

GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN 2022 DE LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD DE MADRID



ÍNDICE *(“click” en la pregunta)*

0. Introducción

- 1. *¿La Dirección y el personal del centro tienen presente su misión, dónde quieren llegar y los principios en los que se apoya su actuación?***
- 2. *¿El centro tiene planificada la gestión de las situaciones de crisis?***
- 3. *¿El centro tiene un sistema de gestión de la calidad?***
- 4. *El centro tiene identificada su responsabilidad social corporativa?***
- 5. *¿El centro tiene documentada una relación de servicios prestados, objetivos de calidad e indicadores de calidad?***
- 6. *¿El centro lleva a cabo un diagnóstico para detectar las necesidades de formación del personal?***
- 7. *¿Existe constancia documental de las acciones formativas realizadas?***
- 8. *¿Se evalúa la satisfacción de las acciones formativas realizadas, existiendo constancia documental?***
- 9. *¿Se evalúa el cumplimiento de los objetivos de la formación y se proponen acciones de mejora en base a los resultados obtenidos, existiendo constancia documental?***
- 10. *¿El centro dispone de un sistema de gestión de las sugerencias, quejas y reclamaciones?***
- 11. *¿Se ha establecido un plazo de contestación a las quejas y sugerencias?***
- 12. *¿Existen propuestas de mejora derivadas de las sugerencias, quejas y reclamaciones?***
- 13. *¿El centro evalúa la satisfacción de los usuarios?***
- 14. *¿Se analizan los resultados de la evaluación de satisfacción y se definen propuestas de mejora, existiendo constancia documental?***
- 15. *¿Se evalúa periódicamente si el inmueble y las instalaciones, incluyendo el mobiliario y los elementos del centro, son accesibles para los usuarios, existiendo constancia documental?***
- 16. *¿Se evalúa periódicamente si las actividades del centro son accesibles para los usuarios?***
- 17. *¿El centro tiene documentado un mapa de procesos?***
- 18. *¿Existe un protocolo documentado de acogida y adaptación?***
- 19. *¿Se entrega una documentación mínima al usuario o a la familia previamente al ingreso y en el momento del ingreso?***
- 20. *¿Se asigna un profesional de referencia desde el momento del ingreso y se recoge documentalmente?***

21. *¿El centro cita al usuario o a sus familiares después del ingreso para hacer el seguimiento del proceso de adaptación?*
22. *¿El centro cuenta con un protocolo en materia de valoración ?*
23. *¿La valoración es integral contemplando al usuario en todas sus dimensiones (física, psicológica, social etc.) desde una perspectiva biopsicosocial?*
24. *¿ A todos los usuarios se les ha realizado una valoración inicial?*
25. *El Plan de Intervención se realiza durante los primeros 30 días de estancia en el centro?*
26. *¿El Plan se revisa y actualiza siempre que haya cambios significativos y, en todo caso, una vez cada 6 meses?*
27. *¿El Plan especifica los objetivos y las actividades a desarrollar en las diferentes áreas para alcanzar los objetivos planteados?*
28. *¿El Plan es elaborado conjuntamente por los miembros del equipo interdisciplinar?*
29. *¿En la elaboración del Plan se constata documentalmente la participación y el conocimiento del usuario?*
30. *¿En la ejecución del Plan se respeta, en las distintas áreas, la protección de la intimidad personal?*
31. *¿Se celebran reuniones periódicas del equipo interdisciplinar para el seguimiento individualizado de los usuarios?*
32. *¿Se recogen por escrito los acuerdos y conclusiones de las reuniones?*
33. *¿Se dispone de un programa de mantenimiento, rehabilitación y mejora de las capacidades y aptitudes de los usuarios?*
34. *¿Hay evidencia documental de la realización de las actividades programadas?*
35. *¿El centro evalúa el programa de actividades?*
36. *¿El centro dispone de un protocolo de información o comunicación a usuarios y familiares?*
37. *¿La información o comunicación se realiza de forma periódica, tanto a iniciativa de los usuarios como del centro?*
38. *¿El centro cuenta con sistemas de participación democrática de los usuarios o de sus familias?*
39. *¿El centro cuenta con un protocolo documentado de salida definitiva de los usuarios?*
40. *En estos casos, ¿el centro tiene definida la documentación a entregar al usuario o a la familia, y, en su caso, al otro centro?*

0. Introducción

El objetivo principal de esta autoevaluación es **impulsar y estimular la mejora continua en los centros y servicios de atención social en la Comunidad de Madrid**, así como proporcionar una herramienta para que las mismas puedan identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora. Esta visión integral se plantea como una ocasión excepcional para que las residencias impulsen una reflexión global de su gestión.

En este camino hacia la excelencia, el cuestionario de autoevaluación que se presenta a continuación es el punto de partida. La revisión de cada uno de los aspectos claves en su sistema de calidad facilitará a cada centro **un diagnóstico que le permitirá conocer en qué situación se encuentra y compararse con otros centros y servicios**.

Una vez identificadas las áreas de mejora cada centro podrá establecer un **plan de mejora** adaptado a su propia realidad con la participación de todos los grupos de interés.

Para comprobar si el centro avanza en su camino hacia la excelencia se recomienda que la autoevaluación se **revise periódicamente** y que el centro actualice los resultados alcanzados y los compare con los resultados de autoevaluaciones anteriores.

La Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación decide y comunica cuándo cada centro debe realizar y enviar la autoevaluación. No obstante, el carácter formativo y continuo de la mejora continua no termina con la autoevaluación. Cada centro **puede complimentar esta autoevaluación siempre que quiera, aunque no podrá enviarla a la Dirección General**, y utilizar sus resultados como referente para evaluación interna, grupos de mejora, revisión de objetivos, actualizar resultados, etc.

La Línea III de la Orden 1744/2021, de 26 de julio, de la Consejera de Familia, Juventud y Política Social, por la que se aprueba el Plan de Calidad e Inspección de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2021-2022, tiene como finalidad el impulso de la calidad por parte de los centros y servicios de acción social, fijándose especialmente en la **mejora de los sistemas de evaluación de la calidad** y de la satisfacción de las personas usuarias con la atención recibida; el fomento del uso de indicadores y la implantación de buenas prácticas de atención.

El artículo 2 de dicha Orden *autoriza a la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación a adoptar las medidas necesarias para la ejecución de las líneas de actuación establecidas en el Plan.*

El art 21.5 del Decreto 208/2021, de 1 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social establece que el organismo de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social

responsable de la evaluación y mejora de la calidad percibida por los ciudadanos en centros y servicios de acción social es la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación.

El artículo 12.1 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, pone de relieve el compromiso de la Comunidad de Madrid por impulsar la **implantación de sistemas de evaluación de la calidad** de los servicios prestados por los Centros y Servicios *“entendiéndose por evaluación de la calidad el proceso integral y continuado de medición del servicio prestado a partir de los compromisos declarados, las necesidades de los usuarios y los programas de mejora desarrollados”*.

El artículo 27 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre considera **infracción administrativa “el incumplimiento, por acción u omisión, de los requisitos establecidos por la presente ley y disposiciones que la desarrollen...”**

La Línea II de la Orden 1744/2021 *responsabiliza al Área de Inspección verificar la existencia de la evaluación de la calidad en los centros y servicios de acuerdo al contenido mínimo establecido en el artículo 12 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre.*

El art 12 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, no establece un sistema de evaluación de la calidad interno específico, ni ningún modelo obligatorio para llevar a cabo dicha evaluación, sino que fija un contenido mínimo a evaluar: *“La evaluación de la calidad de los servicios prestados por los centros y servicios se realizará respetando el contenido y los requisitos mínimos, funcionales y materiales, que se establecen en la normativa vigente en materia de servicios sociales y contemplará, en todo caso, la satisfacción del usuario, la profesionalización de la gestión, la formación continua del personal y la mejora continua de los procesos, así como las condiciones de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.”* con el objetivo de facilitar que cada centro:

- **Identifique buenas prácticas**
- **Averigüe oportunidades de mejora**
- **Impulse la mejora continua**
- **Se compare con otros centros**
- **Aborde procesos de certificación**

La autoevaluación permite medir el grado de consecución de las cuestiones clave. La calificación cuantifica la autoevaluación. Una calificación favorable significa que el centro reúne las condiciones necesarias para seguir avanzando en el proceso de mejora continua. Una calificación menos favorable permite al centro analizar y tomar decisiones sobre la transformación: qué se tiene que modificar y qué puede mantenerse.

1. ¿La Dirección y el personal del centro tienen presente su misión, dónde quieren llegar y los principios en los que se apoya su actuación?

