delicadeza, hacia el usuario primero pero también hacia sus familiares.

También hay algunos que deben trasladarse a otros lugares, por diversos motivos. Ha de hacerse una buena gestión del momento en que una persona debe dejar el centro. Siempre debe ser atendido con la mayor calidad posible.

Objeto

El objeto de este proceso es valorar la posible baja y salida del centro, asegurándose que la derivación hacia otro recurso es la opción más positiva para el bienestar del usuario, gestionándola de manera fluida. En caso de *exitus*, el objetivo será ofrecer todo el acompañamiento y confort posibles.

Desarrollo

Se pueden dar distintas circunstancias que motiven un tipo u otro de baja del 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 valorará entonces el recurso más adecuado.

Una vez decidido el recurso, el centro procederá a tramitar la derivación y elaborará un informe interdisciplinar, en el cual deberán quedar recogidos los aspectos más relevantes de cada área de intervención, con la finalidad de que el centro que acoga al residente pueda poseer la información necesaria para el correcto tratamiento y asistencia de su nuevo usuario. 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.

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

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

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

2. Retorno al domicilio

A petición de la familia o del residente, así como bajo criterios del propio centro, 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 centro 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 positivo que pasados unos días, el centro contacte con el usuario para interesarse por su estado.

3. Proceso de muerte

A criterio de la Dirección del centro se establecerán unas pautas en función de las diferentes situaciones, siempre teniendo en cuenta los deseos de los familiares.

Cuando el médico verifica que el estado de salud del usuario hace prever una muerte inminente, se contactará con la familia. El personal sanitario, previa prescripción facultativa, proveerá soporte farmacológico para paliar el sufrimiento físico del residente. También ofrecerá soporte psicológico y, si es el caso, espiritual, al residente y a sus familiares.

Se propiciará un contacto muy cercano de la familia con el residente, siempre con su deseo y consentimiento y, si es necesario, se permitirá a la familia permanecer al lado del residente a cualquier hora del día y de la noche, facilitándoles un espacio de tranquilidad y privacidad. Si el residente o la familia lo desea, se les proporcionará apoyo espiritual.

Es muy importante tener en cuenta los aspectos éticos y legales que intervienen en este proceso, como la existencia de testamento vital o el consentimiento informado. Estos aspectos quedan reseñados en el proceso de atención sanitaria.

El testamento vital es un documento con directrices anticipadas que realiza una persona en situación de lucidez mental para que sea tenido en cuenta cuando, a causa de una enfermedad, ya no le sea posible expresar su voluntad.

Es muy positivo que el personal tenga formación en el proceso de acompañamiento a la muerte.

Cuando el médico firme el certificado de defunción, se procederá al traslado al tanatorio. Es recomendable que, hasta el momento del citado traslado, la residencia ofrezca un espacio para el velatorio a los familiares.

La residencia informará adecuadamente al personal y residentes de la muerte de su compañero, facilitando información a quien lo desee para la asistencia a la despedida. En esta despedida, sea religiosa o no, debería estar presente algún responsable de la Dirección del centro. Se enviará un ramo de flores u otro detalle de afecto y solidaridad, en nombre del centro.

En un plazo de dos días posteriores al fallecimiento, se ayudará a la familia a recoger y empaquetar las pertenencias de la habitación, así como entregar toda aquella documentación que se posea en el expediente necesaria para los últimos trámites burocráticos. El trabajador social contactará con los familiares para asesorarles en aquello que precisen.

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						
Misión y objetivos			Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: Valorar y gestionar correctamente las bajas del centro y acompañar bien a la persona en su proceso de muerte.</p> <p>Objetivos: Valorar la salida de una forma rigurosa, de forma que sea más favorable para el bienestar del residente y cuente con el acuerdo de la familia. Realizar los trámites de salida de una forma rápida. Lograr una salida del centro lo menos traumática posible.</p>			<p>Familiares: que la salida sea recomendable y rápida.</p> <p>Residente: que la salida sea para una mejora de su situación.</p> <p>Centro: que la salida sea rápida, y favorezca los intereses del residente.</p>			
Indicadores			Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. Protocolo de traslado y acompañamiento.</p> <p>2. Tiempo desde la demanda de baja hasta la firma de renuncia de plaza.</p> <p>3. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la atención en el proceso de muerte.</p>			100% Menos de 1 semana 90%	Cada 10 bajas.		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
Síntesis del procedimiento y puntos críticos				Propietario del proceso y otras responsabilidades		
P	<p>El procedimiento de salida puede darse de tres formas distintas:</p> <p>1. Traslado a otro recurso. Demanda de baja por parte de la familia, usuario 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 de la documentación personal al residente que esté en el expediente del mismo. Despedida del residente lo más festiva posible y con conocimiento previo de sus compañeros Contacto posterior del centro con el usuario 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 de 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.</p>		<p>Despedida lo más festiva posible y con conocimiento previo de sus compañeros. Contacto posterior del centro con el usuario para conocer su situación.</p> <p>3. Proceso de muerte. Cuando el médico detecta que el estado de salud hace prever una muerte inminente se contacta con la familia. Se ofrece soporte farmacológico al residente para paliar su sufrimiento físico así como también soporte psicológico a él y sus familiares. Se favorecerá un contacto muy cercano entre familia y residente así como asistencia espiritual si lo desean. A la muerte del residente el médico firma el certificado de defunción y se traslada al tanatorio. Comunicación a la familia de la defunción y ofrecimiento de un espacio a los familiares para el velatorio hasta el traslado al tanatorio. Presencia de un responsable de la dirección del centro en el acto de despedida y envío de un ramo de flores por parte del centro. Dos días después de la defunción se ayudará a la familia a la recogida de las pertenencias personales del difunto y se le hará entrega de toda la documentación en el expediente de cara a realizar los trámites burocráticos. Contacto del asistente social con la familia para asesorar en lo que ésta precise. Puntos críticos: seguir los aspectos éticos y legales, transparencia y claridad en la información.</p>		<p>Propietario del proceso: Psicólogo.</p> <p>Otros responsables: Médico. Psicólogo. Responsable de la dirección. Personal sanitario.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave			Recursos humanos		
<p>Recursos materiales: material sanitario y clínico. Flores.</p> <p>Proveedores clave: centro hospitalario, centro tanatorio. Proveedores de material médico y sanitario.</p>			<p>Asistente social. Responsable de la dirección. Médico, Psicólogo.</p>			
Documentos vinculados al proceso			Registros vinculados al proceso			
Proceso 2.8. Salida. Doc. 2 Renuncia de plaza residencial.			Proceso 2.8. Salida. Doc. 1 Informe de derivación.			
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		

2.9. Atención a incidencias (quejas y sugerencias)

Tanto si provienen de los usuarios como de los familiares, es necesario gestionar de forma rigurosa y sistemática las incidencias fruto de la dinámica del servicio. La buena gestión no es esconder las quejas, ni tratarlas como un capricho de la persona. Las quejas han de observarse, siempre, como una oportunidad de mejora.

Objeto

El objetivo de este proceso es detectar, analizar, solucionar y prevenir todas las sugerencias y quejas de usuarios y otras partes interesadas que puedan darse en el centro.

Desarrollo

Las quejas, sugerencias y reclamaciones pueden llegar a los distintos profesionales, por eso, 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 documento Proceso 2.9. Atención a quejas y sugerencias. Doc. 1 Registro de quejas.

