



PLAN DE CALIDAD

Edición 2021



Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	2
2. CARTA DE SERVICIOS	2
3. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN	10
4. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN	10
5. PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN	13
<i>Registros</i>	13
<i>Protocolos básicos</i>	14
6. MEJORA CONTINUA (CAMBIOS Y VALORACIÓN EVOLUCIÓN).....	15
7. FORMACIÓN CONTINUA	21
8. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	21
9. CONCLUSIONES	23
10. ASPECTOS FORMALES.....	23
11. ANEXO: AUTOEVALUACION (INDICADORES)	1

1. Introducción

El presente documento tiene por objeto el desarrollo y seguimiento de un **sistema de gestión de calidad** a través de la disposición de **medidas formales de mejora de la calidad asistencial** del centro de acuerdo con los parámetros de calidad establecidos en 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.

Dichos parámetros hacen referencia no solo a aspectos materiales y funcionales, sino también a la formación o especialización del personal y a los procesos definidos para la prestación de los servicios.

A este respecto, el plan de calidad elaborado implicará una evaluación periódica de la calidad de los servicios prestados, referidos a la elaboración de la carta de servicio, evaluación de la satisfacción de los Usuarios y familiares; quejas y sugerencias, definición de protocolos específicos de actuación, plan anual y mejoras continuas, sistemas de información, definición de estándares e indicadores y planes de formación que se detallarán a lo largo del documento.

El plan contiene todos los **documentos técnicos** relacionados en el párrafo anterior, referidos al usuario, a la propia residencia, y a los profesionales. Dichos documentos son protegidos con la garantía de privacidad de los datos referidos a las personas, de acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999** de Protección de Datos de Carácter Personal. Asimismo, se dispone de **INDICADORES** de calidad (ver anexo) .

2. Carta de Servicios

La carta de servicios del centro constituye una guía de información a los usuarios, familiares y comunidad del entorno, sobre los servicios, sobre los derechos de los residentes y sobre los compromisos de calidad en su prestación. Disponible en versión extendida y tríptico.

Se detallan a continuación sus contenidos:

2.1. Datos identificativos: ¿Quiénes somos?

DENOMINACIÓN: RESIDENCIA DE TERCERA EDAD SAN MIGUEL (VILLALBILLA)

TITULAR: HOGAR PARA MAYORES SAN MIGUEL S.L

SERVICIO: PRESTACION DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES, DEPENDIENTES O CONVALECIENTES EN ESTANCIAS RESIDENCIALES Y/O TEMPORALES.

Nº DE REGISTRO: C2288

La Residencia para Personas Mayores “San Miguel” (Villalbilla) es de titularidad y gestión privada de Hogar para Mayores San Miguel S.L con la correspondiente autorización de la Consejería de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

La persona responsable de la Residencia ejerce la dirección de ésta y garantiza, junto con el equipo de profesionales, su buen funcionamiento que se enmarca en el Plan Vigente de Calidad y Eficiencia de Centros Residenciales con base en la filosofía del modelo de atención centrado en la persona, que constituye un avance en la calidad de la atención que reciben las personas mayores y sus familias. Junto con el equipo de profesionales, garantiza el cumplimiento de los compromisos de calidad establecidos en esta Carta de Servicios.

2.2. Objetivos y fines.

El **objetivo general** de la Residencia Para Mayores “San Miguel” es ofrecer la atención necesaria a las personas mayores y facilitar la continuidad del proyecto de vida de cada conviviente, favoreciendo su vinculación al grupo familiar y su entorno habitual, en un proceso personal de adaptación activa a la realidad, prestando los cuidados profesionales que sean precisos para cada persona residente a partir de sus capacidades y no de sus limitaciones.

Los **objetivos específicos** de la Residencia para Personas Mayores “San Miguel” son los siguientes:

- a) Facilitar atención integral adaptada a las personas usuarias del centro residencial en sus necesidades complejas, durante el proceso de envejecimiento.
- b) Promover el envejecimiento saludable como recurso preventivo y fomentar la autonomía para mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional de las personas usuarias.
- c) Servir de apoyo a las familias de residentes, y a otras personas usuarias del centro, propiciando su acompañamiento personal y la participación de las familias y el entorno comunitario en la residencia.

Se pretende que la residencia reúna las características que recuerden al hogar habitual en todo lo posible, con espacios personalizados y de convivencia que faciliten las relaciones humanas entre las personas con distintos grados de dependencia funcional y psicosocial, dónde la vida en colectividad y la necesidad de cuidado profesional promuevan el respeto por los derechos, la dignidad y por la autonomía de la persona mayor.

La mirada profesional está centrada en la persona y en los vínculos que se establecen entre todos los agentes implicados en el cuidado, estableciendo una relación de confianza y buen trato.

En línea con los objetivos del centro, la Carta de Servicios tiene como finalidad dar a conocer los servicios que se prestan en la Residencia y los compromisos de calidad que se adquieren con las personas mayores usuarias y sus familias. Finalidad que se especifica en:

- Informar a las partes implicadas sobre los servicios prestados por nuestro centro.
- Expresar nuestro esfuerzo por la mejora de nuestros servicios.
- Establecer un nivel adecuado de calidad de los servicios y controlar su mantenimiento.
- Posibilitar que nuestras “Partes Implicadas” (usuarios, familiares...) puedan participar (opinar, expresar quejas, recomendaciones, agradecimientos...) de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

2.3. Compromisos de calidad e Indicadores

Así la **Política de Calidad** del centro asume el compromiso de:

- a) Ofrecer una atención integral que dé respuesta a las necesidades físicas, psíquicas, sociales-relacionales y culturales de sus usuarios.
- b) Proporcionar a los usuarios un entorno estable, cálido y comprensivo que les permita desenvolverse con comodidad.
- c) Promover medios y recursos que ayuden a mantener su autonomía personal.
- d) Velar por el cumplimiento de los derechos del residente/usuario, su libre elección, su privacidad y su intimidad.
- e) Facilitar los cauces y el apoyo necesario en la vida de los residentes/usuarios.

Dicha política asumirá los siguientes **compromisos de calidad específicos**:

- 1) La residencia facilita la **adaptación** de las personas mayores usuarias de sus servicios, dentro del periodo de prueba establecido en la normativa vigente.
- 2) El equipo profesional del centro realiza una valoración geriátrica integral y un **Plan Interdisciplinar de Atención Personalizada (PIAP)**, a cada persona usuaria en un plazo no superior a 30 días desde su ingreso en la residencia. Posteriormente se efectúan valoraciones anuales ordinarias y valoraciones extraordinarias. El equipo profesional del centro, además, informa regularmente a las personas residentes, y/o familiares sobre su valoración y Plan Integral de Atención Personalizada (PIAP) y de otros asuntos de interés común, a lo largo del proceso de valoración y atención continua.
- 3) El hábitat de la residencia se mantiene accesible y se garantiza, mediante revisiones semestrales, el buen estado de los inmuebles, instalaciones y equipamientos.
- 4) La residencia dispone de **menús diarios adaptados** a las necesidades dietéticas y nutricionales de las personas usuarias, teniendo en cuenta la estacionalidad de los productos.
- 5) Anualmente se evalúa la satisfacción de las personas usuarias y de sus familiares respecto de los servicios prestados y el trato recibido. Las consultas, quejas y sugerencias, una vez analizadas y evaluadas, son contestadas en un plazo máximo de 12 días desde su entrada en el registro.
- 6) La dirección de la residencia, en colaboración con el equipo profesional, elabora anualmente un **Plan de Mejoras**, considerando al menos el plan inspector, el protocolo de acciones correctivas y de mejoras (PACyM), las encuestas de satisfacción, las consultas, quejas y sugerencias, y la opinión de los órganos de participación.
- 7) La residencia promueve vínculos con la comunidad, desarrollando **al menos cuatro actividades al año**.
- 8) La residencia prestará los servicios de peluquería, podología y fisioterapia no incluidos en el copago ordinario, a las personas usuarias que lo demanden.
- 9) El equipo profesional del centro realiza a los residentes en régimen de estancia temporal una valoración integral y el plan esencial de cuidados incluyendo al menos diagnósticos, tratamientos médicos, cuidados de enfermería y rehabilitación, si precisa.