La **MISIÓN** del centro forma parte de su identidad, expresa a qué se dedica el centro y cómo lo lleva a cabo.

→ **Ejemplo:** proporcionar al usuario una vivienda con los apoyos necesarios para satisfacer sus necesidades afectivas, sociales, personales y materiales.

La **VISIÓN** del centro:

- Describe **lo que trata de alcanzar** en el largo plazo.
- Sirve de guía clara para elegir las **líneas de actuación actuales y futuras**.
- Proporciona, junto con el propósito, las **bases para definir la estrategia**.

→ **Ejemplo:** constituirse en un hogar destinado a prestar una atención integral a los usuarios promoviendo el desarrollo de actividades que les permitan el bienestar emocional, favoreciendo la autodeterminación y la calidad de vida en los usuarios y garantizándoles la satisfacción en sus necesidades básicas.

Los **PRINCIPIOS** son el “código moral” del centro. Se basan en cualidades como la ética del centro, el respeto, las convicciones, la responsabilidad, la cortesía, la fiabilidad, la credibilidad o la amabilidad, que convierten al centro en “único” y le sirven como guía en la toma de decisiones.

El **PROPÓSITO** del centro:

- Explica por qué su **actividad** es importante.
- Establece las bases para crear y proporcionar valor a sus **grupos de interés**.
- Proporciona un marco de referencia en el que asume la **responsabilidad** de su contribución y el impacto en el ecosistema en el que opera.

El **LIDERAZGO** se refiere a todo el centro en su conjunto, y no a un individuo o a un grupo que proporciona directrices desde la alta dirección. Se trata del centro actuando como líder en su ecosistema y siendo **reconocido como referente**, en lugar del concepto tradicional del equipo de alta dirección.

→ **Ejemplo:** son líderes en el centro quienes establecen lazos con los usuarios, con sus familias, con los proveedores y con la sociedad en el ejercicio de la misión, visión y valores de la organización, planificando y ejecutando proyectos y representando al centro con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

2. ¿El centro tiene planificada la gestión de las situaciones de crisis?

Una **crisis** es un evento o condición incierto que, si se produce, tiene un efecto positivo o negativo en el centro. Por ejemplo: bajas laborales; autorizaciones administrativas; cortes en el suministro eléctrico o de agua; epidemias; huelgas.

Los **riesgos** pueden ser:

- **Conocidos:** se identifican, analizan y planifican.
- **Desconocidos:** no pueden gestionarse de forma proactiva. Una respuesta prudente puede ser asignar una contingencia general contra dichos riesgos.

Las crisis pueden ser **amenazas** (fechas fuera de plazo) u **oportunidades** (se puede acelerar el trabajo con personal adicional).

Las **actitudes del centro** frente a una situación de crisis deben hacerse explícitas siempre que sea posible.

3. ¿El centro tiene un sistema de gestión de la calidad?

El **art.12 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre**, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Evaluación de la calidad de los servicios dice lo siguiente:

1. La Comunidad de Madrid impulsará la implantación de sistemas de evaluación de la calidad de los servicios prestados por los centros de servicios sociales y servicios de acción social, entendiéndose por evaluación de la calidad el proceso integral y continuado de medición del servicio prestado a partir de los compromisos declarados, las necesidades de los usuarios y los programas de mejora desarrollados.
2. La evaluación de la calidad de los servicios prestados en los centros y servicios se realizará respetando el contenido y los requisitos mínimos, funcionales y materiales, que se establecen en la normativa vigente en la materia de servicios sociales y contemplará, en todo caso, la satisfacción del usuario, la profesionalización de la gestión, la formación continua del personal y la mejora continua de los procesos, así como las condiciones de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.
3. Los centros residenciales autorizados para la prestación de servicios a **cien o más usuarios**, dispondrán de una evaluación de calidad emitida por Organismo acreditado a tal efecto.
4. Los servicios de acción social, centros de servicios sociales y centros residenciales de **menos de cien usuarios**, con carácter periódico, realizarán una evaluación de la calidad de los servicios prestados, que podrán referirse a la elaboración de cartas de servicios, definición de protocolos específicos de actuación, certificación de procesos concretos, sistemas de información, definición de estándares e indicadores y planes de formación.
5. Reglamentariamente, se definirán los sistemas de evaluación de calidad en función de los tipos de centros o servicios.

Por lo tanto, todos los centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid deben disponer de una evaluación de la calidad atendiendo a los contenidos mínimos exigidos.

La **evaluación de la calidad** consiste en una revisión completa y sistemática de cómo el centro presta sus servicios y los resultados obtenidos para asegurarse de su adecuación, conveniencia y eficacia continuada.

La evaluación de la calidad se basa en el principio “**medir para mejorar**”, por lo tanto el punto de partida es la existencia en el centro de un **sistema de gestión de la calidad** del servicio suficientemente implantado y diseñado para asegurar que:

- Se cumple con los **requisitos funcionales y materiales** que se establecen en la normativa vigente en materia de servicios sociales.
- Se cumplan los **requisitos de calidad** a los que el centro se haya comprometido.

Por ello se recomienda que el centro, con carácter previo a la evaluación de la calidad, haya definido y documentado al menos los **procesos básicos** de trabajo relacionados con la atención al usuario (por ejemplo mediante protocolos, instrucciones de trabajo, procedimientos internos u otros) y la manera de **controlarlos** (parámetros o indicadores utilizados para su control), que estos procesos básicos sean conocidos y aplicados por los trabajadores implicados (formación continua del personal) y que cuenten con evidencias de su **implantación** (existencia de registros adecuados en soporte documental o informático).

Una vez definidos e implantados los protocolos y sus registros e indicadores asociados, se procederá a la evaluación de la calidad que deberá ser:

- **Global:** abarcará todos los procesos del centro implicados en la atención al usuario así como la medición de su satisfacción y la formación continua del personal.
- **Sistemática:** con una herramienta o metodología definida.
- **Periódica:** de forma continuada a intervalos previamente planificados. Se recomienda una periodicidad anual, al menos.

En los centros de servicios sociales no residenciales y en los centros residenciales con capacidad autorizada para atender a **menos de cien usuarios** la normativa citada no exige que la evaluación se realice por un organismo externo acreditado pudiendo optarse por otras como la realización de **autoevaluaciones**. En este caso se recomienda que el personal que realice la evaluación tenga los conocimientos y experiencia adecuados.

A efectos de acreditar el cumplimiento del artículo 12.4 la realización de las evaluaciones deberá quedar **documentada en el centro con un informe de evaluación de la calidad u otro tipo de documento** en el que se refleje, como mínimo: el alcance, la fecha y quién ha realizado la evaluación, los resultados obtenidos en cada aspecto evaluado (como mínimo la satisfacción del usuario, la profesionalización de la gestión, la mejora continua de los procesos, la formación continua del personal, las condiciones de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas y las conclusiones con respecto a la mejora de la calidad de los servicios prestados.

La normativa no establece un sistema de evaluación de la calidad interno específico, ni ningún modelo obligatorio para llevar a cabo dicha evaluación, sino que fija un **contenido mínimo a evaluar**.

Corresponde a cada centro, en función de su tipología, sector de atención, tamaño, perfil de los usuarios que atiende y programas y servicios que ofrece, organizar su gestión basándose en criterios de calidad para posteriormente evaluarlo periódicamente cumpliendo así la exigencia normativa. A partir de modelos de gestión de calidad reconocidos, la evaluación de las organizaciones se puede articular en dos niveles: **autoevaluación y evaluación externa**.

Existen varios **modelos que pueden servir de referencia para la evaluación**. Un centro residencial puede optar por certificar sus procesos en base a una norma internacional como la ISO 9001:2015 o certificar sus servicios en base a normas específicas de servicios sociales como la UNE 158101, modelos de autoevaluación como EFQM, etc. También se puede optar por otros modelos sectoriales como, por ejemplo, entre otros, FEAPS/Plena Inclusión en el sector de personas con discapacidad o MAC-AMADE, de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología en el sector de personas mayores.