Una vez cumplimentada la primera parte del mismo, este documento es trasladado a la persona que desempeña las funciones de responsable de calidad. Éste lo canalizará al ámbito afectado por la incidencia, donde se analizará y se valorará la necesidad de generar una acción correcta. El citado documento se retorna al responsable de calidad para dar una respuesta al cliente, al tiempo que se da por cerrada la incidencia.

Es extremadamente importante que la gestión de las incidencias evite tener una connotación punitiva para el personal que ha sido objeto de las mismas, porque 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.

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

2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

Resolución de una queja

Se deberá atender en el menor tiempo posible y de forma documentada una queja si afecta a la seguridad o salud de los empleados o usuarios, si manifiesta que los recursos están por debajo de los mínimos establecidos, si es por repetición de algún fallo, si se incumplen las normas de calidad y si afectan directamente al usuario.

El responsable de calidad intentará realizar una acción reparadora que haga volver a la normalidad la situación. Si no encuentra la solución se lo comunicará a la Dirección, que la atenderá personalmente.

Cuando se tome la decisión oportuna y se realice la acción conveniente, se registra en la Ficha del Plan de Gestión del Proceso.



Documentos de referencia

Proceso 2.9. Atención a quejas y sugerencias. Doc. 1. Registro de quejas.

2.9. Proceso de atención de quejas y sugerencias. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Gestionar, analizar y resolver las quejas, sugerencias o reclamaciones de forma que permitan la mejora continua del servicio.</p> <p>Objetivos: Que todas las quejas, sugerencias o reclamaciones formuladas por los clientes reciban una respuesta.</p> <p>Que el número de quejas, sugerencias o reclamaciones sea el mínimo posible.</p> <p>Que cada queja, sugerencia o reclamación lleve asociada una propuesta de mejora.</p>		<p>Familiares: que sus quejas, sugerencias o reclamaciones sean escuchadas y efectivamente resueltas.</p> <p>Residente: que sus quejas, sugerencias o reclamaciones sean escuchadas y efectivamente resueltas.</p> <p>Centro: que las quejas, sugerencias o reclamaciones sirvan para la mejora continua del servicio.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<p>1. Sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones.</p> <p>2. % de quejas, reclamaciones o sugerencias respondidas a los clientes.</p> <p>3. % de quejas, sugerencias o mejoras con propuesta de mejora asociada.</p> <p>4. Grado de satisfacción del cliente con la solución encontrada.</p>		<p>100</p> <p>100%</p> <p>90%</p> <p>80%</p>	Trimestral	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p>Se recibe la queja, sugerencia o reclamación a través del registro Proceso 2.9. Atención a quejas. Doc.1.</p> <p>2. Traspaso de dicho registro al encargado o responsable de calidad.</p> <p>3. 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>4. El registro es retornado al responsable de calidad, quien dará una respuesta al cliente dando por cerrada la incidencia.</p> <p>5. Análisis de la tipología de incidencias que genera el servicio cada cierto tiempo, para llevar a cabo la mejora continua.</p> <p>Puntos críticos: evitar que las quejas tengan como consecuencias acciones punitivas para el personal, pues estos deben 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>Propietario del proceso: Trabajador social.</p> <p>Otros responsables: Director de calidad.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: hojas de reclamaciones, buzón de quejas de reclamaciones.</p> <p>Instrumentos: reuniones de área. Proveedores clave: no hay.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Trabajador social.</p> <p>Todo el personal del área implicada.</p>	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
		<p>Proceso 2.9. Atención a quejas.</p> <p>Doc 1 Registro de quejas.</p>		
A	ACCIÓN. Este apartado es para hacer el seguimiento del proceso			
	Formar a las personas	Iniciar y coordinar el trabajo	Observar y controlar los puntos críticos	Corregir desviaciones mediante acciones reparadoras o correctoras
E	EVALUACIÓN. Este apartado es para registrar la evaluación una vez acabado el ciclo			
	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
M	MEJORA. Este apartado es para realizar el plan de mejoras y empezar un nuevo ciclo			
	Acciones correctoras	Acciones preventivas	Reorganización de procesos	Innovación en los procesos

2.10. Realización de encuestas de satisfacción

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 la hacemos con una perspectiva histórica, al cabo del tiempo se verán recompensados los esfuerzos por una valoración cada vez más positiva.

Objeto

El objeto de esta acción es evaluar si las características de funcionamiento actual del servicio están cubriendo las necesidades y expectativas de los clientes: usuarios, familiares, y trabajadores.

Los objetivos operativos son realizar unos cuestionarios, entregarlos a los clientes, así como su recogida y análisis y la difusión de los resultados a las partes interesadas.

Desarrollo

Es importante el diseño de un plan para ponerlas en práctica. Este plan debe contemplar la técnica que se utilizará en las encuestas, el momento de hacerlo, etc. Las herramientas utilizadas deben ser fiables y por lo tanto han de ser elaboradas y contrastadas por especialistas, para que se pueda realizar un posterior análisis estadístico y sociológico de los resultados.

La elaboración de la encuesta está a cargo de un equipo del centro, que con la colaboración de expertos prepara un modelo de encuesta para usuarios, o familiares y trabajadores, o bien usa un modelo ya conocido.

Con la periodicidad que se considere adecuada, siendo recomendable como mínimo una vez al año; es necesario medir los niveles de satisfacción de los clientes del centro.

Cuando se ponga en marcha el proceso de encuesta, habrá que ir con mucho cuidado en valorar todos los aspectos que tienen que ver con la entrega y recogida de las encuestas, para tener una muestra relativamente amplia de respuestas. Los cuestionarios serán anónimos para obtener respuestas más fiables y no sesgadas.

Para la recogida de la información será necesario preparar una hoja de registro y tabulación de los resultados, con objeto de proceder después al análisis de la información que las encuestas faciliten.

Es adecuado que el primer análisis lo realice una única persona y después lo pase a un equipo interdisciplinar, para analizar a fondo los aspectos relevantes obtenidos y presentarlos a la Dirección.

Una vez analizados los resultados, se estudiarán qué aspectos podrían mejorarse y se introducirán las propuestas de mejora en el Plan del centro. Todo ello formará parte de un informe.

Documentos de referencia

Proceso 2.10. Realización de encuestas. Doc. 1. Encuesta al cliente externo (familia).

Proceso 2.10. Realización de encuestas. Doc. 2. Encuesta al cliente externo (usuario).

Proceso 2.10. Realización de encuestas. Doc. 3. Encuesta al cliente interno (empleado).