- 10) La dirección y el equipo profesional realizan seguimientos de la **calidad asistencial** en el centro en al menos una **reunión trimestral**.

Los compromisos anteriores llevan asociados **indicadores de calidad** que permiten medir su consecución y detallan la forma de cálculo, los estándares asumidos y la periodicidad. Se pueden consultar al final, en el **ANEXO**.

2.4. Marco legal.

Las personas usuarias de los servicios que se prestan en la Residencia para Personas Mayores “San Miguel” disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente. Derechos recogidos en el “Régimen interno” de la Residencia accesible para todos los usuarios en el Tablón de Anuncios y en la propia página web.

Ley vigente:

Acuerdo de 22 de julio de 1994, del Consejo de Administración del Servicio Regional de Bienestar Social, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior de las residencias para personas mayores que gestiona directamente el Servicio de Bienestar Social.

Orden 766/1993, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social.

Decreto 72/2001, de 31 de mayo, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados

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.

Artículo 4 de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.)

2.5. Derechos y obligaciones de los usuarios

Reconocidos expresamente por el ordenamiento jurídico vigente (ley 11/20002, 18 Diciembre) y los establecidos por la organización como sigue:

Derechos de los residentes

- Considerar esta Residencia como su domicilio a todos los efectos.
- Ningún usuario podrá ser discriminado por su etnia, condición sexual, religión, ideología o cualquier otra característica personal
- Ser atendido con respeto, corrección y comprensión, y de la forma más individualizada posible.
- A recibir una información clara y completa sobre la organización, condiciones y normativas del centro relevante para su estancia en el mismo o que pueda afectar su intimidad personal.
- A conocer su historia socio sanitaria y tener garantizado el secreto profesional y la confidencialidad de los datos contenidos en el expediente personal.
- Renunciar voluntariamente a la plaza, estableciendo un preaviso de 15 días.
- Recibir un trato adecuado por parte del personal y de los demás residentes.

- Tener libertad de entrada y salida, siempre que se respete el horario indicado en el Reglamento de Régimen Interior, salvo indicación facultativa.
- Recibir atención de los profesionales de la Residencia para cualquier consulta, sugerencia o queja a formular.
- Recibir visitas de familiares y amigos dentro de la Residencia, utilizando los lugares destinados a tal efecto.
- Participar en las actividades y programas de ocio que se organicen. La residencia procurará la integración grupal y social del mayor.

Deberes de los residentes

- Respetar lo establecido en el Reglamento Interior de la Residencia.
- Atender las instrucciones que reciban de los empleados de la Residencia.
- Cumplir los horarios fijados.
- Cuidar la conservación del inmueble, de sus instalaciones y de los enseres que les sean entregados por la Residencia.
- Cumplir las normas de aseo e higiene.
- Respetar las comprobaciones de habitaciones y armarios, previo aviso, en beneficio de su seguridad.
- Mantener una conducta que facilite una buena convivencia.
- Pagar las cuotas estipuladas puntualmente, en función de su grado de dependencia.
- En el caso de ausentarse temporalmente de la Residencia, asumirá las cuotas establecidas.
- En el caso de consultas, urgencias e ingresos externos, será acompañado por un familiar y/o persona autorizada.
- Respetar las habitaciones de los demás residentes.
- Tratar con el debido respeto a los profesionales y trabajadores; facilitando y no poniendo trabas en su cometido profesional.
- Permitir la entrada en el dormitorio para su limpieza, dentro del horario establecido.

2.6. Servicios que se ofrecen.

Estructura

El Centro Geriátrico San Miguel emplazado en plena naturaleza de la cuenca del Henares, está rodeado de jardines y bosques pertenecientes al municipio de Villalbilla, a 10 km. de Alcalá de Henares y a 40 km al suroeste de Madrid.

En su distribución de 2 edificios en 3 plantas cada uno, disponen de:

EDIFICIO PRINCIPAL

Planta Baja:

- Recepción, despacho, sala de consulta médica y enfermería (sala de curas) y salón polivalente para Terapia ocupacional.
- 2 salones-comedores y con TV.
- Salón y aseos de visitas.
- Cocina
- Aseos geriátricos
- 4 habitaciones (Para 9 residentes)
- Patios exteriores.

1ª Planta:

- 10 habitaciones (Para 25 residentes)
- Amplios pasillos con cristaleras,
- Comedor, aseos geriátricos.
- Salas de reposo, TV, visitas.
- Aseos geriátricos

Sótano:

- Lavandería, almacén, vestuarios del personal y sala de medicamentos

EDIFICIO COLINDANTE

Planta Baja:

- 1 salón con TV, salón y aseos de visitas.
- 4 habitaciones para 7 residentes
- Aseos geriátricos
- Amplios pasillos con cristaleras
- Patios exteriores.

1ª Planta:

- 4 habitaciones para 7 residentes.
- Amplios pasillos con cristaleras,
- Aseos geriátricos

Sótano:

- Lavandería, almacén, sala de calderas, vestuarios y aseo del personal.

Las plantas físicas de ambos edificios están debidamente señalizadas y con buena iluminación natural y artificial, barras de sujeción en servicios higiénicos, habitaciones, pasillos y escaleras, antideslizantes en escaleras, ascensor, calefacción eléctrica (acumuladores), aire acondicionado, sistema antiincendios, salidas de emergencia en cada planta, luces de emergencia y unidad generadora eléctrica propia.

Las habitaciones son todas exteriores, con amplios ventanales con topes de seguridad y disponen de aseo, calefacción central y televisión, así como un timbre de llamada al personal.

Servicios prestados

La atención que se presta a las personas usuarias y su grupo familiar por los distintos servicios y áreas de la residencia es integral e interdisciplinar, inspirada en el modelo de atención centrado

en la persona que promueve la autonomía en la toma de decisiones, respetando su dignidad y los principios éticos de la calidad asistencial.