Se recomienda al centro que defina y documente un **Plan de acción** para avanzar en la mejora de su funcionamiento, priorizando aquellas que tengan mayor impacto en el bienestar y la seguridad de los usuarios y/o subsanen el incumplimiento de un requisito normativo empezando por:

- 1.- *Completar las valoraciones iniciales de todos los nuevos usuarios en forma y plazo, incluyendo en el área funcional la valoración específica del riesgo de caídas.*
- 2.- *Elaborar el Programa de intervención individual de los usuarios.*
- 3.- *Elaborar un Programa Anual de Actividades orientadas a la promoción de la autonomía personal y el mantenimiento de las funciones físicas de los usuarios dependientes.*
- 4.- *Mejorar la sistemática de trabajo en materia de sujeciones, dejando constancia para cada sujeción aplicada de forma individualizada y completa de las medidas alternativas que se han probado con carácter previo a su prescripción y su resultado, prescripción y consentimiento informado.*
- 5.- *Garantizar el derecho a la información contenida en su expediente personal y habilitar mecanismos apropiados que permitan el ejercicio de este derecho.*
- 6.- *Realizar un estudio de satisfacción de usuarios y familiares mediante el diseño de una encuesta de satisfacción y el análisis de sus resultados.*
- 7.- *Adoptar las medidas técnicas y organizativas que aseguren la adecuada supervisión de los usuarios que lo precisen.*
- 8.- *Adoptar medidas de seguridad, conservación y control de los medicamentos que garanticen su adecuada organización higiénico-sanitaria.*
- 9.- *Mejorar el sistema de conservación y archivo de los registros utilizados que permita su fácil acceso y recuperación.*

10.- *Evaluar la calidad de los servicios prestados.*

La existencia de un **Plan de mejora** documentado permitirá no solo priorizar las acciones a realizar teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos humanos, técnicos y materiales y controlar su ejecución, sino que su seguimiento contribuye a evidenciar aquellos aspectos en los que el centro haya avanzado en la mejora continua, por lo que se recomienda que se documenten las acciones, los responsables y los plazos previstos de ejecución de cada uno de los objetivos de mejora así como el sistema para su seguimiento y medición a efectos de poder evaluar su ejecución.

Puede consultar la [Guía para la Utilización de Indicadores en la Evaluación de la Calidad de los Servicios Sociales](#)

4. *¿El centro tiene identificada su responsabilidad social corporativa?*

Además de la función de proporcionar un servicio los centros tienen un impacto considerable sobre la comunidad en la que operan. Proporcionan empleo, utilizan recursos medioambientales o institucionales. La responsabilidad social corporativa significa **cómo el centro contribuye al logro del bienestar de la sociedad en la que se integra** atendiendo con especial atención a las personas y a sus condiciones de trabajo así como a la calidad de sus procesos productivos con la incorporación de las tres facetas del desarrollo sostenible: la **económica, la social y la relación con el entorno**.

La responsabilidad social corporativa no es sólo cumplir con la normativa, sino **proporcionar beneficios adicionales a la comunidad** con el fin de fortalecer el vínculo con ella. Debe estar vinculada a la actividad básica del centro, debe tener vocación de permanencia e implicar un compromiso por parte de la alta dirección.

Para desarrollar la responsabilidad social corporativa hay que tener en cuenta:

- **Los grupos de interés.**
- **Los recursos que se van a destinar y los posibles riesgos.**
- **Elaborar un código de conducta**
- **Incluir la responsabilidad social corporativa en el sistema de gestión del centro.**
- **Evaluar y comunicar los resultados obtenidos.**

→ **Ejemplos:** uso de materiales o de energías renovables, reciclaje de los materiales, medidas para reducir ruidos y olores, contaminación y emisiones tóxicas, organización de actividades solidarias para la comunidad, ofrecer a los trabajadores medidas que mejoren sus condiciones y faciliten la conciliación personal y profesional (teletrabajo, reducción de horas extra, compatibilidad de turnos, flexibilidad de horarios), menciones e intervenciones en medios de comunicación, cesión de instalaciones para realizar actividades culturales, deportivas..., jornadas de puertas abiertas, realización de prácticas de alumnos en el centro, realización de campañas de sensibilización, realización de actividades educativas o socioculturales, voluntariado, integración social de colectivos con necesidades especiales (pobreza, drogadicción, inmigración, delincuencia), etc.

5. ¿El centro tiene documentada una relación de servicios prestados, objetivos de calidad e indicadores de calidad?

La **carta de servicios** es un documento que informa sobre los compromisos de calidad de los servicios que gestiona y presta el centro en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios y a la demanda de transparencia en la actividad del centro. Además de un medio de difusión de la información y de los compromisos adquiridos **es una herramienta útil y sencilla para la autoevaluación y para la detección y diseño de acciones de mejora.**

SERVICIOS PRESTADOS

Son el conjunto de acciones de dar y/o hacer y de medios personales, materiales, financieros y de información para satisfacer las necesidades esperadas por los usuarios en cada momento. Para relacionar los servicios que presta el centro se recomienda agruparlos por su naturaleza y con una breve descripción en un lenguaje comprensible para el ciudadano identificando los procedimientos que tramita, ya sea de cara al ciudadano o de carácter interno. Durante la realización de esta labor se sugiere recabar datos objetivos de gestión (número de solicitudes, consultas, tiempos de resolución) de los que poder extraer indicadores que sirvan para la configuración de los posteriores objetivos y compromisos.

Ejemplo:

- *El servicio se presta por profesionales médicos, profesionales de enfermería y fisioterapeutas*
- *El servicio prestado comprende la elaboración y seguimiento de programas y actividades para el mantenimiento del bienestar físico de los usuarios, tanto de tipo asistencial como preventivo*
- *El servicio prestado orienta a los familiares de los usuarios en temas relacionados con la salud*
- *La atención psicopedagógica (psicología, psicomotricidad, logopedia)*
- *El servicio prestado valora los aspectos de la personalidad, inteligencia y aptitudes de los usuarios y elabora y evalúa programas terapéuticos de carácter individual y familiar*
- *El servicio prestado coordina los programas y actividades encaminados a mejorar la calidad de vida de los usuarios*
- *El trabajo social*
- *El servicio prestado fomenta la inclusión social y las relaciones interpersonales entre el usuario, la familia y la sociedad*
- *La atención por educadores y cuidadores para el desarrollo personal*
- *El servicio prestado por los educadores y cuidadores establece criterios de calidad de vida basados en la autonomía personal y social*
- *El servicio prestado por el centro dispone de recursos de nivel educativo y formativo que faciliten al usuario una independencia en su vida diaria*

Otros servicios prestados por el centro

- *servicio de transporte adaptado*
- *servicio de peluquería*

- *servicio de cafetería*
- *servicio de comedor*
- *servicio de biblioteca*
- *servicio de lavandería*
- *servicio de plancha*
- *servicio de podólogo*
- *servicio religioso*

OTRA INFORMACIÓN

Datos identificativos, dirección, teléfonos, mail, página web, medida de subsanación, redes sociales, sugerencias y reclamaciones, horario de atención al público, acceso, vigencia de la carta y normativa aplicable, siempre que sea de interés para el ciudadano.

COMPROMISOS DE CALIDAD

Es de gran utilidad a la hora de establecer compromisos y objetivos de calidad disponer de índices de **expectativas y de necesidades del usuario** del servicio. Los compromisos de calidad no deben diferir significativamente de los resultados que se vienen obteniendo en la gestión.

Ejemplo:

- *Los usuarios del centro tienen derecho a los servicios prestados en las condiciones que reglamentariamente se determinan*
- *Los residentes tienen derecho a ausentarse del centro los fines de semana con objeto de potenciar la integración socio-familiar*
- *Los residentes tienen derecho a recibir visitas e invitar a comer a familiares y amigos en las condiciones que reglamentariamente se determinen*
- *Los residentes tienen derecho a efectuar salidas del centro en las condiciones que se determinen por el equipo multiprofesional.*
- *Se realizan encuestas de satisfacción cada año*
- *Se logra la participación de, al menos, el 25% de las familias en actividades organizadas en el centro*
- *Se logra la participación de, al menos, el 75% de los usuarios en actividades socio-culturales y de ocio organizadas en el centro*
- *Se da respuesta a las quejas y sugerencias en un plazo máximo de 7 días*
- *Se evalúa y revisa el plan de desarrollo individual de cada usuario al menos una vez al año*

INDICADORES DE CALIDAD

Un indicador es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o una actividad. Informa sobre el **nivel de calidad** de las actividades orientadas a la atención a los usuarios y mide si se cumplen los objetivos y compromisos del centro.

Para cada uno de los indicadores se debe establecer el **estándar de cumplimiento**, denominado **valor objetivo o de referencia**. En el caso de que no se alcance este valor establecido se analizarán las causas y se definirá un **plan de acción** para llegar a este valor objetivo. En caso de llegar a superar este valor se recomienda mantener o definir un nuevo valor objetivo superior que mejore la atención prestada. Para determinar el valor objetivo se puede estimar la experiencia del centro o compararse con otros centros.