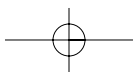
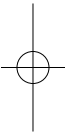
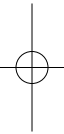
2 GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESENCIALES

2.10. Proceso de encuesta de satisfacción a usuarios, familiares y empleados. Plan de gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
<p>Misión: 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>Objetivos: Alcanzar niveles de participación máximos de usuarios y familiares y también de empleados.</p>		<p>Familiares: que el centro disponga de unos elevados niveles de calidad.</p> <p>Usuario: contar con un centro con un alto nivel de calidad.</p> <p>Centro: conseguir unos niveles máximos de calidad y satisfacción de los clientes.</p>			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
<p>1. Encuesta de satisfacción periódica.</p> <p>2. Grado de satisfacción de los clientes externos con el centro.</p> <p>3. % de participantes.</p> <p>4. Grado de concordancia en la valoración del centro entre los diferentes actores: familiares, dirección y empleados.</p>		<p>100%</p> <p>80%</p> <p>75%</p> <p>80%</p>	Anual		
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	<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>Puntos críticos: las herramientas utilizadas deben ser fiables y por lo tanto realizadas por especialistas y contrastadas, para un posterior análisis estadístico de garantías. Los cuestionarios deben ser respondidos anónimamente para obtener respuestas fiables y no sesgadas.</p>		<p>Propietario del proceso: Director de calidad.</p> <p>Otros responsables: Trabajador social.</p>		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	<p>Recursos materiales: teléfono y despacho.</p> <p>Instrumentos: entrevista, paseo explicativo guiado por el centro y base de datos de información. Proveedores clave: no hay.</p>		<p>Director de calidad.</p> <p>Trabajador social.</p>		
Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso			
		<p>Proceso 2.10. Realización de Encuestas. Doc. 1, 2 y 3 Encuestas a familiares, usuarios y empleados</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	

Panel de Indicadores de los Procesos Esenciales

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
2.1. Admisión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de información definido y entregado al usuario al ingreso. 2. Profesional de referencia. 3. % criterios de la Comisión de valoración cumplidos. 4. Grado de satisfacción de los familiares con respecto al trato recibido. 	<p>100% 80% 100% 90%</p>	Cada 10 entradas.
2.2. Acogida y alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de integración y acogida al centro. 2. Preservación de la confidencialidad y gestión de la información. 3. % de documentos necesarios firmados. 4. % de usuarios con profesional de referencia asignado. 5. Grado de satisfacción de la familia con respecto a la acogida. 	<p>90% 100% 100% 80% 80%</p>	Cada 10 entradas.
2.3. Atención Continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de un armario individual y con llave. 2. Participación en las decisiones organizativas. 3. Soporte a las personas con dependencia para comer. 4. Grado de satisfacción de los residentes con respecto al cuidado diario. 5. Higiene personal e imagen del residente. 	<p>70% 100% 100% 80% 90%</p>	Trimestral o anual
2.4. Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización valoración geriátrica integral. 2. Plan de atención individualizada interdisciplinar. 3. % de objetivos del PAI anual cumplidos. 4. Seguimiento del Plan de Atención Personalizado. 	<p>65% 60% 75% 60%</p>	Anual, semestral o cuatrimestral
2.5. Plan de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación de la dieta. 2. Valoración del riesgo nutritivo. 3. Almacenaje seguro y custodiado de la medicación. 4. Administración de fármacos. 5. Programa de prevención de lesiones por presión. 6. Movilización de residentes. 	<p>90% 80% 100% 90% 100% 90%</p>	Trimestral
2.6. Realización de actividades de ocio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de animación sociocultural y de fomento de la convivencia. 2. Programa de prevención de caídas. 3. Programa de estimulación cognitiva 4. Programa de mantenimiento de funciones y promoción de la autonomía. 5. % de actividades programadas y cumplidas. 6. % de residentes participantes en actividades de ocio 7. Grado de cumplimiento de los objetivos de ocio marcados en el PIA 	<p>100% 100% 100% 100% 80% 50% 75%</p>	Trimestral
2.7. Atención a los familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenciación de vínculos y relación con as familias. 2. % de participación de los familiares en las actividades programadas 3. Nº de quejas, sugerencias y reclamaciones al mes 4. Grado de satisfacción de los familiares con el centro. 5. Horario de visitas. 	<p>100% + del 30% < 5 80% 100%</p>	Semestral
2.8. Salida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de traslado y acompañamiento. 2. Tiempo desde la demanda de baja hasta la firma de renuncia de plaza 3. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la atención en el proceso de muerte. 	<p>100% - de 1 semana 90%</p>	Cada 10 bajas
2.9. Quejas y sugerencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones. 2. % de quejas, reclamaciones o sugerencias respondidas a los clientes. 3. % de quejas, sugerencias o mejoras con propuesta de mejora asociada. 4. Grado de satisfacción del cliente con la solución encontrada. 	<p>100% 100% 90% 80%</p>	Trimestral
2.10. Encuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encuesta de satisfacción periódica. 2. Grado de satisfacción de los clientes externos con el centro. 3. % de participantes. 4. Grado de concordancia en la valoración del centro entre los diferentes actores: familiares, dirección y empleados. 	<p>100% 80% 75% 80%</p>	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				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Conservar las instalaciones en perfecto estado de funcionamiento y limpieza y dar una respuesta rápida a las incidencias.</p> <p>Objetivos: 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>Usuarios y familiares: que las instalaciones estén siempre en perfecto estado.</p> <p>Centro: disponer de un procedimiento para mantener las instalaciones siempre en perfecto estado.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<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>	Trimestral	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
Síntesis del procedimiento y puntos críticos			Propietario del proceso y otras responsabilidades	
P	<p>1. Mantenimiento preventivo y de limpieza.</p> <p>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.</p> <p>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. (dianas, semanales, etc).</p> <p>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.</p> <p>4. A final de año, análisis de las quejas sobre las instalaciones y actuación pertinente para mejorarlas.</p>		<p>2. Gestión de reparaciones o anomalías de limpieza.</p> <p>1. Elaboración de un procedimiento para la gestión de reparaciones si el centro no cuenta con él.</p> <p>2. Cuando se detecte una avería se notificará a la administración, que trasladará al servicio técnico la anomalía.</p> <p>3. Registro de la avería, solución de la misma y entrega a la administración de dicho registro.</p> <p>4. Archivo de la avería, que una vez al año se revisará para la búsqueda de soluciones y mejoras en tiempos, costes, etc.</p> <p>Puntos críticos: 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>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: salas de máquinas, archivo para documentos de fabricantes, etc.</p> <p>Instrumentos: explicación del fabricante.</p> <p>Proveedores clave: fabricantes y mantenedores de equipos varios.</p>		<p>Responsable de mantenimiento o limpieza.</p> <p>Administración del centro.</p> <p>Servicio técnico.</p>	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
Documentos, garantías, instrucciones, etc. sobre la maquinaria y equipos varios del centro.		Proceso 3.1. Plan de mantenimiento Doc. 1 Registro de mantenimiento y Doc. 2 Registro de parte de incidencias.		
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 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				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
<p>Misión: Conservar las instalaciones en perfecto estado de limpieza y dar una respuesta rápida a las incidencias.</p> <p>Objetivos: Que la limpieza de las instalaciones se haga tal y como establece el plan de limpieza.</p> <p>Que las incidencias sean corregidas en el mínimo tiempo posible.</p> <p>Que las dependencias de los usuarios estén siempre muy limpias.</p>		<p>Usuarios y familiares: que las instalaciones estén siempre en perfecto estado de limpieza.</p> <p>Centro: disponer de un procedimiento para controlar que las instalaciones siempre estén en perfecto estado de limpieza.</p>		
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
<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				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	<p>> El responsable planifica el trabajo del personal asignado.</p> <p>> La planificación se realizará con un día de antelación.</p> <p>> Se empezará por la limpieza de zonas comunes para evitar molestias de ruidos a los usuarios.</p> <p>> La limpieza de habitaciones empezará por las habitaciones de usuarios que se levantan más pronto.</p> <p>> A primera hora de la mañana todas las auxiliares de limpieza mantendrán una reunión con la responsable.</p> <p>> La responsable entregará el registro de limpieza a cada auxiliar con sus respectivas instrucciones.</p> <p>> La responsable distribuirá las tareas de limpieza de las zonas comunes a las auxiliares evitando ruidos y molestias a los usuarios .</p> <p>> Cuando se detecte una anomalía lo hará saber a administración.</p> <p>> Se registrará un parte de incidencia y se notificará al servicio de limpieza.</p> <p>> Llevar un control detallado de los partes de anomalías de limpieza .</p> <p>> 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>Puntos críticos: 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>Propietario del proceso: Responsable de la limpieza.</p> <p>Otros responsables: Administración.</p>	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	<p>Recursos materiales: materiales de limpieza adecuados para todo tipos de instalaciones.</p> <p>Instrumentos: explicación del fabricante.</p> <p>Proveedores clave: fabricantes de productos de limpieza.</p>		<p>Responsable de limpieza.</p> <p>Auxiliares.</p> <p>Administración.</p>	
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso	
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				
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 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					
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes			
Misión: Gestionar de forma excelente la relación con los proveedores. Objetivos: Disponer de los mejores proveedores (calidad/precio) del mercado. Conseguir una relación buena y una comunicación excelente con el proveedor.		Centro: proveerse de los mejores productos y servicios disponibles en el mercado según las necesidades.			
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida		
1. Grado de satisfacción de los responsables de cada área con los proveedores. 2. N° de fallos detectados y solucionados por los proveedores.		90%	Anual		
		90%			
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades		
	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. Puntos críticos: deberá ser un procedimiento flexible, dinámico y de revisión continua. La persona encargada deberá ser una persona decidida, abierta y con habilidades de negociación.		Propietario del proceso: Responsable de compras. Otros responsables: Director del centro. Director de calidad.		
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos		
	Recursos materiales: teléfono, ordenador, internet, fax, etc. Instrumentos: reuniones, presentaciones, etc. Proveedores clave: todos los necesarios y aceptados.		Responsable de compras. Director del centro. Director de calidad.		
	Documentos vinculados al proceso		Registros vinculados al proceso		
	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.		Proceso 3.3. Proveedores Doc. 1 Registro mensual de evaluación de Proveedores y Doc. 2. Registro de proveedores oficiales del centro.		
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	