Dicha atención se lleva a cabo por los profesionales del centro, en coordinación con los recursos sociales y sanitarios de la comunidad de Madrid. Los programas y los servicios que se ofrecen se realizan para los desarrollos precisos del Plan Interdisciplinar de Atención Personalizada (PIAP) y son los siguientes:

Servicio de atención residencial permanente

Este servicio ofrece la asistencia y los apoyos necesarios para la realización de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria de las personas usuarias del centro, así como aquellas otras actividades encaminadas a la promoción de la autonomía funcional, prevención de la dependencia y desarrollo personal. Incluye las siguientes prestaciones:

- a) Información, orientación y comunicación con las familias.
- b) Atención médica, geriátrica, de enfermería y de rehabilitación, así como otros cuidados sanitarios, prestados en interrelación con los Servicios del Sistema de Salud que corresponden al entorno de la residencia.
- c) Alojamiento y apoyos orientados a la protección, la seguridad y la salvaguarda de la integridad personal de residentes. Servicios de limpieza, lavandería, planchado y repaso de ropa, higiene y desinfección.
- d) Alimentación y nutrición adaptada a las necesidades de los residentes.
- e) Los procesos de atención se planificarán con la participación de las personas residentes y/o del grupo familiar y serán prestados a través de las áreas de atención sanitaria, social y, en su caso, psicológica que determine la Residencia.
- f) Atención social y actividades de animación y participación.
- g) Espacios de estancia y convivencia, propiciando el confort, el ocio y las relaciones personales, disponiendo de salas de estar, de televisión y de actividades.
- h) Para facilitar el vínculo entre la Residencia y la comunidad, se promueve la participación de las personas residentes en las actividades culturales, festivas o sociales que se realicen en la localidad, o en la Residencia con participación de la comunidad.
- i) La residencia ofrece servicios de peluquería y podología, no incluidos en el copago ordinario.

Servicio de atención residencial temporal

Este servicio ofrece la estancia y atención en un centro residencial en régimen de alojamiento, manutención y atención integral por un periodo de tiempo limitado y predeterminado, originada por motivos de carácter temporal, en los que se pueda establecer previamente su duración y durante el cual las personas usuarias de estas plazas tendrán los mismos derechos y obligaciones que las personas residentes permanentes.

2.7. Formas de participación del usuario

La participación de las personas usuarias y sus familiares en las actividades y organización del centro se canaliza a través de:

- a) Encuestas de satisfacción anuales.
- b) Consultas, quejas y sugerencias realizadas sobre la Residencia

Los resultados obtenidos de estas fuentes permiten diseñar nuevas estrategias, para establecer líneas de actualización y mejora del funcionamiento de la Residencia que satisfagan las expectativas de las personas usuarias y sus familias.

2.8. Formas de presentación de iniciativas, sugerencias, quejas y reclamaciones.

Además de la posibilidad de hacerlo de forma presencial en el Centro, todas las iniciativas y reclamaciones que se deseen presentar se podrán realizar a través de los canales contemplados en el sistema de Gestión de calidad del Centro:

- Buzones de Agradecimientos, Sugerencias y Reclamaciones
- Encuestas de satisfacción anuales.
- Hojas Oficiales de reclamaciones

Adicionalmente, los usuarios del centro podrán informar acerca de la insatisfacción con los servicios prestados o formular iniciativas para mejorar su calidad a través de la presentación de quejas y sugerencias por los siguientes procedimientos:

- Presencialmente, a través del formulario disponible en el centro
- Mediante correo postal, a través de escrito o del formulario, debidamente firmados e identificados por la persona usuaria.
- Por teléfono: +34 918851081
- Mediante correo electrónico dirigido a la unidad responsable de la carta de servicios, cuya dirección es: residenciasanmiguel@gmail.com
- través de nuestra Página web: <https://residenciasanmiguelvillalbilla.com/>

2.9. Medidas de subsanación o compensación, “garantías”.

En el caso de incumplimiento de los compromisos adquiridos, las personas afectadas pueden ponerlo de manifiesto por los medios que estime oportunos (ver apartado anterior) ante la Dirección de la Residencia quien responderá en un plazo máximo de 15 días, explicando las razones del incumplimiento y las medidas adoptadas en consecuencia.

2.10. Fecha de entrada en vigor y vigencia.

Entrada en vigor del presente Carta de servicios: **febrero de 2022**

Anualmente se revisarán los compromisos contenidos en la misma comprobando si siguen siendo adecuados, procediendo a su actualización o modificación en el caso de que así se decida.

SE DISPONE DE LA CARTA DE SERVICIO APROBADA POR LA CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DIVULGADA POR EL CENTRO Y ACCESIBLE EN EL TABLÓN DE ANUNCIOS.

2.11. Formas de difusión de la Carta de Servicios:

La Carta de Servicios de la residencia se difundirá internamente mediante su exposición en el tablón de anuncios. Se entrega en forma de tríptico junto con toda la documentación de alta del usuario. Igualmente, se podrá solicitar su descarga a la dirección del centro.

Además, su difusión externa se realizará básicamente a través de la página web: <https://residenciasanmiguelvillalbilla.com/> .

2.12. Información de contacto

HOGAR PARA MAYORES S. MIGUEL SL

CL Reyes Magos, 19

28810 Villalbilla (Madrid)

TELÉFONO: +34 918850281

mail: Residenciasanmiguel@gmail.com

Web: <https://residenciasanmiguelvillalbilla.com/>

Mapa de localización disponible en la página web con información de cómo llegar.

2.13. Otra información

Fecha revisión: 10/11/2022

Fecha edición: 01/12/2021

- Actuaciones en caso de emergencia, y otras normas de convivencia relevantes se articulan a través de los protocolos de actuación correspondientes con fecha de revisión cada año.

3. Gestión del conocimiento e información

Para la correcta gestión y administración del conocimiento y, por tanto, su aplicación al desarrollo de las actividades, el centro dispone de las tecnologías de la información necesarias para evitar la duplicidad de registros y la repetición de pruebas de valoración y diagnóstico.

En este sentido, se ha establecido un proceso de informatización con la implantación del programa **EUDORACARE** para la gestión de los procesos asistenciales. De este modo, el tráfico de información entre profesionales ayuda a la calidad de la atención y, a evitar riesgos a la hora de determinar pautas y tratamientos.

El Programa se compone de varios módulos que se pueden ir incorporando según se extienda el proceso de informatización. En la fase actual permite la gestión de las historias y registros personales, la aplicación de instrumentos de valoración y el seguimiento de la evolución de cada persona o cada proceso de atención/enfermedad/recuperación, así como su consulta y su relación entre diversos profesionales.

También ayuda en los procesos globales y estadísticos de valoración de resultados, y como soporte para los procesos de evaluación/autoevaluación de la prestación de los servicios y del funcionamiento general de la residencia en la relación con las personas usuarias.

4. Evaluación de satisfacción

De acuerdo con el decreto 284/1996, queda legislado que las personas mayores que viven en residencias tienen derecho a presentar **sugerencias o reclamaciones** sobre el funcionamiento del establecimiento.

Cada año, en la residencia, se aplican cuestionarios de satisfacción a las personas usuarias y los familiares con el objetivo de precisar exactamente las oportunidades de mejora de la calidad y poder planificar así las actividades del proceso de mejoramiento oportunas.

Los **Cuestionarios de Satisfacción de usuarios y familiares** son totalmente anónimos, respetándose la confidencialidad de las pruebas. Están estructurados sobre los siguientes aspectos: Características arquitectónicas y equipamiento del centro, organización y funcionamiento, servicios y actividades, calidad asistencial, actitud, alimentación, limpieza, derechos y libertades, seguridad, información y participación, convivencia, expectativas, opiniones y sugerencias.