Se recomienda que se definan un conjunto de indicadores que permitan expresar cuantitativamente los **principales aspectos de la atención, la organización y la gestión** en función de los servicios que se prestan, los compromisos declarados y las necesidades de las personas usuarias para posteriormente efectuar su seguimiento de forma periódica y sistemática.

Se recomienda que se identifiquen indicadores específicos de la calidad asistencial en centros residenciales. No se trata de elaborar una relación extensa de indicadores sino de seleccionar aquellos indicadores clave que permitan medir la calidad de los servicios.

***Ejemplo:** los indicadores de la norma UNE 158101: porcentaje de correlación entre la prescripción y administración de los tratamientos, dietas y cuidados, número de incumplimientos en la prestación de cuidados conforme al protocolo establecido (frecuencia de aseos, tipo de dieta, etc.), número de reclamaciones y sugerencias, índice de satisfacción de usuarios y familiares, etc.*

Deben ser **cuantitativos**, siempre tienen que ir **vinculados a un compromiso** y han de servir como **instrumento de medición** de dicho compromiso. Los indicadores deben ser fiables, relevantes, útiles, fáciles de usar y reproducir y comparables. Además, tienen que tener un objetivo a conseguir, un responsable de la medición, una periodicidad determinada para la recogida de información, y el instrumento de recogida de datos empleado (bases de datos, hojas de cálculo, encuestas, conteo de personas, memorias de actividad, etc.), así como la fórmula de obtención del indicador.

→ **Ejemplos:**

- n° de usuarios/ n° de plazas disponibles $\times 100$
- n° de días de estancia temporal/ n° estancias temporales $\times 100$
- n° de días que permanece una plaza sin ocupar desde que se produce la vacante
- la percepción de los usuarios sobre su satisfacción con el servicio prestado
- n° de actividades programadas en el centro
- % de familiares participantes en las actividades programadas
- n° de actividades de ocio programadas en el centro
- % de participantes en las actividades de ocio programadas
- n° de informes por usuario/ n° total de usuarios $\times 100$
- n° de planes de desarrollo individual actualizados al año/ n° de usuarios $\times 100$
- n° de usuarios que han recibido tratamiento de fisioterapia/ n° total de usuarios $\times 100$
- n° de programas de salud aplicados en el centro según el área sanitaria.

Puede consultar la [Guía para la Utilización de Indicadores en la Evaluación de la Calidad de los Servicios Sociales](#)

6. ¿El centro lleva a cabo un diagnóstico para detectar las necesidades de formación del personal?

A fin de promover adecuadamente la formación del personal de atención directa se recomienda al centro realizar periódicamente un **diagnóstico de las necesidades formativas** con el objetivo de detectar todas aquellas áreas que puedan requerir acciones formativas específicas.

Para ello se pueden utilizar como instrumento o técnica de recogida de la información, entre otros, un **cuestionario de detección de necesidades de formación** que deberá ser repartido a todos los profesionales del centro y, opcionalmente, una hoja de tratamiento de los datos y obtención de resultados adaptado al cuestionario para facilitar la labor de revisión, obtención de conclusiones y definición de acciones de mejora.

7. ¿Existe constancia documental de las acciones formativas realizadas?

Conviene que el **Plan anual de formación** incluya acciones formativas tanto externas como internas (píldoras formativas, debates o reuniones formativas, formaciones obligatorias, etc.), sobre aspectos prácticos que sean objeto de interés para el centro

→ ***Ejemplo:** los aspectos relacionados con los modelos de apoyo y atención centrados en la persona, las estrategias de reducción de restricciones y de gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión, otras metodologías y contenidos que contribuyan a la garantía de los criterios relacionados con la calidad de la atención a las personas, la prevención de riesgos laborales, etc.*

A fin de dejar **constancia documental de las acciones formativas realizadas** se puede optar por elaborar un registro que incluya la relación de acciones formativas realizadas, la relación de profesionales que las han efectuado, el número de horas por curso y contenidos tratados, así como mantener la relación de certificados de los cursos realizados por parte del personal profesional del centro.

8. ¿Se evalúa la satisfacción de las acciones formativas realizadas, existiendo constancia documental?

Una vez efectuadas las acciones formativas se debe determinar el **grado de satisfacción con la formación recibida** según las necesidades detectadas y por el aprendizaje durante la acción formativa. Para ello, se puede utilizar como instrumento o técnica de recogida de la información, un **cuestionario de evaluación de la satisfacción de la acción formativa**, que deberá ser repartido a todos los profesionales del centro que hayan realizado la formación (y opcionalmente, una **hoja de tratamiento de los datos y obtención de resultados** adaptado al cuestionario para facilitarles la labor de revisión, obtención de conclusiones y definición de acciones de mejora).

9. ¿Se evalúa el cumplimiento de los objetivos de la formación y se proponen acciones de mejora en base a los resultados obtenidos, existiendo constancia documental?

Se recomienda planificar las actividades formativas en el período anual contemplado dejando constancia de los, asistentes, incidencias producidas, etc.

Es de gran importancia tener en cuenta las opiniones, gustos y preferencias que puedan manifestar tanto los trabajadores como los usuarios y familiares en las actividades formativas a realizar.

10. ¿El centro dispone de un sistema de gestión de las sugerencias, quejas y reclamaciones?

Para considerar que el centro dispone de un sistema de sugerencias, quejas y reclamaciones es necesario que este cuente como mínimo con un **registro** de las mismas y con un **protocolo** para su recogida, tratamiento y contestación.

Es recomendable que el referido protocolo de quejas y reclamaciones tenga en cuenta algunos aspectos importantes como:

- **Vías de presentación de las quejas y reclamaciones.** La existencia de un libro de reclamaciones y de un buzón de sugerencias, no obsta para que el centro lleve a cabo un registro de las mismas que se puedan hacer por otras vías, como, por ejemplo, de manera verbal
- **Registro de las reclamaciones y quejas,** con un número de identificación de cada una de ellas, fecha de entrada, contestación, cierre, etc.
- **Responsables** de cada fase
- **Indicadores de control.** Ejemplo: tiempo máximo de contestación
- Realización de **análisis global y periódico** de las quejas y sugerencias recibidas, con el objetivo de detectar los puntos más recurrentes en ambos sentidos

El término **protocolo** engloba varias acepciones. En el ámbito de la calidad de los servicios sociales utilizamos el término protocolo para referirnos a la **manera de actuar para desarrollar adecuadamente una actividad o tarea.**

En muchas ocasiones el término protocolo se confunde con el término procedimiento, esto es, la manera de realizar la actividad. Los procedimientos responden a la pregunta ¿cómo hacerlo? y son documentos que proporcionan información sobre cómo efectuar las actividades y los procesos de forma coherente.

En la práctica habitual los protocolos reflejan no sólo la actividad a realizar sino que contienen, con mayor o menor detalle, información de cómo realizarlas. Así de manera simplificada podemos definir un protocolo como el documento escrito donde se recoge con el grado de detalle necesario la secuencia de operaciones a realizar para ejecutar una actividad o proceso y la forma de realizarlas.

Puede consultar las **Recomendaciones para la elaboración de protocolos en el ámbito de los servicios sociales**

Un **registro** es un documento, en soporte papel o medios electrónicos, que proporciona evidencia de las actividades realizadas (ej.: un registro de cuidados, registro de ingestas, etc.), de los resultados obtenidos (ej.: un registro de satisfacción de los usuarios, registro de asistentes a un taller o actividad) o una combinación de ambos.

Los registros nos permiten demostrar que:

- *Las actividades se desarrollan según lo establecido.*
- *Los resultados obtenidos son adecuados.*
- *En el caso de que no lo sean, se actúa para analizar las causas y eliminarlas.*

Las organizaciones deben mantener información sobre muchos aspectos de su gestión. En esta recomendación nos centraremos en los registros enfocados a evidenciar la calidad de la atención prestada en los centros de servicios sociales y los servicios de acción social:

Es importante que el centro cuente con los registros de atención necesarios para evidenciar la atención que presta a sus usuarios, para lo que se recomienda que se registren los aspectos relacionados con la atención prestada en su totalidad, no sólo los aspectos asistenciales.

Puede consultar la **[“Elaboración de registros en el ámbito de los Servicios Sociales: recomendaciones para su diseño e implantación”](#)**

11. ¿Se ha establecido un plazo de contestación a las quejas y sugerencias?