3.4. 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
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.

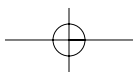
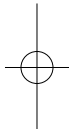
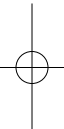
3 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

3.5. Proceso de documentación. Plan de Gestión

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA				
Misión y objetivos		Necesidades y expectativas de los clientes		
Misión: Conseguir una documentación útil, ágil y bien adaptada a la realidad concreta del centro. Objetivos: Conseguir todos los procesos clave documentados. Conseguir registrar toda la actividad crítica que se necesite en cualquier momento.				
Indicadores		Estándares	Frecuencia de medida	
1. Protocolos básicos. 2. % de Procesos clave identificados y documentados con respecto al total de procesos. 3. Grado de satisfacción de los profesionales con el sistema documental utilizado. 4. Documentación de atención al residente.		100% 75% 75% 70%	Anual	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN				
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos		Propietario del proceso y otras responsabilidades	
	Creación, aprobación y revisión. Los documentos de Gestión de Calidad estarán revisados y aprobados adecuadamente. La documentación se revisa como mínimo una vez al año. Distribución y archivo de la documentación. Los responsables de los documentos se encargarán de que lleguen a la lista de distribución. Existirá una lista única de la documentación de calidad. Realización y control de los formatos de registros. El responsable de calidad o el director incluyen los formatos de registros de calidad que consideran necesarios para el sistema de calidad. Puntos críticos: pérdida o repetición de documentos. Documentos no adaptados al centro.		Propietario del proceso: Responsable de Calidad. Otros responsables:	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave		Recursos humanos	
	Recursos materiales: papel y ordenador. Instrumentos: software de gestión documental. Proveedores clave: ninguno.			
	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
3.1. Mantenimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipamiento adecuado a las necesidades de los residentes. 2. % de tareas del plan de mantenimiento y limpieza programadas y finalmente realizadas. 3. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se repara la avería o incidencia. 4. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza. 	100% 90% 6 horas 90%	Trimestral.
3.2. Limpieza	<ol style="list-style-type: none"> 1. % de tareas del plan de limpieza programadas y finalmente realizadas. 2. Tiempo medio desde que se notifica hasta que se soluciona la incidencia. 3. Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la limpieza. 4. Nivel de limpieza e higiene del centro. 	90% 30 minutos 90% 90%	Trimestral.
3.3. Gestión de proveedores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado de satisfacción de los responsables de cada área con los proveedores. 2. Nº de fallos detectados y solucionados por los proveedores. 	90% 90%	Anual.
3.4. Control de calidad de los productos comprados	<ol style="list-style-type: none"> 1. % de productos devueltos al proveedor. 2. Grado de satisfacción de los clientes internos/externos con los productos adquiridos. 	5% 90%	Anual.
3.5. Gestión de la documentación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos Básicos. 2. % de procesos clave identificados y documentados con respecto al total de procesos. 3. Grado de satisfacción de los profesionales con el sistema documental utilizado. 4. Documentación de atención al residente. 	100% 75% 70% 100%	Anual.



ANEXO

1

REGISTROS Y OTROS DOCUMENTOS

1. REGISTROS DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS	140
2. REGISTROS DE LOS PROCESOS ESENCIALES	156
3. REGISTROS DE LOS PROCESOS DE APOYO	180