En el supuesto de residentes con alguna disfunción cognitiva o afectiva que impida la expresión de la satisfacción con los servicios que se prestan, se realiza una observación: confort ambiental en el que se encuentran, atención continuada, uso de contenciones mecánicas y de psicótropos, ética en el cuidado, situación emocional del residente, otras observaciones de interés.

RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES 2021:



1. ¿Cuántos años hace que está en la Residencia?

[Más detalles](#)

● 1 año o menos	8
● Entre 1 y 3 años	4
● Entre 3 y 10 años	5
● Más de 10 años	1



3. Observaciones de interés en el caso de residentes con alguna disfunción cognitiva o afectiva que impida expresar su satisfacción con los servicios prestados. (Ejemplos ...)

3 Respuestas

1-3 | 3

ID ↑	Nombre	Respuestas
3	anonymous	Mi abuelo ha mostrado mejore en su estado de animo desde que está en la residencia
8	anonymous	Veo interes.
10	anonymous	Falta más atención personalizada

4. Comentarios. ¿Quiere añadir alguna cosa para que podamos mejorar?

[Más detalles](#)

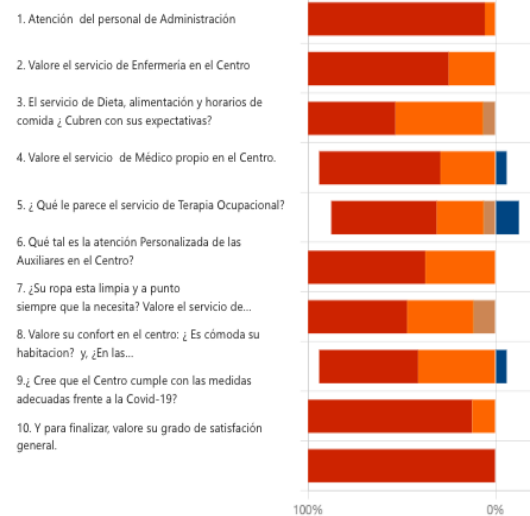
8 Respuestas

Respuestas más recientes
"Quizás, hacer alguna actividad por la tarde para que no se les haga tan larga"

2. Valore su opinión

[Más detalles](#)

■ Muy bien ■ Bien ■ Regular ■ Mal ■ Muy Mal ■ Ns/nc



También se dispone de **questionarios para valorar la satisfacción de los profesionales** en relación con la actividad laboral, la organización del trabajo y los procesos de atención, así como los espacios y medios, la prevención de riesgos laborales, las relaciones con los compañeros, los residentes y sus familiares.

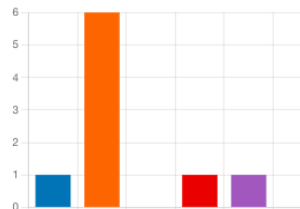
RESULTADOS ENCUESTA SATISFACION DE EMPLEADOS 2021:



1. ¿ a que grupo profesional perteneces?

[Más detalles](#)

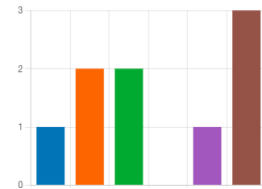
Personal medico	1
Personal auxiliar enfermeria	6
Personal no sanitario	0
Personal administrativo	1
Terapeuta	1
Otras	0



2. ¿Desde cuando trabaja en el centro ?

[Más detalles](#)

Menos de 1 año	1
1-2 años	2
2-3 años	2
3-4 años	0
4-5 años	1
Mas de 5 años	3



5. Sugerencias y comentarios

3 Respuestas

ID ↑	Nombre	Respuestas
3	anonymous	Todo muy bien estoy contenta con muy trabajo y sobre todo tenemos una buena jefa
5	anonymous	Podríamos poner más atención pero en general todo bien 😊
9	anonymous	Ambiente de trabajo en una Residencia pequeña en la que los Residentes se pueden sentir como en el seno de una gran FAMILIA. Y en las que los Parientes pueden interaccionar , sugerir, colaborar y solicitar nuestra ayuda, para HACER HOGAR y dar VIDA A LOS AÑOS

3. ¿Cuál es su grado de satisfacción global como empleado en la Residencia?

[Más detalles](#)

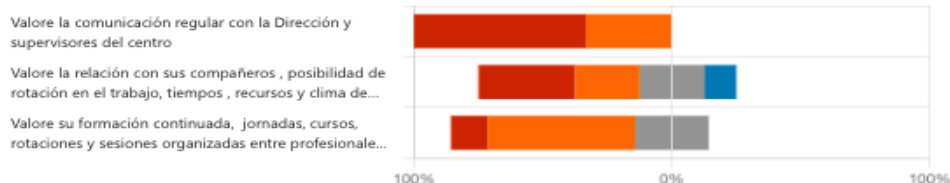
● Muy Satisfactorio	7
● Satisfactorio	1
● Indiferente	1
● Insatisfactorio	0
● Muy insatisfactorio	0



4. Valore el funcionamiento interno de la Residencia para el desarrollo de su trabajo

[Más detalles](#)

■ Muy Satisfactorio
 ■ Satisfactorio
 ■ indiferente
 ■ Insatisfactorio
 ■ Muy insatisfactorio



Se realiza una reunión con **los profesionales a final de año para profundizar en la valoración de los resultados de los REGISTROS de las encuestas de satisfacción** para la comprensión de los problemas y su resolución.

5. Profesionalización de la gestión

Asimismo, el decreto 284/1996, se hace referencia a la disposición de los **registros y protocolos adecuados** y comprobados de funcionamiento. Dichos requerimientos se detallan a continuación recogiendo la práctica diaria y real del centro.

Registros

Con la finalidad de dar al residente una atención integral, personalizada y de calidad, es importante que los profesionales de las diferentes disciplinas del centro trabajen en equipo interdisciplinario en la **Elaboración del Plan de atención personalizada**.

Se informa del Plan de atención al residente y a la familia, para que puedan colaborar de alguna manera más directa en el proceso.

Se realiza la valoración completa del residente. Es conveniente tener hecha esta valoración, sí es posible antes del tiempo fijado (>15 días), y en consecuencia también avanzar en la elaboración del Plan, para garantizar una mejor atención.

Reuniones de equipo interdisciplinarias

Se hace equipo entre los profesionales disponibles, con un mínimo de tres niveles profesionales para llevar a cabo acciones conjuntas de valoración, **confección, seguimiento y evaluación del plan de atención personalizada de cada residente** en el cual se fijan objetivos y acciones.

Disponible a requerimiento por inspección de las ACTAS DE REUNIÓN para cada reunión organizada por el responsable del centro o coordinador del equipo interdisciplinario. El plan se lleva a cabo antes de los 60 días desde el ingreso, y el seguimiento cada 6 meses. Como mínimo las reuniones se hacen una vez al mes.

En las reuniones de planificación se establece **la valoración completa de cada residente**, hecha previamente por cada profesional, teniendo en cuenta los datos bio-psicosociales, registros de caídas, escalas, úlceras, presión etc.

Adicionalmente se hacen **reuniones de organización y coordinación de la atención en general del centro** y establecimiento de canales de comunicación entre los profesionales.