Las necesidades y expectativas de las personas no se mantienen invariables en el tiempo sino que cambian, evolucionan y habitualmente, lo hacen hacia demandas más exigentes. Detectar esto es de vital importancia. Es por ello que en el **informe o memoria anual** de autoevaluación de la calidad que realice el centro recoja no solo las quejas, reclamaciones y sugerencias recibidas ese año y el plazo de contestación, sino también que en base a las mismas se planteen objetivos de mejora de cara al próximo año.

12. ¿Existen propuestas de mejora derivadas de las sugerencias, quejas y reclamaciones?

Se recomienda que los resultados de la gestión de las sugerencias, quejas y reclamaciones recibidas por los centros sean objeto de seguimiento por los responsables de calidad para la elaboración de informes de gestión que puedan ser utilizados para detectar áreas de mejora o disfunciones o ineficiencias en el proceso de tramitación.

Los informes pueden incluir los siguientes aspectos:

- ***aspectos relativos a los canales de presentación.***
- ***motivos de presentación.***
- ***porcentajes y plazos de contestación.***
- ***identificación de áreas de mejora.***

→ *iniciativas de mejora.*

13 ¿El centro evalúa la satisfacción de los usuarios?

Es condición necesaria para dar un buen servicio contar con un conocimiento experto que proporcione un servicio profesionalizado, en consonancia con procedimientos y/o estándares que permitan contrastarlo, pero no debemos olvidar que estos servicios se prestan a unos ciudadanos y son ellos los que “juzgan” la calidad del servicio que reciben. Sabemos que esta opinión, y por tanto **su satisfacción, va a estar relacionada con la atención recibida y la adaptación a sus expectativas y necesidades personales.** Por otra parte, las necesidades y expectativas de las personas no se mantienen invariables en el tiempo sino que cambian, evolucionan y, habitualmente, lo hacen hacia demandas más exigentes.

Partiendo de esta base parece lógico pensar que debemos preguntarles regularmente sobre sus expectativas y sobre su percepción del grado en que las estamos cumpliendo.

La Línea III de la **Orden 1744/2021, de 26 de julio, de la Consejera de Familia, Juventud y Política Social, por la que se aprueba el Plan de Calidad e Inspección de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2021-2022** responsabiliza al Área de Impulso de la Calidad a impulsar la mejora de la calidad de las evaluaciones que realizan los centros de los sectores de atención considerados prioritarios sobre la medida de la **satisfacción de las personas usuarias con la atención recibida**, acerca de los siguientes aspectos:

- *Realización sobre una **muestra representativa** de las personas usuarias o, en su caso, de sus familiares o representantes legales.*
- ***Metodología empleada**, incluyendo los apoyos y adaptaciones utilizadas para facilitar la participación directa de las personas usuarias.*
- ***Análisis de los resultados obtenidos.***
- *Planificación de **acciones para la mejora de la calidad** de la atención prestada*

Junto con la gestión de las sugerencias y reclamaciones, la medición de la satisfacción ha de hacerse también de una manera **periódica y proactiva** por parte del centro. Esta medición de la satisfacción debe **recoger la opinión de los usuarios y de sus familiares**, intentando evitar siempre que se pueda reducirla únicamente a la de los segundos.

Las vías más comunes para medir la satisfacción por parte de los centros son las **encuestas**; si bien, otras vías como los **cuestionarios por entrevista** son igualmente válidos. En este último caso, es recomendable que de realizarse lo lleve a cabo personal externo al centro, con carácter confidencial, y con una introducción previa sobre el objetivo de la encuesta, la estructura y la escala de valoración.

La encuesta consiste en la realización de una serie de preguntas, idénticas y en el mismo orden a una muestra representativa de personas usuarias y sus familiares. En la misma se debería preguntar tanto sobre los diferentes servicios asistenciales que se presten,

como otros servicios prestados a los usuarios, como la restauración y alojamiento, que también influyen en su grado de satisfacción.

En relación con la **población objeto de estudio**, en base a la normativa, ésta estaría formada por las personas que reciben el servicio. Sin embargo, en aquellos casos en los que no sea posible preguntarles directamente por razones de edad, discapacidad o dependencia de los usuarios atendidos, las encuestas deberían ser completadas por los familiares. Si bien, este segundo caso no debe de dejar de lado la conveniencia de intentar adaptar la encuesta en la medida de lo posible a las necesidades del usuario, e intentar en primera instancia esta vía.

Algunas recomendaciones de cara al **diseño de la encuesta** serían las siguientes:

- **Fórmula introductoria:** *quién hace la encuesta y la fecha, así como los objetivos y utilidad de la misma, la petición de colaboración, la garantía el anonimato y confidencialidad, y una breve explicación de la misma*
- **Máximo 15-20 preguntas,** *de manera que se concreten en pocas cuestiones los elementos fundamentales del centro y el cuidado, y no se pierda el interés por parte de la persona que la va a contestar*
- **Muestra representativa:** *incluir al mayor número de usuarios/familiares posibles; y cuando sea viable, a la totalidad de los mismos*
- **Preguntas sencillas y directas**
- **Preguntar sobre el nivel de satisfacción general** con el servicio recibido
- Recoger todas las **dimensiones de la atención:** *tangibilidad, seguridad, capacidad de respuesta, fiabilidad y empatía*
- **Evitar preguntas repetitivas o no relevantes**
- Incluir un apartado libre de **observaciones**
- Incluir entre las posibles respuestas la opción **“no sabe/no contesta”**
- Evitar preguntar sobre **varios aspectos en la misma pregunta**
- **Escalas numéricas y homogéneas** en el rango
- Si se usan **pictogramas**, acompañarlos con la definición del significado. Ej. 😊😊😊 = muy satisfecho

Puede consultar la **“Guía Básica para la Medición de la Satisfacción en Centros y Servicios de Acción Social”**.

14. ¿Se analizan los resultados de la evaluación de satisfacción y se definen propuestas de mejora, existiendo constancia documental?

Una vez se ha efectuado la evaluación de la satisfacción de los usuarios el siguiente paso es agregar toda la información recogida para poder **analizar los resultados obtenidos**. Se debe tener en cuenta de cara a garantizar la representatividad del estudio, que es recomendable efectuar la evaluación al mayor número de usuarios/familiares posibles.

El principal objetivo del análisis de los datos consiste en obtener información que será de importancia clave en la mejora de la organización. En el caso de que el resultado obtenido así lo aconsejase, se realizarían las correspondientes **acciones de mejora** para

mejorar aquellos aspectos que se hayan detectado en la evaluación. Por lo tanto, el análisis deberá suministrar al menos:

- Información sobre el **grado de satisfacción** de los usuarios y, si es posible, sobre su evolución a lo largo del tiempo.
- Orientación sobre aquellos aspectos del centro que puedan tener **mayor impacto** en esta satisfacción.
- Identificación de las **áreas de mejora prioritarias**.

Para dar continuidad a las propuestas de mejora que se determinen se recomienda concretar las **acciones, los responsables y plazos previstos para su ejecución** así como el sistema para su **seguimiento y medición** a efectos de poder evaluar en el siguiente periodo de evaluación si se han ejecutado o no, desarrollándose así el concepto de mejora continua.

15. ¿Se evalúa periódicamente si el inmueble y las instalaciones, incluyendo el mobiliario y los elementos del centro? ¿Son accesibles para los usuarios existiendo constancia documental?

La accesibilidad del inmueble debe entenderse no solo como supresión de barreras arquitectónicas en el mismo sino también si su diseño y características favorecen el ejercicio por los usuarios de sus aptitudes.

- **Ejemplo:** no solo debe valorar si no existen escalones que dificulten la deambulación sino si el pavimento del suelo es antideslizante de modo que hagan segura la misma.

Así mismo se deberá valorar la accesibilidad del mobiliario del centro y el conjunto de elementos del centro, bienes, objetos, dispositivos..., entendida como ergonomía y como uso y manejo de los mismos sencillo, práctico, cómodo de acuerdo a las características de los usuarios.

- **Ejemplo:** Ayudas técnicas en los pasillos, cuartos de baño y otras estancias, colocación de los muebles, los interruptores y los timbres de llamada en los dormitorios, entre las cuestiones que debe evaluar.

16. ¿Se evalúa periódicamente si las actividades del centro son accesibles para los usuarios?

Los usuarios deben ser informados de las actividades en el centro de forma comprensible para ellos. El menú y las actividades grupales pueden ser el objeto fundamental de su evaluación. En cuanto al primero, al margen de la publicidad del menú valorado por el médico a que obliga la normativa vigente, es recomendable que tenga alguna otra forma añadida de publicidad del mismo de forma que todos los usuarios que tengan una capacidad mínima sepan que van a comer y cenar cada día.