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
MISIÓN: Que las personas mayores tengan la mejor atención residencial posible.	VISIÓN: ser una institución en que todas las partes implicadas estén orgullosas de pertenecer a nuestra organización. VALORES: 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.			
Perspectivas Estratégicas	Lineas Estratégicas	Objetivos		
Perspectiva económica y financiera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar estabilidad económica. 2. Generar confianza a las familias y trabajadores en la gestión económica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir déficit. 2. Aumentar ingresos. 3. Dar información cuentas anuales. 		
Perspectiva del cliente: usuarios, familias y proveedores.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Crear servicios para las familias. 4. Prestar atención individualizada a todos los usuarios. 5. Crear equipamientos confortables. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear servicio psicológico a familiares. 2. Todos los usuarios con Plan Individualizado. 3. Renovar comedor y sala de estar. 		
Perspectiva interna : Medir, revisar y mejorar los procesos.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Implantar el SBC. 7. Impulsar la mejora continua de los procesos esenciales. 8. Llegar a acuerdos provechosos con los proveedores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoría externa en tres años. 2. Reducir fallos en los procesos en mantenimiento. 3. Exigir certificación a todos los proveedores clave. 		
Perspectiva de aprendizaje y crecimiento. Mejora continua del capital humano, información y conocimiento y capital organizativo.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Liderazgo: dar ejemplo. 10. Recursos Humanos: mejorar la motivación. 11. Gestión de la tecnología y del conocimiento: mejorar el uso de las nuevas tecnologías para los procesos de atención individual a los usuarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cada dos años la evaluación de directivos. 2. Pasar encuesta de satisfacción laboral. 3. Crear becas de investigación interna. 4. Crear programa de software para el Plan Individualizado. 		
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
Tareas a realizar			Periodo y responsable	
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
Introducción a la gestión de la calidad en servicios sociales				
<p>Objetivos</p> <p>a) Conocer los conceptos básicos de la gestión de calidad.</p> <p>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>c) Conocer los modelos de gestión de calidad que se están aplicando en los servicios sociales en el Estado español.</p>				
<p>Contenidos teóricos explicados por el profesor</p> <ul style="list-style-type: none"> > Breve historia de la gestión de la calidad en la industria y en los servicios. > Organizaciones, instituciones y entidades clave en el mundo de la gestión de calidad. > Las normas ISO, el modelo europeo (EFQM), las cartas de servicio y los indicadores FAD. > Los conceptos clave de la gestión de calidad y su aplicación en los servicios sociales. > Comprender las necesidades y expectativas de los ciudadanos y de los clientes internos. > El compromiso de la Dirección en la gestión de calidad. > La participación y motivación de los empleados. > La gestión por procesos versus la gestión por departamentos. > La documentación. > Los controles de calidad, las autoevaluaciones y las auditorías de calidad. > La mejora continua del servicio y de las personas. > Los acuerdos y controles de calidad de los proveedores. > Los acuerdos con otros departamentos, instituciones públicas y privadas. > Bibliografía fundamental y páginas web más importantes sobre el tema. 				
<p>Práctica</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>				
Duración del curso: 18 horas				
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						
Cuestionario de evaluación										
Solicitamos la máxima objetividad en las respuestas de este cuestionario. La información que obtenemos es esencial para evaluar el curso										
Curso										
Profesor _____										
Lugar y fechas de realización _____										
Perfil de los asistentes										
Edad (en años)	Profesión	Años de ejercicio de la profesión		Años en el trabajo actual						
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.										
Aspectos generales										
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
Aspectos referentes al profesor										
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
Utilidad del curso										
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
Satisfacción general del curso _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observaciones y sugerencias										
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
PROCESOS ESTRATÉGICOS				
Elaboración y revisión de la política y de los objetivos				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización y gestión de la calidad interna 2. Comunicación 3. Gestión de los recursos humanos 4. Formación 		<ol style="list-style-type: none"> 5. Control de procesos 6. Realización de auditorías internas 7. Revisión del sistema 8. Relaciones Externas 		
PROCESOS ESENCIALES				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera Acogida 2. Asignación del caso 3. Cuidado y Protección 4. Diagnóstico 		<ol style="list-style-type: none"> 5. Pronóstico 6. Derivación 7. Atención a Quejas 8. Atención a Familias 		
PROCESOS DE APOYO				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento del centro 2. Limpieza del centro 3. Gestión de proveedores 		<ol style="list-style-type: none"> 4. Gestión de la documentación 5. Gestión administrativa 6. Gestión económica 		
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
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
Misión y objetivos				Necesidades y expectativas de los clientes		
Misión: Normalizar eficientemente los procesos clave para que éstos puedan ser gestionados, controlados y modificados por la organización. Objetivos: 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.				Clientes internos: que la normalización de los procesos se realice de la forma más ajustada posible a las buenas prácticas.		
Indicadores				Estándares	Frecuencia de medida	
1. % de los procesos normalizados.				90%	Anual.	
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN						
P	Síntesis del procedimiento y puntos críticos				Propietario del proceso y otras responsabilidades	
					Propietario del proceso: Otros responsables:	
	Recursos materiales, instrumentos y proveedores clave				Recursos humanos	
	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		
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		

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
Auditoría interna	Objetivos			Responsable y fecha
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
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

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

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1. Informe sociosanitario

NOMBRE DEL CENTRO	INFORME SOCIO-SANITARIO	DOC. 1	REV. 0	FECHA
		Nº Expediente		
Nombre				
VALORACIÓN SOCIAL				
Situación socio-familiar	Genograma / Historia familiar			
Creencias				
Nivel de Instrucción				
Datos biográficos				
Aficiones				
Expectativas				
VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL				
1. Diagnóstico principal		2. Antecedentes patológicos		
Fármaco / Dosis				
3. Tratamiento al ingreso		Pruebas y visitas médicas pendientes al ingreso		
4. Alergias		5. Hábitos tóxicos		
6. Alimentación > Tipo de dieta: > Cantidad: > ¿Existe algún alimento que le sienta mal o no le guste? > ¿Necesita ayuda para comer? > Dificultad para masticar o tragar: > Utilización de prótesis dental:				
7. Eliminación > Vesical: > Intestinal: > Pañales: > Hábito intestinal: > Tipos de ayuda:		8. Autonomía en la higiene		
		9. Movilidad		
		10. Hábitos del sueño		
		11. Visión y audición		
12. Comunicación > Conciencia: > Lenguaje: > Comprensión:		13. Orientación > Temporal: > Espacial:		
14. Síntomas afectivos / ansiedad				
15. Personalidad				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1. Autorización disposición de datos

NOMBRE DEL CENTRO	AUTORIZACIÓN DISPOSICIÓN DE DATOS	DOC. 1	REV. 0	FECHA
Solicitud de plaza				
<p>Don/Dña _____</p> <p>representante del usuario _____</p> <p>con DNI _____ actuando como representante de _____</p> <p>nombre del usuario _____</p>				
SOLICITA				
Plaza de carácter _____				
Fijo o Temporal (especificar período) _____ en el Centro Nombre de la entidad.				
Y AUTORIZA				
A Nombre de la entidad a incorporar a nombre del usuario a la lista de espera de esta entidad.				
<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 centro 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 centro 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 style="text-align: center;">_____, a ____ de _____ de _____</p>				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

ANEHO I

Proceso 2.1. Admisión. Doc. 1. Solicitud de plaza en el centro

NOMBRE DEL CENTRO	SOLICITUD DE PLAZA RESIDENCIAL	DOC. 1	REV. 0	FECHA
DATOS PERSONALES DEL CANDIDATO/A				
Nombre y apellidos				
Nombre familiar				
Dirección				
Teléfono				
Fecha de nacimiento				
Lugar de nacimiento				
Fecha de la onomástica				
Estado Civil				
N.I.F.				
Nº Seguridad Social				
Médico de cabecera				
DATOS DEL FAMILIAR DE REFERENCIA				
Nombre y apellidos				
Relación con el candidato / a				
Teléfonos de contacto				
Fecha de solicitud				
Profesional de referencia				
Observaciones				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1. Autorización de salidas

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>AUTORIZA</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 centro, 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

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1. Declaración jurada de ingresos personales

LOGO Y NOMBRE ENTIDAD		DOC. 1
DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS		
Que formula el señor/a _____ y el señor/a _____ en nombre propio / representación del residente señor/a _____		
Ingresos de periodicidad mensual		
A) Pensiones euros		
B) Rentas euros		
C) Otras percepciones euros		
BASE MENSUAL DECLARADA (TOTAL)..... euros		
Ingresos de periodicidad superior al mes (Indicad la cantidad y el periodo de percepción)		
A) Rentas de capital		
Cantidad euros		
Periodicidad euros		
B) Otros		
Cantidad euros		
Periodicidad euros		
Declaramos que todos los datos reflejados en esta declaración son ciertos		
Declaramos que no recibimos ningún otro ingreso diferente a los reflejados en esta declaración que deban tenerse en cuenta para el cálculo de la liquidación de estancias.		
También declaramos que conocemos la responsabilidad en que incurrimos en caso de ocultación o falsedad de la declaración.		
_____, a ____ de _____ de ____		
Firma	Firma	
Realizado por	Revisado por	Aprobado por

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1. Inventario de propiedades personales

NOMBRE DEL CENTRO	INVENTARIO DE PROPIEDADES PERSONALES	DOC. 1	REV. 0	FECHA
Nombre del residente				
Fecha de ingreso				
Fecha de salida				
PROPIEDADES DEL RESIDENTE				
Dinero en efectivo				
Joyas				
Electrodomésticos				
Otros				
Firma del Residente		Firma del Testimonio		
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

