

## 11. ANEXO: AUTOEVALUACION (Indicadores)

Líneas estratégicas	Compromisos/Objetivos	Indicadores de calidad	Cálculo de indicadores	Estándar	Periodicidad
<p>1. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y LA FAMILIA. RESPONSABILIDAD SOCIAL</p> <p>Información, orientación y comunicación con el usuario; participación de éste y las familias.</p>	<p>1.1 La Residencia facilita la <b>adaptación</b> de las personas mayores usuarias de sus servicios.</p>	<p>1.1.1 Entrevistas de <b>preingreso</b> a las personas mayores usuarias y/o familiares, junto con una <b>visita al centro residencial</b>.</p>	<p>% de personas entrevistadas y visitas realizadas en relación con el número de ingresos que la residencia ha tenido.</p>	<p>100 %.</p>	<p>Anual</p>
		<p>1.1.2. <b>Información escrita facilitada</b> a personas mayores usuarias y/o familiares durante el proceso de ingreso: manual de <b>funcionamiento</b> o resumen (régimen interno), la <b>Carta de Servicios</b> de la residencia, documentos relativos a la <b>protección de datos</b> personales, así como cualquier <b>otro documento de interés</b>.</p>	<p>% de entregas realizadas en relación con el número de ingresos que la residencia ha tenido.</p>	<p>100 %.</p>	<p>Anual</p>
		<p>1.1.3. <b>Exposición</b> en el tablón de la residencia para residentes y familiares la <b>Carta de Servicios</b> y un resumen del manual de funcionamiento del centro.</p>	<p>Exposición de documentos en el tablón de la residencia.</p>	<p>SI</p>	<p>Anual</p>
	<p>1.2 <b>Comunicación y participación</b> del usuario y familias.</p>	<p>1.2.1. Nivel de <b>satisfacción de usuarios y familiares</b> evaluados anualmente (<b>quejas y reclamaciones</b>)</p> <p>1.2.2. <b>Participación</b> del usuario, la familia y la comunidad cercana en actividades de ocio, tiempo libre, culturales, formativas, educativas, etc. que se desarrollen en el centro. (VER <b>PROGRAMA SOCIOCULTURAL Y TERAPIA OCUPACIONAL</b>)</p>	<p>N.º y tipología de <b>quejas y reclamaciones</b> anuales.</p> <p>Nivel de <b>satisfacción de usuarios y familiares</b> evaluados anualmente.</p> <p>Programa Sociocultural y Terapia Ocupacional y valoración de programas.</p>	<p>Ver pág. 18</p>	<p>Semestral</p>

Líneas estratégicas/	Compromisos/Objetivos	Indicadores de calidad	Cálculo de indicadores	Estándar	Periodicidad
<p>2. ORIENTACIÓN HACIA LA PERSONA <b>RESIDENTE</b>. LA PERSONA COMO EJE CENTRAL DEL RECURSO</p> <p>2.1. <b>Atención médica, geriátrica, de enfermería y terapia ocupacional, así como otros servicios orientados a la protección, la seguridad y la salvaguarda de la integridad</b> personal de residentes.</p>	<p>Valoración geriátrica integral y un plan interdisciplinar de atención personalizada (<b>PIAP</b>), a cada persona usuaria, en un plazo no superior a 30 días desde su ingreso en la residencia. Posteriormente se efectúan <b>valoraciones anuales ordinarias y valoraciones extraordinarias</b>. El equipo profesional del centro además informa regularmente a los residentes y personas usuarias y/o sus familiares sobre su PIAP y de otros asuntos de interés común, a lo largo del proceso de valoración y atención continua.</p> <p><b>Seguridad del residente</b> (medicación, úlceras por presión, caídas, actividad física preventiva, etc).</p>	<p>2.1.1 Elaboración de <b>valoración</b> inicial antes de pasados 30 días desde la fecha de ingreso.</p> <p>2.1.2 Elaboración de valoraciones anuales ordinarias (desde su última valoración).</p> <p>2.1.3 Elaboración valoraciones Extraordinarias (en 15 días máximo) siempre que se demande a criterio del equipo interprofesional de la residencia.</p> <p>2.1.4. Confección de las <b>historias de vida</b> de las personas usuarias en un plazo de 30 días desde su ingreso, contando con ellas, siempre que sea posible o, en su defecto, con sus familiares.</p> <p>2.1.5. <b>Información entregada a las personas usuarias y/o a sus familiares</b> dentro de los 30 días siguientes a cuando se han realizado las diferentes valoraciones: inicial, anual y extraordinaria.</p> <p>2.1.6 Registros incidentes <b>anuales de seguridad</b> en el centro. Se elabora el <b>Mapa de Riesgos</b>.</p>	<p>% de valoraciones iniciales realizadas en relación con el total de personas usuarias ingresadas en el año.</p> <p>% de valoraciones realizadas en relación con personas usuarias</p> <p>% de valoraciones extraordinarias realizadas en relación con las demandadas por el equipo</p> <p>% de historias de vida realizadas en plazo, en relación con el total de personas usuarias interprofesional</p> <p>% de valoraciones informadas en relación con el total de personas usuarias.</p> <p>Nº de PAI elaborados: Nº de PAI actualizados: El 100% tiene elaborado PAI.</p> <p>Nº incidentes <b>anuales de seguridad</b> en el centro, dentro de la memoria de Enfermería y terapia (medicación, úlceras por presión, caídas, actividad física preventiva, etc).</p>	<p>100 %.</p> <p>100%</p> <p>75%</p> <p>100%</p> <p>Ver pág. 18</p> <p>Registros en EUDORACARE</p>	<p>Revisión Anual/ seguim. semestral</p>