El **desarrollo de cada uno de los PAIS se realiza en soporte informático** a través de la herramienta de gestión del centro.

Las escalas de valoración más utilizadas y recomendadas son:

- Actividades básicas de la vida diaria: Barthel
- Capacidades cognitivas: Mini mental.
- Riesgo de pérdida de integridad cutánea: Norton.
- Movilidad: Tinetti.

Protocolos básicos

Los protocolos sistematizan la metodología detallada de las actuaciones profesionales en favor de los usuarios, y ayudan a la integración del equipo en información para el personal de nueva incorporación. En el plan vigente se ha realizado la revisión de los protocolos correspondientes:

- Quejas y sugerencias
- Acogida
- Caídas
- Higiene del residente y del centro – Incontinencia
- Caídas
- Sujeciones
- Administración de medicación.
- Acompañamiento en la muerte.

A continuación, se incluyen una relación de protocolos adicionales de utilidad en el centro, para poder ofrecer una atención integral a los residentes:

Documentaciones registros; Confidencialidad; Alta del centro; Atención asistencial; Actuación delante del dolor; Medidas de aislamiento; Servicios generales y mantenimiento; Salidas de los residentes;

Actuación delante infecciones (MARSA/ SARM) Esterilizaciones material; Precauciones universales; Lavarse las manos y otros protocolos de atención terapéutica y social (Violencia laboral y Antiacoso)

Todos los protocolos relacionados con aa gestión de protección de datos se gestiona a través de la contratación de FORLOPD.

Disponible la Revisión de Protocolos 2021 a requerimiento de Inspección .

En la elaboración del protocolo se hará constar la fecha de realización, los profesionales que la han elaborado, la vigencia del protocolo, la fecha prevista de análisis (valoración) del funcionamiento y la firma de la dirección y de quien lo ha elaborado, con una revisión cada 2 años. En el 2022 se han revisado todos los protocolos existentes distribuyéndolos por áreas para una mejor lectura.

Quejas y sugerencias

Las Residencia dispone de “**Libro de reclamaciones, iniciativas y sugerencias**” para que los usuarios y sus familias puedan expresar las manifestaciones de insatisfacción con los servicios del centro y el trato de los profesionales, así como las iniciativas para mejorar la calidad de estos, dando respuesta e informándoles de las medidas adoptadas.

Las Hojas están a disposición de los reclamantes. Con independencia de la formulación de la queja en modelo oficial, se puede manifestar la reclamación verbalmente ante el director/a de la residencia, telefónicamente, por correo electrónico o a través de la página web (informacion@residenciasanmiguelvillalbilla.com)

En el plazo máximo de 15 días hábiles contados desde el siguiente al de su presentación de la reclamación se contestará por escrito. En la contestación se le informará sobre sus derechos y obligaciones, las limitaciones legales, presupuestarias o de cualquier otra índole con que actúa la residencia, las medidas que se disponen a adoptar para subsanar las irregularidades o deficiencias detectadas y, en su caso, propuestas para celebrar entrevistas o consultar otra documentación.

Si finalizado el plazo de 15 días hábiles el reclamante no ha recibido contestación, se le informa que puede dirigirse al Teléfono Único de Información 012.

La residencia dispone de los procedimientos de quejas, sugerencias y reclamaciones conforme a lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Existe un **registro de las quejas formuladas a través del libro de reclamaciones**, los motivos y los tiempos de respuestas. De igual modo, se dispone de protocolos que detallan los procedimientos a seguir, sistema de actuación y tiempos de gestión. **NO EXISTEN RECLAMACIONES EN EL 2021**

6. Mejora continua (Cambios y Valoración Evolución)

La **autoevaluación** de la Residencia es la valoración de los distintos aspectos instrumentales, procesos asistenciales y de gestión relacionados con la misión de la residencia para identificar los puntos fuertes y las deficiencias.

La finalidad de esta valoración es la detección de deficiencias en el funcionamiento del centro y en la prestación de los servicios, además de detectar las posibles amenazas y oportunidades con que cuenta la residencia en sus procesos de mejora continua. Con este análisis se elabora el **PLAN ANUAL DE MEJORAS** donde también se tienen en cuenta los resultados obtenidos en la valoración

de la **satisfacción y actas de reunión de organización y coordinación de la atención en general del centro y establecimiento llevadas a cabo durante el año** (valoración y evolución de los indicadores relativos a las caídas, sujeciones, úlceras, presión.) **y/o otros aspectos de organización** como las fiestas, eventos etc.

La evaluación se constituye en instrumento de intervención cuando de sus resultados se desprende la necesidad de modificar algunas prácticas no satisfactorias para usuarios, profesionales y familiares.

El cumplimiento de los objetivos de mejora es examinado en la siguiente evaluación de la residencia.

Igualmente se realiza la **evaluación de riesgos laborales** donde se establecen procedimientos de evaluación y control de riesgos para la salud laboral de los profesionales, de manera que puedan prevenirse o corregirse aquellos elementos potenciales de riesgo. Se incluyen también en este apartado la evaluación de las no conformidades de los trabajadores. La GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES se realiza a través de la empresa OTP.

La Residencia está inscrita en el registro de Centros y Servicios de la Comunidad de Madrid, según lo previsto en la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

La Residencia está acreditada por la Consejería de Salud y Bienestar Social como garantía de calidad y el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad acordados para el SAAD.

Autoevaluación (indicadores)

El punto de partida de cualquier estrategia de gestión de la calidad es que el centro tenga un conocimiento claro de su situación para identificar sus márgenes de mejora. Para ello, hemos implementado el siguiente **cuestionario de autoevaluación a través de indicadores que se identifican a partir de LINEAS ESTRATEGICAS y OBJETIVOS** conectados. La autoevaluación nos sirve como herramienta de autodiagnóstico de la calidad de nuestro centro. VER ANEXO

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y LA **FAMILIA**. RESPONSABILIDAD SOCIAL
2. ORIENTACIÓN HACIA LA PERSONA **RESIDENTE**. LA PERSONA COMO EJE CENTRAL DEL RECURSO
3. PROTAGONISMO, **IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**
4. EFICACIA: GARANTIZAR LA **SOSTENIBILIDAD** DEL CENTRO
5. LA **CALIDAD** DEL SERVICIO PRESTADO: ELEMENTO DISTINTIVO DEL VALOR DE LA ORGANIZACIÓN

1. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y LA FAMILIA. RESPONSABILIDAD SOCIAL

OBJETIVOS

Información, orientación, comunicación con el residente y las familias.

La Residencia facilita la adaptación de las personas mayores usuarias de sus servicios.

INDICADORES

Preingreso a las personas mayores usuarias y/o familiares, junto con una visita al centro residencial.

Información escrita facilitada a personas mayores usuarias y/o familiares durante el proceso de ingreso

Exposición en el tablón de la residencia para residentes y familiares la **Carta de Servicios** y un resumen del manual de funcionamiento del centro.