- **Ejemplo:** mediante un cartel con esa información en las estancias comunes.

En cuanto a las actividades grupales se recomienda que exponga información sobre las mismas en función de la capacidad de los usuarios.

→ **Ejemplo:** si hay usuarios con deterioro cognitivo, les resultará más accesible si se les comunica como actividades del martes “Movemos el esqueleto” y del jueves “Pensamos entre todos”, en vez de informarles que el martes hay gerontogimnasia y el jueves terapia cognitiva.

17. ¿El centro tiene documentado un mapa de procesos?

La Línea III de la Orden 1744/2021, de 26 de julio, de la Consejera de Familia, Juventud y Política Social, por la que se aprueba el Plan de Calidad e Inspección de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2021-2022 responsabiliza al Área de Impulso de la Calidad a impulsar la implantación y utilización de **protocolos, registros e indicadores** en los centros de los sectores de atención considerados prioritarios, de manera que repercutan en la mejora de la atención prestada y en el bienestar de las personas y faciliten la medición integral y continuada del servicio prestado, especialmente en los siguientes ámbitos:

- **Higiene personal.**
- **Control de salidas y ausencias.**
- **Traslado a servicios de urgencias.**
- **Prevención y riesgo de caídas.**
- **Sujeciones.**
- **Movilizaciones y prevención de úlceras por presión.**
- **Prevención de la incontinencia.**
- **Alimentación e hidratación.**
- **Medicación administrada.**
- **Comunicación con las personas usuarias y, en su caso, con sus familiares o representantes legales.**

El **punto de partida** para poder realizar una evaluación de la calidad es la existencia en el centro de un **sistema de gestión orientado a la calidad** del servicio suficientemente implantado y diseñado para asegurar que se cumple con los requisitos funcionales y materiales que se establecen en la normativa vigente en materia de servicios sociales, que tiene carácter de mínimos, así como que se cumple con los requisitos de calidad a los que la propia organización se haya comprometido.

Para ello será necesario que el centro, con carácter previo a la evaluación de la calidad, haya definido y documentado al menos los **procesos básicos de trabajo relacionados con la atención al usuario** (por ejemplo mediante protocolos, instrucciones de trabajo, procedimientos internos u otros) y la **manera de controlarlos** (parámetros o indicadores utilizados para su control); que éstos sean **conocidos y aplicados por los trabajadores implicados** (formación continua del personal) y cuenten con **evidencias de su implantación** (existencia de registros adecuados).

En cuanto a la **mejora continua** será preciso valorar si los procesos se desarrollan según lo previsto y en base a los objetivos marcados. Para ello se medirá cómo están funcionando estos procesos para poder obtener conclusiones sobre cómo está funcionando el centro, así como determinar las acciones de mejora correspondientes en caso de ser necesario.

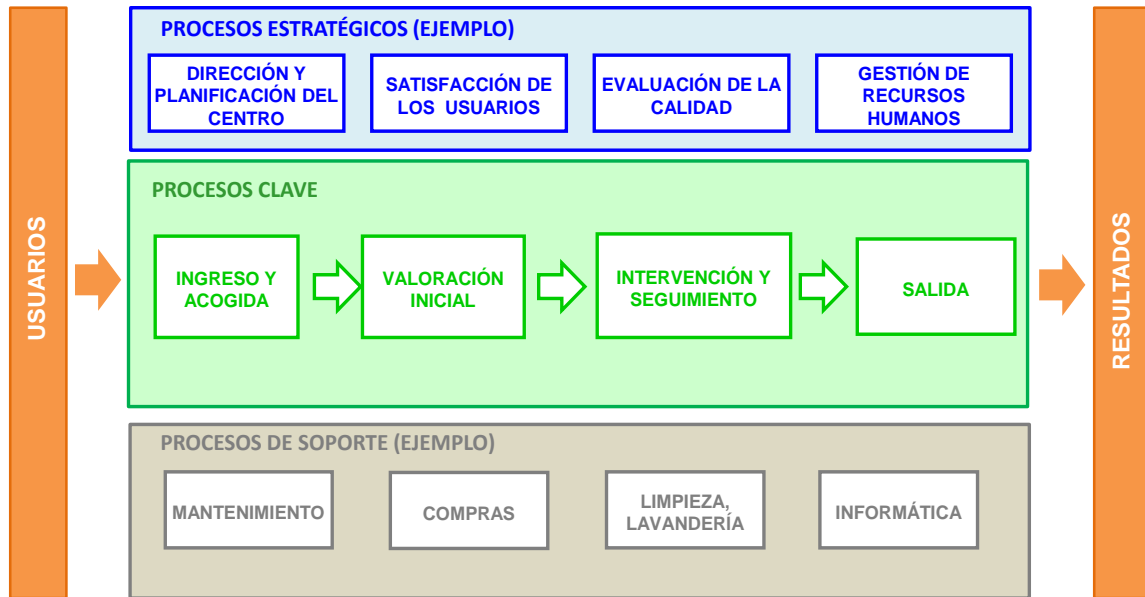
Se deben **evaluar todos los procesos** implicados en la atención prestada en el centro, como por ejemplo los relacionados con el ingreso en el centro, la valoración, la intervención, los cuidados prestados (tanto la atención directa como la especializada), el alojamiento, la manutención, etc. A este respecto se recomienda definir un conjunto de indicadores que cubran los distintos aspectos de la atención prestada.

La medición del rendimiento de los procesos debe ir acompañada de unos **objetivos bien definidos y un plan**, al cual deben ajustarse las acciones que ponga en marcha el centro.

Mediante una revisión exhaustiva de estos procesos, el centro podrá:

- *Comprobar cómo lo está haciendo actualmente.*
- *Identificar las áreas de fortaleza y debilidades.*
- *Definir acciones que mejoren aquellos aspectos cuyo funcionamiento actual no sea el esperado.*

Con la medición de los procesos se obtienen datos del desempeño de los mismos para transformarlos en información y así poder determinar los **puntos de mejora**. Para medir procesos, lo primero que hay que hacer es **identificar** cuáles se ejecutan en el centro y **clasificarlos** en grandes grupos homogéneos, para ello cada centro puede optar por definir su mapa de procesos. Un **mapa de procesos** es un diagrama que representa, de forma gráfica, los procesos de una organización en forma interrelacionada. Cada uno de los procesos se ocupan de prestar a los usuarios un servicio que cubra sus necesidades y satisfaga sus expectativas y se puede dividir en varios **subprocesos**. Por otra parte, un **procedimiento** es la forma específica en la que se realiza un proceso o una parte del mismo. Es muy habitual desarrollar protocolos, o instrucciones de trabajo, que describen paso a paso las acciones que se deben desarrollar para completar un procedimiento. A modo de ejemplo, un posible mapa de procesos de un centro residencial de servicios sociales podría ser el siguiente:



18. ¿Existe un protocolo documentado de acogida y adaptación?

Un **protocolo** es un documento en el que se define la sistemática de trabajo del Centro para realizar una actividad o proceso de atención. El protocolo debe describir las operaciones necesarias para ejecutar dicha actividad o proceso, así como la forma de realizarlas en su Centro en particular, teniendo en cuenta las características del centro, de los usuarios que atiende y cómo se organiza para prestar los servicios. Es importante tener en cuenta que **un proceso puede tener asociado uno o varios protocolos**.

La elaboración de protocolos bien desarrollados que describan las actuaciones a seguir en cada caso **facilita que los profesionales que están involucrados sepan cómo actuar en cada momento**. Son útiles para cualquier trabajador que se incorpore al centro, por lo que se recomienda que se pongan a su disposición, en particular de los profesionales de atención directa.

Se recomienda al centro que inicie el desarrollo de los protocolos básicos que describan los **procesos de atención que presta a sus usuarios**. Estos protocolos, así como sus registros e indicadores asociados, serán la base para realizar la evaluación de la calidad.

A continuación se indican pautas para facilitar su realización:

- Para que un protocolo sea eficaz es necesario que esté **personalizado y adaptado a la práctica real del servicio**.
- Los protocolos son una herramienta de trabajo dirigida a los profesionales que deben aplicarlos, por lo que se tiene que concretar qué y cómo tienen que hacer para realizar una determinada actividad. Por ello un protocolo debe dar respuesta a las preguntas **¿para qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿con qué?**
- Se recomienda que los protocolos indiquen las **operaciones necesarias para ejecutar la actividad o proceso, la forma de realizarlas en su centro y los responsables de realizar las mismas**.