ANEHO I

Proceso 2.2. Acogida y alojamiento. Doc. 1. Autorización administración medicamentos

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>AUTORIZA</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

Proceso 2.3. Atención continua. Doc. 1. Listado cambios necesidad comer y beber

NOMBRE/LOGO DEL CENTRO	REGISTRO IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE VIDA DIARIA DEL RESIDENTE												DOC. 1					
Logo y nombre entidad:																		
Mes:																		
Nombre del residente:																		
Higiene	Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Nutrición	Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Movilización	Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Eliminación	Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Dormir	Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Curas y tratamientos específicos	Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes			Día del mes		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Realizado por				Revisado por				Aprobado por										

ANEHO I

Proceso 2.6. Actividades de ocio. Doc. 1. Registro de actividades de ocio

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES	DOC. 1	REV. 0	FECHA
Actividad	Día			
	Horario			
	Lugar			
Responsable				
Periodo de la Actividad	Inicio			
	Final			
Metodología				
Recursos Materiales				
Objetivos				
Participantes				
Observaciones y/o cambios a realizar				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por
Por detrás, comentario personalizado de cada residente				

ANEHO I

Proceso 2.7. Atención a familiares. Doc. 1. Hoja de sugerencias

NOMBRE DEL CENTRO	HOJA DE SUGERENCIAS DE LOS FAMILIARES	DOC. 1	REV. 0	FECHA
Nombre y apellidos de la persona que hace la sugerencia				
Nombre y apellidos del residente a quien hace referencia				
Relación que tiene con el residente				
Nombre y apellidos de la persona que recibe la sugerencia				
Fecha y hora				
Vía				
MOTIVO DE LA SUGERENCIA				
Página a cumplimentar por el familiar o el cuidador/a				
Firma				
RESPUESTA A LA SUGERENCIA				
Página a cumplimentar por la Dirección				
Realizado por		Revisado por		Aprobado por

Proceso 2.7. Atención a familiares. Doc. 1. Registro reuniones con familiares

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO REUNIONES CON FAMILIAS	DOC. 1	REV. 0	FECHA
		Nº REUNIÓN		
Nombre usuario/a			Fecha	
BLOQUE I	REGISTRO DE LA REUNIÓN			
	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	ANÁLISIS DE LA REUNIÓN			
	Una vez acabada la entrevista, el profesional que la ha realizado, explica brevemente cómo se ha desarrollado y cuáles han sido los resultados.			
POSIBLES ACUERDOS DE LA REUNIÓN				
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 2.8. Salida. Doc. 2. Renuncia de plaza

NOMBRE DEL CENTRO	RENUNCIA A LA ESTANCIA EN LA RESIDENCIA	DOC. 1	REV. 0	FECHA
Logo y nombre entidad				
Yo, _____,				
con DNI _____, que actualmente vivo en la Residencia nombre del centro, expreso mi deseo de causar baja voluntaria de dicho centro, asumiendo que con ello pierdo el derecho a la plaza residencial que en la actualidad ocupo.				
_____, a ____ de _____ de ____				
Firma del Residente,		Firma del Director/a del Centro		
Realizado por	Revisado por	Aprobado por		

Proceso 2.9. Atención a quejas. Doc. 1. Registro de quejas

NOMBRE DEL CENTRO	REGISTRO DE QUEJAS	DOC. 1	REV. 0	FECHA
		Nº INCIDENCIA		
Nombre usuario/a		Fecha		
BLOQUE I	REGISTRO DE LA INCIDENCIA			
	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	ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA			
	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 III	POSIBLE ACCIÓN CORRECTORA (AC)			
	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	RESPUESTA AL CLIENTE/A			
	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>				
<p>EJEMPLO</p>				
<p>Estimados familiares:</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 | <input type="checkbox"/> |
| > La limpieza | <input type="checkbox"/> |
| > Las instalaciones y espacios comunes | <input type="checkbox"/> |
| > La comodidad de las habitaciones | <input type="checkbox"/> |
| > Las actividades de ocio y tiempo libre | <input type="checkbox"/> |
| > El cuidado cuando el residente está enfermo | <input type="checkbox"/> |
| > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo | <input type="checkbox"/> |
| > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares | <input type="checkbox"/> |
| > El trato amable de los empleados con los residentes | <input type="checkbox"/> |
| > El cuidado de las pertenencias de los residentes | <input type="checkbox"/> |
| > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los familiares | <input type="checkbox"/> |
| > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los familiares | <input type="checkbox"/> |

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 cuadrito)

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

ANEHO I

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 deposítelo en un buzón de correo, o en el buzón de la Residencia.

Realizado por	Revisado por	Aprobado por

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>				
<p>EJEMPLO</p>				
<p>Estimados amigos:</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. Muchas gracias por su colaboración. Atentamente, le saluda. 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 | <input type="checkbox"/> |
| > La limpieza | <input type="checkbox"/> |
| > Las instalaciones y espacios comunes | <input type="checkbox"/> |
| > La comodidad de las habitaciones | <input type="checkbox"/> |
| > Las actividades de ocio y tiempo libre | <input type="checkbox"/> |
| > El cuidado cuando el residente está enfermo | <input type="checkbox"/> |
| > El esfuerzo que hacen los empleados en hacer bien su trabajo | <input type="checkbox"/> |
| > Los lugares para la intimidad de los residentes con sus familiares | <input type="checkbox"/> |
| > El trato amable de los empleados con los residentes | <input type="checkbox"/> |
| > El cuidado de las pertenencias de los residentes | <input type="checkbox"/> |
| > La atención que ponen los empleados en aceptar las sugerencias de los residentes | <input type="checkbox"/> |
| > El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toma con los residentes | <input type="checkbox"/> |

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 cuadrado)

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

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. 1. 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>				
EJEMPLO				
<p>Estimados amigos:</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. 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 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

ANEHO I

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

Proceso 2.10. Encuestas satisfacción. Otro modelo de encuesta

¿Cómo valora Ud la calidad de la residencia?

(Puntúe de 1 a 10 la actuación de la Residencia en los siguientes temas, el 1 es la puntuación más baja y el 10 la puntuación más alta)

1. Asistencial		
> Cree que se cuida bien al residente cuando está enfermo		<input type="checkbox"/>
> Cómo valora Ud. el trato que dan los empleados al residente		<input type="checkbox"/>
> Le parece correcta la atención e información que el centro tiene con los familiares de los residentes		<input type="checkbox"/>
2. Organización		
> Cree que el centro esta capacitado para ofrecer las prestaciones sociosanitarias adecuadas		<input type="checkbox"/>
> El cuidado de las pertenencias de los residentes		<input type="checkbox"/>
> El cumplimiento por parte de la Dirección de los compromisos que toman con los residentes		<input type="checkbox"/>
> Habitabilidad de los servicios que ofrece el centro		<input type="checkbox"/>
3. Prestaciones de los servicios		
> Calidad de la comida		<input type="checkbox"/>
> La limpieza		<input type="checkbox"/>
> Las actividades de ocio y tiempo libre		<input type="checkbox"/>
> Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria		<input type="checkbox"/>
4. Residencia		
> Las instalaciones y espacios comunes		<input type="checkbox"/>
> La comodidad de las habitaciones		<input type="checkbox"/>
> Los lugares de intimidad de los residentes con sus familiares		<input type="checkbox"/>
5. Empleados		
> El esfuerzo que hacen los empleados por hacer bien su trabajo		<input type="checkbox"/>
> Es adecuado el trato de los empleados a los residentes		<input type="checkbox"/>
6. Su opinión		
1. ¿Se siente bien en su residencia?		<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>
2. ¿La residencia es igual mejor o peor de los que ustedes crean antes de vivir aquí?		<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>
3. ¿Aconsejaría Usted la residencia a un amigo?		<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>
4. ¿Cree que la residencia debería ofrecer algún servicio que no se dé en estos momentos?		<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>