Nivel de **satisfacción de usuarios y familiares** evaluados anualmente (**quejas y reclamaciones**)

Participación del usuario, la familia y la comunidad cercana en actividades de ocio, culturales, etc. que se desarrollen en el centro. (Programa Sociocultural y valoración de actividades)

2. ORIENTACIÓN HACIA LA PERSONA RESIDENTE. LA PERSONA COMO EJE CENTRAL DEL RECURSO

OBJETIVOS

El equipo profesional del centro realiza una **valoración geriátrica integral** (área médica, geriátrica de enfermería y terapia ocupacional) y un **plan interdisciplinar de atención personalizada (PIAP)**, a cada persona usuaria, en un plazo no superior a 30 días desde su ingreso en la residencia. Posteriormente se efectúan **valoraciones anuales ordinarias y valoraciones extraordinarias**.

El equipo profesional del centro además informa regularmente a los residentes y personas usuarias y/o sus familiares sobre su valoración y PIAP.

INDICADORES

Elaboración de **valoración inicial PAI** antes de pasados 30 días desde la fecha de ingreso

Revisión PAI semestral

Elaboración **valoraciones Extraordinarias**.

Información entregada a las personas usuarias y/o a sus familiares dentro de los 30 días siguientes a cuando se han realizado las diferentes valoraciones: inicial, anual y extraordinaria.

Confección de las **historias de vida** 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.

Nº CONSULTAS/ AÑO

OBJETIVO

Alojamiento y apoyos orientados a la protección, la seguridad y la salvaguarda de la integridad personal de residentes. **Servicios de limpieza, lavandería, planchado y repaso de ropa, higiene y desinfección.**

INDICADORES

Ejecución de **adaptaciones** a petición de residentes y/o sus familias en las habitaciones, con el fin de crear un **ambiente hogareño**, siempre que las mismas no afecten a la estructura ni al funcionamiento del centro.

Realización de revisiones de **mantenimiento** semestrales.

Inspección de la **accesibilidad** del edificio, estado del inmueble, instalaciones y equipamientos.

3. IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDAD

OBJETIVOS

Fomentar el **trabajo en equipo** interdisciplinar. Para ofrecer una atención global, integral, multidisciplinar.

Responder a las **necesidades formativas** y de capacitación de la persona empleada para el desarrollo de estas.

Mejora de las condiciones de seguridad laboral de los profesionales mediante el impulso de los sistemas de **gestión preventiva de los riesgos**. Registros incidentes **anuales de seguridad**. Mapa de Riesgos.

Establecer una sistemática en la **acogida de nuevos/as profesionales**.

INDICADORES

Nº de **acciones formativas** anuales. Incluido en el informe anual sobre Formación.

S/N **actualización de PROTOCOLOS de trabajo** según temporalización establecida.

Nº reuniones PAI/año

Nº de **Quejas relativas a prácticas profesionales**. Ver informe Anual sobre Quejas, Reclamaciones y Sugerencias y Encuestas de Satisfacción.

Nº de **Accidentes Laborales** anuales.

4. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL CENTRO

OBJETIVOS

Gestionar los recursos humanos y materiales de los centros con criterios de eficacia y efectividad.

Mantenimiento de Infraestructuras y Equipamientos e inversión.

Promover el uso responsable de los recursos del centro.

INDICADORES

Seguimiento eficaz de las incidencias sobre el mantenimiento del centro. (Reforzar la figura de gobernante/a y Seguimiento **diario de las incidencias de mantenimiento** según protocolo de gobernante)

Actualización del **inventario** del centro. gestión de **Compras**

Control de prescripciones técnicas de contratos externos.

5. LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

OBJETIVOS

Impulsar el Plan de **Mejora de la Calidad** para mejorar el servicio prestado.

Avanzar en la **implementación de planes, programas, procesos**, etc.

Explotar las potencialidades del **sistema informático** de gestión

INDICADORES

Nº reuniones Calidad

Implantar del **Manual de buenas prácticas**

Nº planes de trabajo, programas implantados

Mejoras programa informático

La autoevaluación de la Residencia se complementará con la elaboración de la **MEMORIA ANUAL** de la Residencia. Permite hacer el registro y la evolución de la situación de las personas usuarias y de las actividades del centro por AREAS. (OBJETIVO 2022)

AUTOEVALUACION:

1. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y LA **FAMILIA**. RESPONSABILIDAD SOCIAL

INDICADORES:

Como resultado de los indicadores en cuanto al Preingreso y visita al centro residencial, se ha mejorado a la hora de registrar en el calendario Google las visitas realizadas para el cálculo de ingreso/ visitas para valorar la calidad de servicio en la visita al centro residencial con un 93%.

Con respecto a la **Información escrita facilitada** a personas mayores usuarias y/o familiares durante el proceso de ingreso, existe un dossier con la documentación de ingreso preparada (ropa y documentos necesarios al ingreso, carta de servicios en carpeta corporativa) mejorando la información durante el proceso de ingreso. Adicionalmente, se cuenta con la **Exposición** en el tablón de la residencia para residentes y familiares, la **Carta de Servicios** y un resumen del manual de funcionamiento del centro.

Existe un alto Nivel de **satisfacción de usuarios y familiares en la misma línea que con respecto a años precedentes**, a través de la encuesta de satisfacción que les hacemos llegar. Ver pag 10 del documento.

La Participación del usuario, la familia y la comunidad cercana en actividades de ocio, culturales, etc. que se desarrollen en el centro es muy alta. (Desarrollamos un Programa Sociocultural y valoración de actividades de las actividades en la memoria de actividades desarrollada por el área de Terapia ocupacional). Existe una **participación** alta de los **familiares** a través de un canal de comunicación habilitado (Grupo de WhatsApp) donde pueden seguir diariamente anuncios, incidencias, propuestas de mejora y gestión de cara a sus residentes.

Se ha implementado la atención **PERSONA/RESIDENTE** (4 residentes/auxiliar de enfermería) y por habitaciones para mejorar la comunicación y atención al residente y su entorno. Se han reducido las incidencias relacionadas con la limpieza de cada habitación, organización, control, etiquetado de su ropa y enseres personales.) y para mayor tranquilidad/comunicación en estos aspectos con familiares.

2. ORIENTACIÓN HACIA LA PERSONA **RESIDENTE**. LA PERSONA COMO EJE CENTRAL DEL RECURSO

Se cumple al 100% tanto con el primer indicador relativo a la **valoración Inicial** de PAIS antes de los 30 días desde su fecha de ingreso, como con la **revisión semestral** correspondiente en la revisión de **objetivos** a cumplir desde las distintas áreas biosanitarias. No se registran retrasos ya que se agenda una reunión en función de las alertas en el sistema informático indicando la fecha prevista de actualización de PAIS.

El equipo profesional del centro además informa regularmente a los residentes y personas usuarias y/o sus familiares sobre su valoración (con firma de los familiares/residentes del PAI semestral)

La ratio de consultas/usuario relativo a valoraciones extraordinarias por parte del equipo médico es de 6 al año teniendo en cuenta que hay usuarios que necesitan mayor demanda dependiendo de su estado de su salud. Se registran en el sistema EUDORACARE para el cálculo de la ratio.

Confección de las **historias de vida cumple con el criterio dentro del plazo de 30 días** desde su ingreso. El objetivo del 2022 es tener el registro informatizado en el sistema EUDORACARE (Anamnesis)

Otro objetivo para el 2022 se centra en la LIBRE SUJECCIONES (Se reducirá la ratio de sujeciones combinadas y en particular el uso de barandillas con la reeducación de residentes a la hora de incorporarse que no tengan riesgo de caída.