- Para determinar si un protocolo se encuentra vigente es necesaria **información identificativa**: la fecha de elaboración y revisión del documento, su número de versión, los responsables de su revisión y aprobación, etc.
- Se recomienda que cada protocolo **se revise cada dos años o cuando se produzca cualquier modificación** en la realización de una actividad.
- Se recomienda que los centros residenciales de personas mayores dependientes cuenten, al menos, con los siguientes protocolos:
 - **Protocolo de acogida y adaptación**
 - **Protocolo de valoración de usuarios**
 - **Protocolo de atención de quejas y sugerencias**
 - **Protocolos relacionados con la atención prestada a las personas dependientes**

Puede consultar las [Recomendaciones para la elaboración de protocolos en el ámbito de los servicios sociales](#)

19. ¿Se entrega una documentación mínima al usuario o a la familia previamente al ingreso y en el momento del ingreso? ¿Hay un conjunto mínimo de documentación que se solicita a los nuevos usuarios y/o familiares?

Ejemplo:

- Previo al ingreso: informes médicos, dieta actual, medicación, etc.
- En el momento del ingreso: copia de contrato firmado, reglamento de régimen interior, derechos y deberes, precios, normas de funcionamiento, etc.

20. ¿Se asigna un profesional de referencia desde el momento del ingreso y se recoge documentalmente?

La asignación de una persona de referencia para el usuario le servirá para sentirse más ubicado y seguro, especialmente en las primeras semanas de su adaptación.

Este profesional será la persona a la que el usuario podrá acudir para consultar sus dudas, inquietudes, temores, etc.

La asignación de profesional de referencia debe quedar recogida documentalmente.

- *Ejemplo: en la ficha de datos personales del usuario, en su plan de intervención, etc.*

21. ¿El centro cita al usuario o a sus familiares después del ingreso para hacer el seguimiento del proceso de adaptación?

Dentro del seguimiento del proceso de adaptación al Centro es recomendable mantener una cita con el usuario y/o la familia para tratar sobre cómo se ha producido la integración del usuario en el centro y su proceso de adaptación. Es conveniente que se fije un **plazo para mantener esta reunión** (por ejemplo, dentro de los 15 días desde el ingreso de un nuevo usuario).

Debe existir **constancia escrita** de su celebración. Por ejemplo: mediante un registro, acta, etc.

22. ¿El centro cuenta con un protocolo en materia de valoración?

La elaboración de protocolos bien desarrollados y que describan las actuaciones a seguir en cada caso, facilita que las profesionales que están involucradas en los mismos sepan cómo actuar en cada momento. También es muy útil para que cualquier trabajador que se incorpore a la plantilla del Centro, aprenda con rapidez sus cometidos. Por tanto, es fundamental que se pongan a disposición de los miembros del personal y, en particular, de las profesionales de atención directa, los protocolos de actuación que se desarrollen en el Centro.

23. ¿La valoración es integral contemplando a la persona en todas sus dimensiones (física, psicológica, social, etc.) desde una perspectiva biopsicosocial?

El servicio prestado por el centro debe orientarse al objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias buscando el **máximo desarrollo de sus capacidades y posibilidades de desarrollo personal e integración social**.

Durante la fase de ingreso de un nuevo usuario se hace necesario por parte de los profesionales conocer y entender una serie de datos relacionados con las **características y necesidades de los usuarios** a fin de que el centro pueda acoger de manera global a la persona.

La valoración inicial debe contemplar a la persona desde una **perspectiva biopsicosocial**. Se deberán tener en cuenta las aportaciones que puedan realizar el propio usuario y/o sus familiares, sus preferencias personales y la información que provenga de otros recursos con los que el nuevo usuario haya estado relacionado con anterioridad.

Se deberán contemplar todas las **dimensiones de la persona**: social, física y estado de salud, funcional, psicológica, etc. que se medirán con las escalas pertinentes. Dentro de la dimensión funcional se recomienda la **valoración específica del riesgo de caídas**.

Para lograr el abordaje biopsicosocial se deberán contemplar todas las dimensiones de la persona: **social, física y estado de salud, funcional** (incluyendo una valoración del riesgo de caídas en el caso de personas mayores), **psicológica**, etc. Para ello se emplearán, entre otros instrumentos, las escalas pertinentes.

Una atención de calidad implica contemplar a la persona en su totalidad, no sólo sus necesidades básicas de atención sino también las circunstancias de su entorno: situación familiar, gustos, preferencias, inquietudes, etc. Por ello la **valoración social** debe contemplarse como una fuente de información más para valorar en su totalidad al usuario.

→ **Ejemplo:** situación familiar, situación económica y de hábitat anterior, situación legal si procede (por ejemplo incapacidad), la valoración de los intereses lúdico-recreativos, de riesgos sociales (por ejemplo situación de maltrato) y de sus valores, creencias, costumbres o hábitos.

24. ¿A todas los usuarios se les ha realizado una valoración inicial?

La valoración inicial supone una herramienta de suma importancia. Permite al centro dibujar un mapa completo de estado y necesidades del usuario en todos los aspectos.

Dado que debería cubrir todas las áreas posibles, sería conveniente que en la misma participen las diferentes especialidades profesionales del centro: médico, terapeuta, enfermero/a, etc.

Así mismo en esta valoración inicial la información que pueda aportar la familia, el entorno del usuario, o incluso el mismo usuario resulta de gran utilidad.

Esta valoración servirá de base para diseñar el cuidado del usuario, las actividades que vaya a realizar y favorecer un entorno lo más adaptado a sus necesidades.

Con el objeto de sistematizar este proceso y teniendo en cuenta que es recurrente, se recomienda que el centro disponga de un protocolo que podría incluir, entre otros aspectos:

- *Momento en el que debe realizarse la valoración de cada profesional, su contenido y la metodología utilizada.*
- *Escalas, métodos o instrumentos aplicados y cómo se registran dentro del expediente personal del usuario.*
- *Indicadores, registros y documentación específica.*

25. El Plan de Intervención Individual (PII) se realiza durante los primeros 30 días de estancia en el centro?

Se recomienda que en el **plazo máximo de 4 semanas** desde su ingreso se proceda a la elaboración del PII de forma interdisciplinar y participada por el propio residente de tal manera que, partiendo de la información recogida en la valoración inicial recoja al menos la siguiente información: **datos identificativos del usuario, áreas de atención/intervención con objetivos a desarrollar en las diferentes áreas y actividades a llevar a cabo, profesionales responsables de su ejecución y fecha de elaboración del plan.**

26. ¿El Plan se revisa y actualiza siempre que haya cambios significativos y, en todo caso, una vez cada 6 meses?

Las necesidades de los usuarios, y más concretamente de los usuarios de las residencias, cambian constantemente. Revisar y actualizar su Plan resulta esencial para asegurar que existe un elevado grado de concordancia entre lo planeado y la realidad del usuario.

Además, es un instrumento de reflexión que posibilita la incorporación de nuevas perspectivas sobre su cuidado.

Por ello que se debe hacer una revisión periódica de los objetivos que se plantearon y en función de su grado de consecución, se plantearán nuevos objetivos, una modificación de los anteriores o su mantenimiento, así como las actividades pertinentes.

Esta evaluación periódica se hará orientativamente **al menos cada 6 meses o antes si la evolución del usuario lo hace aconsejable**

27. ¿El Plan especifica los objetivos y las actividades a desarrollar en las diferentes áreas para alcanzar los objetivos planteados?

El Plan de Intervención Individual (PII) es la estrategia de intervención que en el Centro se aplica a cada usuario, por lo que debe especificar los objetivos planteados por las diferentes áreas de atención así como las actividades planteadas para conseguirlos. Los **objetivos y actividades deben estar personalizados** a cada usuario. Así mismo se debe definir **qué profesional es responsable de cada uno de los objetivos y actividades**.

28. ¿El Plan es elaborado conjuntamente por los miembros del equipo interdisciplinar?

A partir de la valoración realizada se elaborará para cada usuario un Plan de Intervención Individual (PII) de forma **interdisciplinar** desde el trabajo en equipo de todos los miembros del equipo interdisciplinar responsables de definir la propuesta de atención al usuario en las diferentes áreas de intervención del Centro.

La participación de profesionales de diferentes ramas permitirá que sea un Plan más completo y fundamentado la realidad integral del usuario.

29. ¿En la elaboración del Plan se constata documentalmente la participación y el conocimiento del usuario?

Resulta de vital importancia que, siempre y cuando sea posible, el usuario sea consciente y participe del diseño de su vida dentro del centro. Esto le permitirá sentirse dueño de su vida y no perder autonomía.