Nota: Muchas gracias por su decisión, 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
Periodo	Equipamientos	Día de la semana que se hace el control		
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
REGISTRO DE LA INCIDENCIA				
BLOQUE I	Cualquier trabajador de la organización puede anotar una incidencia de limpieza.			
	Nombre y firma persona receptora de la incidencia			
RESPUESTA A LA INCIDENCIA				
BLOQUE II	El responsable del servicio emprenderá las acciones de mejora para solventarla.			
	Nombre y firma persona que realiza el análisis			
	ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA REPETITIVA Y POSIBLE ACCIÓN CORRECTORA (AC)			
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

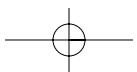
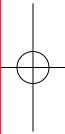
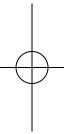
Proceso 3.3. Proveedores. Doc. 1. Registro evaluación servicio proveedores

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	Concuerda con pedido
Atosa	Gasas	Mensual	Buena	Dos días	Excelente	No siempre
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		
<p>Valoración: Excelente: Cumple siempre. Bueno: Cumple 90% de veces. Normal: Cumple 80% de veces. Malo: Incumple el 30% de veces. Muy malo: Incumple el 50% de veces.</p>						

ANEHO I

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

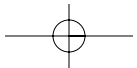
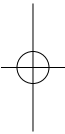
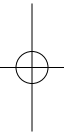
NOMBRE DEL CENTRO		EVALUACIÓN DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS		DOC. 1	REV. 0	FECHA
Nombre proveedor	Tipo producto	Estado externo Envoltorio	Comprobación interna	Tiempo de caducidad	Calidad general	
Atosa	Gasas	Buen estado	Concuerta con los requisitos exigidos	Mas de 1 año	Excelente	
Realizado por		Revisado por		Aprobado por		
<p>Valoración: Excelente: Cumple perfectamente con los esperado. Bueno: Está bien pero no es perfecto. Normal: Calidad general aceptable. Malo: Está en malas condiciones y hay que devolverlo. Muy malo: Esta caducado o es impresentable y hay que hacer una reclamación al proveedor.</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 mayores. 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.

Se han resaltado en negrita, una vez más, los 33 indicadores del Plan de Mejora Asistencial.

ANEHO II

Panel de Indicadores de los Procesos Estratégicos

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
1.1. Gestión de la Misión	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.
1.2. Plan Anual de Calidad	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.
1.3. Manual de Buenas Prácticas Asistenciales	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.
1.4. Gestionar Derechos	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.
1.5. Conocer las necesidades	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.
1.6. Selección e incorporación	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
1.7. Participación empleados	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.
1.8. Formación	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.
1.9. Reuniones de Mejora	1. % de miembros de la dirección partícipes en las reuniones periódicas. 2. Grado de cumplimiento del calendario anual de reuniones.	90% 90%	Anual.
1.10. Acciones de Mejora	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.
1.11. Mapa de Procesos	1. % de miembros de la organización que conocen los procesos clave y el mapa de procesos.	90%	Anual.
1.12. Controlar los Procesos	1. % de los procesos clave normalizados.	90%	Anual.
1.13. Crear Indicadores	1. % de procesos clave con implantación de indicadores. 2. Satisfacción del Comité de Calidad con la información proporcionada.	90% Muy alta	Anual.
1.14. Acciones Correctoras	1. N° de incidencias registradas al año. 2. N° de soluciones efectivas a las incidencias registradas al año.	90% 70%	Anual.
1.15. Auditorías Internas	1. % de puntos del Cuestionario de Auditoría Interna realmente auditados. 2. % de desviaciones encontradas finalmente resueltas.	90% 90%	Anual.
1.16. Revisión del Sistema	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.
1.17. Auditorías Externas	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

Panel de Indicadores de los Procesos Esenciales

PROCESO	INDICADORES	ESTÁNDAR	FRECUENCIA
2.1. Admisión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de información definido y entregado al usuario al ingreso. 2. Profesional de referencia. 3. % criterios de la Comisión de valoración cumplidos. 4. Grado de satisfacción de los familiares con respecto al trato recibido. 	<p>100% 80% 100% 90%</p>	Cada 10 entradas.
2.2. Acogida y alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de integración y acogida al centro. 2. Preservación de la confidencialidad y gestión de la información. 3. % de documentos necesarios firmados. 4. % de usuarios con profesional de referencia asignado. 5. Grado de satisfacción de la familia con respecto a la acogida. 	<p>90% 100% 100% 80% 80%</p>	Cada 10 entradas.
2.3. Atención Continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de un armario individual y con llave. 2. Participación en las decisiones organizativas. 3. Soporte a las personas con dependencia para comer. 4. Grado de satisfacción de los residentes con respecto al cuidado diario. 5. Higiene personal e imagen del residente. 	<p>70% 100% 100% 80% 90%</p>	Trimestral o anual
2.4. Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización valoración geriátrica integral. 2. Plan de atención individualizada interdisciplinar. 3. % de objetivos del PAI anual cumplidos 4. Seguimiento del Plan de Atención Personalizado 	<p>65% 60% 75% 60%</p>	Anual, semestral o cuatrimestral
2.5. Plan de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación de la dieta. 2. Valoración del riesgo nutritivo. 3. Almacenaje seguro y custodiado de la medicación. 4. Administración de fármacos. 5. Programa de prevención de lesiones por presión. 6. Movilización de residentes. 	<p>90% 80% 100% 90% 100% 90%</p>	Trimestral
2.6. Realización de actividades de ocio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de animación sociocultural y de fomento de la convivencia. 2. Programa de prevención de caídas. 3. Programa de estimulación cognitiva 4. Programa de mantenimiento de funciones y promoción de la autonomía. 5. % de actividades programadas y cumplidas. 6. % de residentes participantes en actividades de ocio 7. Grado de cumplimiento de los objetivos de ocio marcados en el PIA 	<p>100% 100% 100% 100% 80% 50% 75%</p>	Trimestral
2.7. Atención a los familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenciación de vínculos y relación con las familias. 2. % de participación de los familiares en las actividades programadas 3. Nº de quejas, sugerencias y reclamaciones al mes 4. Grado de satisfacción de los familiares con el centro. 5. Horario de visitas. 	<p>100% + del 30% < 5 80% 100%</p>	Semestral
2.8. Salida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de traslado y acompañamiento. 2. Tiempo desde la demanda de baja hasta la firma de renuncia de plaza 3. Grado de satisfacción de los familiares con respecto a la atención en el proceso de muerte. 	<p>100% - de 1 semana 90%</p>	Cada 10 bajas
2.9. Quejas y sugerencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones. 2. % de quejas, reclamaciones o sugerencias respondidas a los clientes. 3. % de quejas, sugerencias o mejoras con propuesta de mejora asociada. 4. Grado de satisfacción del cliente con la solución encontrada. 	<p>100% 100% 90% 80%</p>	Trimestral
2.10. Encuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encuesta de satisfacción periódica. 2. Grado de satisfacción de los clientes externos con el centro. 3. % de participantes. 4. Grado de concordancia en la valoración del centro entre los diferentes actores: familiares, dirección y empleados. 	<p>100% 80% 75% 80%</p>	Anual

ANEHO II

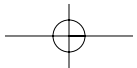
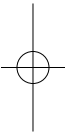
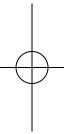
Panel de Indicadores de los Procesos de Apoyo

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

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

Asociación Española de Normalización www.aenor.es

Club Gestión de la Calidad: www.clubcalidad.es

Comisión de colegios profesionales norteamericanos www.jhco.com

Consejo de ONG. www.calidadong.org

Entidad Nacional de Acreditación (ENAC): www.enac.es

European Foundation for Quality Management (EFQM) www.efqm.org

European Organization for Quality (EOQ): www.eoq.org.