Los registros de deposiciones y toma de constantes vitales se realizan diariamente con la revisión semanal correspondiente al área de enfermería sin incidencias a resaltar durante el 2021. Se han implementado hojas de registros en papel para las auxiliares de enfermería igualmente. Protocolos implementados con éxito.

3. PROTAGONISMO, IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Se ha mejorado el trabajo de equipos interdisciplinarios a través de reuniones de turnos (Disponible a requerimiento de Inspección) además de las relacionadas con los PAIS para responder a necesidades formativas y definir con mayor equidad el trabajo por turnos asignando responsabilidades por tareas.

Se realizan talleres internos a auxiliares de enfermería con responsables del área médica y enfermería para tener mayor conocimiento en temas como la toma de constantes vitales (se tratan temas como la glucosa, Sintron, saturación, tensión etc..) . De esta forma se mejora la capacitación de la persona empleada para el desarrollo de estas.

Mejora continua de las condiciones de seguridad laboral de los profesionales a treves de la contratación externa de sistemas de **gestión preventiva de los riesgos (OTP) con su respectivo Mapa de Riesgos**. No se han registrado incidentes de seguridad en el centro.

Se ha incluido el protocolo a disposición de los empleados para promover acciones de cara a **evitar la desigualdad** en el entorno laboral.

Objetivo 2022: Publicar el manual **acogida de nuevos/as profesionales en elaboración**.

4. EFICACIA: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL CENTRO

Se ha **reforzado las dos figuras de gobernantes** en distintos turnos creando un grupo de whatsapp tanto para compartir información y asunción de responsabilidades como para dar un seguimiento mas eficaz de las incidencias diarias sobre el mantenimiento del centro además de los oportunos informes que realizan en el sistema informático por turno.

Se está automatizando la gestión de **Compras e inventario** a partir del control de las hojas que rellenan las responsables de entradas y salidas de productos sanitarios, alimentación en cada uno de los almacenes. OBJETIVO 2022.

Se está valorando contrato externo para la realización de **registro salarial**. **Objetivo 2022**.

5. LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: ELEMENTO DISTINTIVO DEL VALOR DE LA ORGANIZACIÓN

Durante el 2021 se ha Impulsado el Plan de **Mejora de la Calidad** para mejorar el servicio prestado a través de reuniones periódicas para revisar todos los procesos, planes y programas

implementados reflejando los resultados tanto en la Memoria con las áreas de medicina, enfermería y TO a final de año como en las reuniones de TURNOS realizadas a lo largo del año.

El 2021 se ha dedicado mucho tiempo a conocer las potencialidades del **sistema informático** de gestión y compartir con los profesionales a través de videos tutoriales que se difunden en el grupo de whatsapp de los/las trabajadores/as, además de talleres in situ para recoger las deficiencias de conocimiento en grupo.

Así mismo se está participado en la subvención del KIT DIGITAL con renovación de la pagina web, posicionamiento, e impulso de redes sociales a través de Instagram.

Se han realizado 4 reuniones de Calidad a lo largo de año que incluyen todas las áreas además de otros temas relacionados con formación, LOPD, Riesgos laborales, e informatización de procesos. La memoria se centra en aspectos más biosanitarios y se completará en diciembre del 2022.

Se han implantado 5 nuevos planes de trabajo/ programas implantados: Programa de paseos, control de inventario, toma de CV con revisión mensual, registro diario y control semanal de deposiciones y la sistematización de reuniones con responsables de turnos previas a las reuniones de turnos con todos los profesionales para que sean más productivas.

7. Formación continua

Asimismo, se realizan acciones formativas para los trabajadores de la residencia, partiendo de las propias necesidades del centro y de las demandas concretas de las profesionales orientadas a la mejora de los servicios y de los procesos de atención en la residencia.

De acuerdo con la legislación vigente, el centro establece un programa anual de formación continua del personal del centro cumpliendo con los créditos. Dicho programa se difunde internamente mediante su exposición en el tablón de anuncios. Igualmente, se podrá solicitar su descarga a la dirección del centro.

Para más detalle, solicitar Documentación al respecto

8. Accesibilidad y barreras arquitectónicas

Una vivienda accesible es un hogar sin barreras y segura dónde las personas mayores o en situación de dependencia pueden mantener su autonomía realizando las actividades de la vida diaria con la mínima ayuda. Esta circunstancia les permite vivir en un entorno donde aumenta su bienestar y calidad de vida.

La accesibilidad es pues el grupo de características que la residencia cuenta de cara a cumplir con unas condiciones óptimas de seguridad y autonomía.

Todas las instalaciones del centro cumplen con la normativa vigente de su Comunidad Autónoma teniendo en cuenta los criterios de accesibilidad, adaptabilidad, y seguridad de los usuarios, familiares y personal. **(Ley 8/1993, de 22 junio, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de la CM)**

Licencia de Proyecto de instalación de ASCENSOR y montacargas en el edificio secundario aprobada: Consecución instalación 2022-2023

Diseño del Edificio

- El centro está diseñado teniendo en cuenta los criterios de accesibilidad, adaptabilidad, y seguridad de los usuarios, familiares y personal. El diseño del edificio fomenta la **intimidad**, facilita la **orientación, personaliza los ambientes** y ofrece un aspecto hogareño.
- El diseño del edificio favorece la accesibilidad interior y exterior, en los planos vertical y horizontal, que permite a todos los residentes el **libre desplazamiento**. Las zonas de circulación son adecuadas a las necesidades de los residentes y las **vías de comunicación horizontal y vertical tienen las dimensiones adecuadas**. Se dispone de un **sistema interior de señalización** que permite localizar y acceder a las diferentes zonas y servicios.
- El diseño del edificio está dotado de **medidas que evitan lesiones o daños** a las personas, dispone de accesos adecuados para los servicios de emergencia y contempla la adecuada distribución de los circuitos de limpio y sucio.
- Dispone de zonas que favorecen la **privacidad** de los contactos entre usuarios, y entre estos y sus visitas. El centro está adecuadamente situado en su entorno y dispone de sistemas de climatización adaptables a los cambios estacionales y acordes con su ubicación geográfica.
- El centro dispone de **servicio telefónica** con el exterior, cubriendo todas las necesidades de funcionamiento normal y **emergencias**, tanto del centro, como de los residentes. El **sistema de megafonía** funciona en las zonas comunes y cumple con la normativa vigente. La **iluminación** permite una adecuada orientación incluso durante la noche, sin que lesione el derecho al descanso de aquellas personas que estén durmiendo.
- El centro, en función de su tamaño, cuenta con sistemas propios e independientes de acceso.

Habitaciones

- Por razones de intimidad y satisfacción de los residentes, el centro cuenta con que el diseño de la residencia cuenta con **habitaciones individuales y dobles** de acuerdo con la normativa teniendo en cuenta la capacidad existente. Los **baños, pudiendo ser compartidos, y con las dimensiones adecuadas permiten un fácil acceso** desde cada habitación.