Una de las vías más directas de participación del usuario en su desarrollo personal dentro del centro es a través del diseño de su Plan de Intervención Individual (PII). Esta participación puede ser más activa, en el caso de que sea él mismo el que colabore en su elaboración, o más pasiva si solo es informado sobre su contenido.

En los casos en los que el usuario no esté en condiciones de aportar su participación, serán los familiares o representantes los que lo hagan.

Es por ello que se debe dejar constancia escrita del conocimiento y la participación del usuario en la definición de su Plan de Intervención Individual (PII), a través de la **firma del propio usuario** o, en su caso, representante legal o familiar responsable, o bien, **a través del propio profesional** del centro, señalando dicha circunstancia, o **a través de un registro** elaborado a tal efecto.

30. ¿En la ejecución del Plan se respeta, en las distintas áreas, la protección de la intimidad personal?

La protección de la intimidad de las personas mayores en centros residenciales es especialmente importante por tratarse, en la mayoría de los casos, de personas vulnerables.

El ámbito de la intimidad personal es muy amplio y va desde los sentimientos, creencias, formas de pensar, información sobre su estado de salud, su cuerpo, la sexualidad o sus relaciones interpersonales, entre otros.

La praxis profesional de todos los trabajadores del Centro debe garantizar en todas sus intervenciones el respeto a la intimidad de la persona usuaria y la de sus familiares, las **comunicaciones deben ser confidenciales, el entorno elegido debe preservar la intimidad del residente, etc.**

31. ¿Se celebran reuniones periódicas del equipo interdisciplinar para el seguimiento individualizado de los usuarios?

Con independencia de que entre los profesionales de atención directa del centro, la comunicación se realice de forma verbal y diaria, es aconsejable que de forma regular se aborden de forma interdisciplinar las **necesidades de los usuarios, los cambios que puedan producirse y adecuarlos** con las necesidades de atención de los mismos.

Esta práctica permitirá que de manera periódica y preestablecida se realice un análisis sobre los principales aspectos del día a día del centro y los usuarios. De este modo no quedarán sin atender elementos fundamentales de la atención y permitirá una mayor y mejor comunicación entre los profesionales de las distintas ramas.

32. ¿Se recogen por escrito los acuerdos y conclusiones de las reuniones?

Es conveniente dejar constancia escrita de las reuniones del equipo interdisciplinar que se celebren, al menos de aquellas en las que se realice un seguimiento de los usuarios, indicando como mínimo la **fecha, los participantes, lo tratado en la reunión y los acuerdos y las conclusiones** a las que se han llegado.

Dicha constancia escrita se puede conseguir mediante, entre otros métodos, los siguientes: **actas en papel, informáticas, en aplicación, registros de reuniones, etc.**

33. ¿Se dispone de un programa de mantenimiento, rehabilitación y mejora de las capacidades y aptitudes de los usuarios?

Se debe contar con un **Plan Anual de Actividades** orientado a la promoción de la autonomía personal de los usuarios en el que se incluyan actividades orientadas al mantenimiento de las funciones físicas y a la promoción de la autonomía en realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Este Plan debería estar lo más adaptado posible al perfil de los usuarios y a sus necesidades, tanto individuales como colectivas. Además, una variedad de actividades dará a los usuarios la posibilidad de desarrollarse en diferentes ámbitos.

34. ¿Hay evidencia documental de la realización de las actividades programadas?

Dado que la participación en estas actividades es una parte importante del Programa de Intervención Individualizado de cada uno de los usuarios es recomendable que se deje constancia escrita de dicha asistencia a cada una de las actividades.

El registro de la participación se hace especialmente relevante a la hora de detectar el mayor o menor grado de interés que las actividades despiertan y permitirá ajustarlas para lograr con ello una mayor satisfacción de los usuarios.

Ejemplo: mediante un registro de asistencia creado al efecto, en aplicación informática, en libro de incidencias, etc.

35. ¿El centro evalúa el programa de actividades?

La ejecución del plan anual se medirá con indicadores como: número de asistentes a cada actividad, grado de satisfacción de los usuarios, etc. La información facilitada por estos indicadores se utilizará para analizar si se logran los objetivos previstos en el Plan.

→ **Ejemplo:** se puede hacer mediante una memoria en la que se evalúe tanto al programa anual en su conjunto como a las distintas actividades, de manera que se haga un análisis de las actividades desarrolladas durante el año, el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, etc. para así poder incorporar nuevas ideas al plan del año siguiente.

36. ¿El centro dispone de un protocolo de información o comunicación a usuarios y familiares?

Una comunicación fluida y permanente con los usuarios y sus familiares repercutirá en última instancia en un mayor bienestar de ambas partes. Hacerlo de una manera metódica permitirá detectar a tiempo necesidades y darles solución.

Es por ello que, se recomienda la elaboración de un protocolo y que se tenga constancia documental de la información/comunicación que se facilita a los usuarios y familiares: **la fecha, el aspecto que se comunica y la persona a la que se facilita dicha información.**

37. ¿La información o comunicación se realiza de forma periódica, tanto a iniciativa de los usuarios como del centro? ¿Existe una sistemática para proporcionar información de manera periódica al usuario/familiar?

Adoptar una sistemática de comunicación periódica entre usuarios, familiares y residencia ayudará a reducir la incertidumbre de todas las partes sobre el momento en que esa comunicación se producirá.

Además, registrar aquella información que se proporciona a los familiares o representantes de los usuarios será importante con el objeto de detectar posibles fallos de comunicación.

Por esta razón, se debe dejar **constancia documental** de aquella información/comunicación relevante que se facilite a los usuarios y familiares, anotando en un registro (o equivalente) la fecha, el aspecto que se comunica y la persona a la que se facilita dicha información.

Como mínimo se deben comunicar la **revisión** de cada Plan de Intervención Individual (PII), las caídas, las derivaciones hospitalarias y la información relevante del seguimiento de cada usuario.

38. ¿El centro cuenta con sistemas de participación democrática de los usuarios o de sus familias?

Se recomienda que el centro tenga definidos, y estén operativos, **sistemas de participación** para que los usuarios y sus familiares puedan participar en el funcionamiento del centro, opinar sobre el mismo, etc.

Poder decidir cuáles serán las actividades a realizar, decidir sobre el menú, las propias instalaciones del centro, salidas del centro, o incluso sobre la decoración del centro o sus habitaciones redundará sin duda en una mejor definición de su proyecto.

Las opciones de participación no deberían circunscribirse únicamente al buzón de quejas y sugerencias. También se pueden crear grupos de participación, ya sea de usuarios únicamente, de usuarios y familiares, o solo de familiares.

39. ¿El centro cuenta con un protocolo documentado de salida definitiva de los usuarios?

Si la llegada a la residencia es una fase de vital importancia, la salida también debería serlo. Ofrecer la situación del usuario durante su estancia en el centro resulta importante para los familiares, sobre todo en el caso de que su destino sea otro centro residencial.

Se recomienda desarrollar un protocolo que establezca los elementos a tener en cuenta cuando se produzca la salida definitiva de los usuarios: el motivo de la salida, su evolución más reciente, su situación cuando entró en el centro, las posibles incidencias o aspectos relevantes que hayan podido tener lugar en ese tiempo, etc.

El protocolo deberá incluir los profesionales responsables y la documentación necesaria.

40. En estos casos, ¿el centro tiene definida la documentación a entregar al usuario o a la familia, y, en su caso, al otro centro?

→ **Ejemplo:** último Plan de Intervención Individual (PII), valoración de su situación en el momento de salida, informes médicos, educativos (sector infancia), etc.

Se recomienda que el centro entregue al usuario, familiares o representantes una copia de todos aquellos documentos que tengan relación directa con el usuario, y que permitan establecer un panorama sobre la evolución del mismo. Deberían incluirse todas las áreas de atención: médica, terapéutica, de cuidado diario, de relación con otros usuarios o con el personal del centro, etc.



Dirección General de Evaluación, Calidad e
Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y
POLÍTICA SOCIAL

Equipo de trabajo (orden alfabético)

Henar Arranz Morán (Técnico en Calidad)

Alfonso Ascaso Alcubierre (Jefe del Área de Impulso de la Calidad)

Gregorio Herrero González (Técnico en Calidad)

Oscar López Santos (Director General de Evaluación, Calidad e Innovación)

Iván Molina Carbonell (Subdirector General de Calidad e Innovación)

Rafael Sánchez Quero (Técnico en Calidad)

Elena Soto García (Técnico en Calidad)

Pedro Tirado Briones (Negociado de apoyo administrativo)