PLAN DE CALIDAD

<p><b>2.2. Alojamiento y apoyos</b> orientados a la protección, la seguridad y la salvaguarda de la integridad personal de residentes. <b>Servicios de limpieza, lavandería, planchado y repaso de ropa, higiene y desinfección.</b></p>	<p>El hábitat de la residencia se mantiene accesible y se garantiza, mediante revisiones semestrales, el buen estado de los inmuebles, instalaciones y equipamientos</p>	<p>2.2.1. Ejecución de <b>adaptaciones</b> a petición de residentes y/o sus familias en las habitaciones, con el fin de crear un <b>ambiente hogareño</b>, siempre que las mismas no afecten a la estructura ni al funcionamiento del centro.</p> <p>2.2.2 Realización de revisiones de <b>mantenimiento</b> semestrales.</p> <p>2.2.3 Inspección de la <b>accesibilidad</b> del edificio, estado del inmueble, instalaciones y equipamientos.</p>	<p>Número de adaptaciones llevadas a cabo semestralmente, en relación con el número de residentes totales que las solicitaron.</p> <p>Número de elementos revisados en cada semestre. (Persona de referencia informa a la gobernanta/e)</p> <p>Número de informes de inspección con deficiencias graves en un año, en relación con accesibilidad, conservación del inmueble, instalaciones y equipamientos.</p>	<p>100 %.</p> <p>Mínimo 10.</p> <p>Máx. 2 deficiencias graves al año (NINGUNO)</p>	<p>Semestral</p> <p>Semestral (seguim. mensual)</p> <p>Annual</p>
<p><b>3. IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL</b></p>	<p><b>Trabajo en equipo</b> interdisciplinar. Para ofrecer una atención global, integral, multidisciplinar, cubriendo las <b>necesidades formativas</b> y de capacitación de la persona empleada para el desarrollo de estas.</p> <p>Mejora de las <b>condiciones de seguridad</b> laboral y acciones para <b>evitar la desigualdad</b> en el entorno laboral.</p>	<p>3.1 Fomentar el <b>trabajo en equipo</b> interdisciplinar. Para ofrecer una atención global, integral, multidisciplinar. (REUNIONES PAI Y PROTOCOLOS)</p> <p>3.2 Responder a las <b>necesidades formativas</b> y de capacitación de la persona empleada para el desarrollo de estas.</p> <p>3.3 Mejora de las condiciones de <b>seguridad</b> laboral de los profesionales (sistemas de gestión preventiva de los riesgos y ley de protección de datos)</p> <p>3.4 Establecer una sistemática en la <b>acogida de nuevos/as profesionales.</b></p>	<p>Nº de reuniones PAI</p> <p>Nº PROTOCOLOS y procedimientos revisados</p> <p>Nº de protocolos que han quedado pendientes de revisar</p> <p>Nº de nuevos protocolos diseñados durante el año 2021</p> <p>N.º acciones formativas</p> <p>Implantación del manual de acogida</p>	<p>7 reuniones</p> <p>(Revisados: sujeciones)</p> <p>(ptes revistar: Antiacoso )</p> <p>Ver programa formación 2022.</p> <p>documento elaborado: implantación objetivo 2022</p>	<p>Semestral</p> <p>Annual</p> <p>1</p> <p>Annual</p> <p>no</p>
<p>Servicios</p>	<p>Compromisos/Objetivos</p>	<p>Indicadores de calidad</p>	<p>Cálculo de indicadores</p>	<p>Estándar</p>	<p>Periodicidad</p>

<p><b>4. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL CENTRO</b></p>	<p>Gestionar los recursos humanos y materiales de los centros con criterios de eficacia y efectividad.</p> <p>Mantenimiento de Infraestructuras y Equipamiento e inversión</p> <p>Promover el uso responsable de los recursos del centro.</p>	<p>4.1. Seguimiento eficaz de las incidencias sobre el mantenimiento del centro. (Reforzar la figura de gobernante/a y Seguimiento <b>diario de las incidencias de mantenimiento</b> según protocolo de gobernante)</p> <p>4.2 Actualización del <b>inventario</b> del centro.</p> <p>4.3. Gestión de <b>Compras</b></p> <p>4.4. Control de prescripciones técnicas de contratos externos.</p>	<p>Contabilización de <b>acciones para la mejora de la infraestructura, equipos técnicos y mobiliario de los centros.</b> Informe anual del Gobernante del Centro.</p> <p>Nº de reuniones con <b>Servicio de Mantenimiento</b> anuales:</p> <p>Nº de <b>incidencias de mantenimiento solventadas</b> correctamente / Nº de incidencias de mantenimiento interpuestas al año x 100 (estándar 100%):</p> <p>Realización y <b>análisis de consumos</b> en los centros.</p> <p>Actualización del <b>inventario del centro.</b></p>	<p>Sin incidencias mantenim. ( 1 reunión)</p> <p>Objetivo 2022 Control inventario informatizado</p>	<p>Anual</p>
<p><b>5. LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: ELEMENTO DISTINTIVO DEL VALOR DE LA ORGANIZACIÓN</b></p>	<p>Impulsar el Plan de <b>Mejora de la Calidad</b> para mejorar el servicio prestado.</p>	<p><b>5.1 Reuniones Calidad</b></p> <p>5.2 Avanzar en la <b>implementación de planes, programas, procesos</b>, etc.</p> <p>5.3 Explotar las potencialidades del <b>sistema informático</b> de gestión</p>	<p><b>N.º reuniones Calidad</b></p> <p>Implantar del <b>Manual de buenas prácticas</b></p> <p><b>Nº planes de trabajo, programas implantados</b></p> <p><b>Mejoras programa informático</b></p>	<p>Ver pag. 19</p>	<p>Periódicas</p>