Equipamiento

- El diseño del equipamiento y mobiliario tiene en cuenta los **criterios ergonómicos**, cumple los requisitos de seguridad para su uso por personas mayores autónomas y dependientes y tiene un **mantenimiento, conservación y reposición**, que permite su uso en condiciones adecuadas.
- El centro cuenta con las ayudas técnicas necesarias. Según la complejidad de cuidados médicos y de enfermería proporcionados, además de todos los elementos necesarios para **limpieza, desinfección y esterilización**.

Se implementará una reunión independiente a final de año que recoge la revisión, incidencias de mantenimiento y cambios infraestructuras.

9. Conclusiones

El trabajo desarrollado a lo largo del año 2021 ha sido posible gracias a un Equipo de Trabajo que ha sabido día a día demostrar su profesionalidad y más importante aún, dirigir todos sus esfuerzos a la atención individualizada de nuestros/as residentes, ellos han sido los protagonistas de idear, ordenar, preparar, ejecutar y evaluar el conjunto de programas y actividades desarrollados.

El objetivo fundamental que se ha perseguido en la Residencia con la Programación desarrollada a lo largo del año 2021 ha sido la de **mejorar la calidad asistencial**, consiguiendo para cumplir con los requisitos necesarios en el servicio que prestamos centrado en cuidados integrales, para la satisfacción de las personas residentes, trabajando por fomentar las capacidades de las mismas, retrasar su deterioro físico y/o psicológico y obtener el máximo provecho de las funciones capaces de realizar por sí mismas.

Estimamos que la búsqueda de ese objetivo ha conllevado **un gran esfuerzo** de organización por parte del Equipo Directivo y principalmente por el personal, el cual ha ido incorporando nuevas ideas, valores, actitudes y procedimientos diferentes en su práctica diaria.

EL 2022 se dedicará a profundizar en la MEMORIA detallada por áreas una vez superado el proceso de AUTOEVALUACION que nos ha permitido mejorar en la revisión y seguimiento de nuestra calidad asistencial que llevamos ofreciendo a lo largo de los años.

10. Aspectos formales

Último año evaluado 2021: [104 ASRS 2021-01 C2288 ACTA.pdf](#)

ACTA DE INSPECCIÓN No: 104/ASRS/2021

Próxima fecha de Evaluación PREVISTA: Plan Calidad 2022 y Memoria Anual

Centro evaluado: Residencia SAN MIGUEL (Villalbilla)

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 adaptación de las personas mayores usuarias de sus servicios.</p>	<p>1.1.1 Entrevistas de preingreso a las personas mayores usuarias y/o familiares, junto con una visita al centro residencial.</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. Información escrita facilitada a personas mayores usuarias y/o familiares durante el proceso de ingreso: manual de funcionamiento o resumen (régimen interno), la Carta de Servicios de la residencia, documentos relativos a la protección de datos personales, así como cualquier otro documento de interés.</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. Exposición en el tablón de la residencia para residentes y familiares la Carta de Servicios 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 Comunicación y participación del usuario y familias.</p>	<p>1.2.1. Nivel de satisfacción de usuarios y familiares evaluados anualmente (quejas y reclamaciones)</p> <p>1.2.2. Participación 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 PROGRAMA SOCIOCULTURAL Y TERAPIA OCUPACIONAL)</p>	<p>N.º y tipología de quejas y reclamaciones anuales.</p> <p>Nivel de satisfacción de usuarios y familiares 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 RESIDENTE. LA PERSONA COMO EJE CENTRAL DEL RECURSO</p> <p>2.1. Atención médica, geriátrica, de enfermería y terapia ocupacional, así como otros servicios orientados a la protección, la seguridad y la salvaguarda de la integridad personal de residentes.</p>	<p>Valoración geriátrica integral y un plan interdisciplinar de atención personalizada (PIAP), a cada persona usuaria, en un plazo no superior a 30 días desde su ingreso en la residencia. Posteriormente se efectúan valoraciones anuales ordinarias y valoraciones extraordinarias. 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>Seguridad del residente (medicación, úlceras por presión, caídas, actividad física preventiva, etc).</p>	<p>2.1.1 Elaboración de valoración 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 historias de vida 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. Información entregada a las personas usuarias y/o a sus familiares 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 anuales de seguridad en el centro. Se elabora el Mapa de Riesgos.</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 anuales de seguridad 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

Servicios	Compromisos/Objetivos	Indicadores de calidad	Cálculo de indicadores	Estándar	Periodicidad

PLAN DE CALIDAD

<p>2.2. Alojamiento y apoyos orientados a la protección, la seguridad y la salvaguarda de la integridad personal de residentes. Servicios de limpieza, lavandería, planchado y repaso de ropa, higiene y desinfección.</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 adaptaciones a petición de residentes y/o sus familias en las habitaciones, con el fin de crear un ambiente hogareño, siempre que las mismas no afecten a la estructura ni al funcionamiento del centro.</p> <p>2.2.2 Realización de revisiones de mantenimiento semestrales.</p> <p>2.2.3 Inspección de la accesibilidad 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>3. IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL</p>	<p>Trabajo en equipo interdisciplinar. Para ofrecer una atención global, integral, multidisciplinar, cubriendo las necesidades formativas y de capacitación de la persona empleada para el desarrollo de estas.</p> <p>Mejora de las condiciones de seguridad laboral y acciones para evitar la desigualdad en el entorno laboral.</p>	<p>3.1 Fomentar el trabajo en equipo interdisciplinar. Para ofrecer una atención global, integral, multidisciplinar. (REUNIONES PAI Y PROTOCOLOS)</p> <p>3.2 Responder a las necesidades formativas y de capacitación de la persona empleada para el desarrollo de estas.</p> <p>3.3 Mejora de las condiciones de seguridad 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 acogida de nuevos/as profesionales.</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>4. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL CENTRO</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 diario de las incidencias de mantenimiento según protocolo de gobernante)</p> <p>4.2 Actualización del inventario del centro.</p> <p>4.3. Gestión de Compras</p> <p>4.4. Control de prescripciones técnicas de contratos externos.</p>	<p>Contabilización de acciones para la mejora de la infraestructura, equipos técnicos y mobiliario de los centros. Informe anual del Gobernante del Centro.</p> <p>Nº de reuniones con Servicio de Mantenimiento anuales:</p> <p>Nº de incidencias de mantenimiento solventadas correctamente / Nº de incidencias de mantenimiento interpuestas al año x 100 (estándar 100%):</p> <p>Realización y análisis de consumos en los centros.</p> <p>Actualización del inventario del centro.</p>	<p>Sin incidencias mantenim. (1 reunión)</p> <p>Objetivo 2022 Control inventario informatizado</p>	<p>Anual</p>
<p>5. LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: ELEMENTO DISTINTIVO DEL VALOR DE LA ORGANIZACIÓN</p>	<p>Impulsar el Plan de Mejora de la Calidad para mejorar el servicio prestado.</p>	<p>5.1 Reuniones Calidad</p> <p>5.2 Avanzar en la implementación de planes, programas, procesos, etc.</p> <p>5.3 Explotar las potencialidades del sistema informático de gestión</p>	<p>N.º reuniones Calidad</p> <p>Implantar del Manual de buenas prácticas</p> <p>Nº planes de trabajo, programas implantados</p> <p>Mejoras programa informático</p>	<p>Ver pag. 19</p>	<p>Periódicas</p>