European Society for Quality in Healthcare: www.esqh.net/

Fundación Avedis Donabedian. www.fad.org

International Standardization Organization. www.iso.org

Instituto para la Calidad Turística Española (ICTE): www.ictes.es

Instituto Europeo para la Administración Pública. www.eipa.nl

Instituto Nacional para la Evaluación y calidad de la Educación. www.ince.es

International Standardization Organization (ISO): www.iso.ch

Ministerio de Admnistraciones Públicas donde se informa acerca del ONGconcalidad: www.ongconcalidad.org

Observatorio para la Calidad de los Servicios Públicos: www.ocsp.arrakis.es/

Sociedad Española de Calidad Asistencial. www.seca.com

b) Sobre procesos esenciales

Proceso de admisión

Rodríguez Rodríguez, Pilar (1999). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. 2ª edición. Madrid. Editorial médica panamericana. Colección Gerontología social.

Moragas Moragas, Ricardo (2000). *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Barcelona. Colección ALBOR. Gerontología social. Editorial Herder.

Proceso de acogida y alojamiento

Ejemplo de contrato de asistencia

De la Cámara, Juan José. (2003). *Guía de Protocolos para Centros Residenciales de Mayores*. Guadalajara. Ediciones PROGESBISO S.L.

Ejemplo de reglamento de régimen interno

De la Cámara, Juan José. (2003). *Guía de Protocolos para Centros Residenciales de Mayores*. Guadalajara. Ediciones PROGESBISO S.L.

Ejemplo de declaración jurada de ingresos personales para plazas concertada

De la Cámara, Juan José. (2003). *Guía de Protocolos para Centros Residenciales de Mayores*. Guadalajara. Ediciones PROGESBISO S.L.

Proceso de atención continua al usuario

Chapinal Jiménez, Alicia. (1999). *Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional*. Ed. MASSON, S.A.

Fundació ACE . Institut Català de Neurociències Aplicades. *Una cocina para el enfermo de Alzheimer*. Barcelona. Glosa Ediciones.

Protocolo de Valoración Nutricional / Manual de Planificación de dietas en centros sociosanitarios. Residencias de personas mayores de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Bienestar Social, 2004.

De la Cámara Martínez, Juan José (2003). *Derechos de los usuarios de centros residenciales para mayores*. Ediciones AENOR.

Diputación foral de Alava. Departamento de Bienestar Social (1998), *Las Residencias son para vivir*.

Para consultar información referida a los derechos de los residentes remitimos a <http://www.gencat.net/benestar/gentgran/drets.htm>

Dotte, Paul (1992). *Métodos de Movilización de enfermos e incapacitados*. Barcelona. Ediciones DOYMA

Boada Rovira, Mercè y Tàrraga Mestre, Lluís. (2002). *La memoria está en los besos*. Barcelona. Ediciones Mayo. ISBN:84-89.980-71-3.

Sánchez Carazo, Carmen (2003). *La intimidad: un derecho fundamental de todos*. Madrid. IMSERSO

Proceso de diagnóstico y plan individual

Fernández Ballesteros, R. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

Menéndez, Mara y San José, Antonio. (1995). *Valoración Geriátrica Funcional. Instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales*. Fundación Caja Madrid. PROGRAMA NUESTROS MAYORES.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de buena práctica clínica en enfermedad de Alzheimer y otras demencias*.

Proceso de atención a la salud

Para información acerca de atenciones sanitarias a gente mayor, consultar <http://www.enfermeria21.com/>

Se encuentra un ejemplo de documento de consentimiento informado en:

Menéndez Lucas J.A. (1999), *Cuestiones médico-forenses en la práctica clínica*. PIZER S.A.

Se encuentran ejemplos de testamento vital y otros protocolos de atención sanitaria, en:

De la Cámara, Juan José. (2003). *Guía de Protocolos para Centros Residenciales de Mayores*. Guadalajara. Ediciones PROGESBISO S.L.

Proceso de realización de actividades de ocio

Mañós, Quico.(2002). Animación estimulativa para personas mayores. Ed. Narcea.

Limón, Rosario; Crespo, Juan A. (2002). Grupos de debate para mayores: Guía práctica para animadores. Ed. Narcea.

Elizasu, Carolina, (2002). La animación sociocultural con personas mayores. Ed. CCS.

Proceso de atención a las familias

De la Revilla L. (2001) "Guía para facilitar el abordaje familiar en la enfermedad crónica". En: De la Revilla L. *Atención Familiar en los enfermos crónicos, inmobilizados y terminales*. Vol. II. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia.

Ortiz Espinosa J.(1999) "Familias de riesgo social". En: De la Revilla L. *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta*. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia.

Proceso de baja. Fase de salida

De la Cámara Martínez, Juan José (2003). *Derechos de los usuarios de centros residenciales para mayores*. Ediciones AENOR.

Ejemplo de informe de derivación

De la Cámara, Juan José. (2003). *Guía de Protocolos para Centros Residenciales de Mayores*. Guadalajara. Ediciones PROGESBISO S.L.

Ejemplo de documento de consentimiento informado

Menéndez Lucas J.A. (1999): *Cuestiones médico-forenses en la práctica clínica*. PIZER S.A.

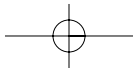
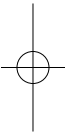
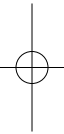
Ejemplos de testamento vital

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de buena práctica clínica en enfermedad de Alzheimer y otras demencias*.

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.

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:

AERTE, Asociación Empresarial de Residencias
y Servicios a Personas Dependientes de la Comunidad Valenciana

D. MIGUEL ALIAGA GARCÍA. Director del CENTRO
GERONTOLÓGICO DE CALIG (CASTELLÓN)

D. REYES ARROYO SERRANO
Director de la RESIDENCIA VELLUTERS (VALENCIA)

Dª PURA CASTRO ARTABE
Directora de la RESIDENCIA DE BURRIANA (CASTELLÓN)

Dª SAGRARIO MARTÍNEZ ANGULO
Directora de la RESIDENCIA SAN JUAN BAUTISTA (MORELLA)

D. ALEJANDRO MELGOSA PERAL. Director de la RESIDENCIA
Nº 5ª DEL CARMEN HERMANAS HOSPITALARIAS (VALENCIA)

RENOVA, Asociación de Residencias y Servicios de Atención
a los Mayores de la Comunidad Valenciana. Sector no lucrativo

D. RAFAEL REQUENA ALCINA
Director de la RESIDENCIA MARIOLA (ALCOY)

Dª CONSUELO VILAPLANA
Directora de la RESIDENCIA SANTA ELENA (TORRENT)