



Fundación  SAR



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN

PROYECTO:

APLICACIÓN DEL MODELO EUROPEO EFQM DE EXCELENCIA EN CENTROS RESIDENCIALES Y EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO: DISEÑO DE PROCESOS Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las todas las personas que han participado en los grupos focales, las cuales han hecho posible la realización del presente trabajo con su conocimiento, ganas y disposición absolutas en todo momento a pesar de que, en muchas ocasiones, ha representado ser un trabajo añadido a su quehacer diario.

Fdo.: Equipo investigador proyecto Gesquality

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICE

0. EQUIPO INVESTIGADOR Y PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROYECTO

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES SECTOR RESIDENCIAL

1.1.1 IMPLANTACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN Y/O EVALUACIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES

1.2. ANTECEDENTES SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

1.2.1 EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

1.2.2 LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL SAD

1.3 ESTRUCTURA DEL INFORME QUE SE PRESENTA

2. OBJETIVOS

3. METODOLOGÍA

3.1 GRUPOS FOCALES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES Y SAD

3.2 CONSTRUCCIÓN DEL MAPA, LA GUÍA DE PROCESOS Y DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LOS INDICADORES

4. RESULTADOS

4.1 EL MODELO EFQM DE CALIDAD TOTAL. IMPLICACIONES PARA SU IMPLANTACIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES O SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

4.2 TRABAJO DE CAMPO Y RESULTADOS: PARTE RESIDENCIAL

4.2.1 TRABAJO DE CAMPO

4.2.2 RESULTADOS

4.2.2.1 PROCESOS DEL CENTRO RESIDENCIAL

4.2.2.2 MAPA DE PROCESOS DEL CENTRO RESIDENCIAL

4.2.2.3 GUÍA DE PROCESOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL

4.2.2.4 CUADRO DE MANDO PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE UN

CENTRO RESIDENCIAL

4.3 TRABAJO DE CAMPO Y RESULTADOS: PARTE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

4.3.1 TRABAJO DE CAMPO

4.3.2 RESULTADOS

4.3.2.1 CONSTRUCCIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

4.3.2.2 FICHAS DE PROCESO

4.3.2.3 INDICADORES

4.3.2.4 CUADRO DE MANDO

5. DISCUSIÓN

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFIA

0. EQUIPO INVESTIGADOR Y PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROYECTO

INVESTIGADORA PRINCIPAL	Dra. M ^a ISABEL GENUA GOENA (Fundación Matia)
EQUIPO INVESTIGADOR	M ^a DULCE FONTANALS DE NADAL (Fundación SAR) ICIAR ANCIZU GARCÍA (Fundación SAR) CRISTINA BAÑOS (Fundación SAR) MARIA FRANCESCA CERDÓ I PASQUAL (Fundación Matia) ALBERTO URIARTE MENDEZ (INGEMA)

PROFESIONALES PARTICIPANTES EN EL PROYECTO:

Centro Residencial Fraisoro (Fundación Matia):

- Maria José Garate Olazabal: Directora del centro residencial Fraisoro
- Marta Idiaquez Miramon: Adjunta de dirección
- Maider Ochoa Oyarbide: Trabajadora social
- Isabel Carrasco Blanco: Enfermera referencial
- Maria José Igerategi Atxaga: Encargada de servicios (gobernanta)
- Nerea Alberdi Alfonso: Responsable de calidad de Matia Fundazioa

Centro Residencial SAR Fontibre (Fundación SAR):

- Mariví Aranda: directora del centro residencial SAR Fontibre
- Olga León: Trabajadora social
- Leticia Pascual: Coordinadora de Enfermería
- M^a Dolores Soria: Jefa de Servicios Generales

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROFESIONALES PARTICIPANTES EN EL PROYECTO:

Servicio de Ayuda a Domicilio ServiSAR Zaragoza (Fundación SAR):

- Chema Sanjuan: Director Operativo
- Roberto Gómez: Director de I+D
- Juana Romero: Coordinadora de servicio
- Silvia Carnicero: Coordinadora de zona
- Silvia Muñoz: Coordinadora de servicio
- M^o José Larena: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Victoria Vergel: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Elvira Otero: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Carmen del Valle: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Angelines Gonzalvo: Auxiliar de Ayuda a domicilio

Servicio de Ayuda a Domicilio ServiSAR Barcelona (Fundación SAR):

- Elena Estevez: Coordinadora de zona
- Ingrid Alvarez: Auxiliar de limpieza
- Verónica Sánchez: Trabajadora familiar
- Margarita Cano: Trabajadora familiar
- Julia Jumilla: Trabajadora familiar

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los sistemas de gestión de la calidad, cuya implantación en sectores industriales ya había demostrado su amplio beneficio, han empezado a ser considerados como posiblemente útiles y necesarios en organizaciones asistenciales del ámbito socio-sanitario, educativo y social, entre otras. De hecho, la transformación paulatina de los servicios asistenciales no ha sido ajena a los avances ocurridos en el ámbito de la calidad, cuya evolución histórica ha venido marcada por tres etapas principales que determinan a su vez la madurez de las organizaciones y servicios para asumir e implantar diferentes modelos. Las fases identificadas reflejan un progreso continuo, en el que los logros previos se convierten en la base del avance posterior. De esta forma, se van manteniendo los principios básicos, aunque las exigencias y objetivos varían en función del periodo:

- El primer paso es el control de calidad mediante técnicas y actividades que permitan verificar los requisitos del producto o servicio que se presta. En el caso de organizaciones asistenciales, el objetivo en este momento es asegurar que la atención se proporciona según unos criterios concretos de funcionamiento. Por lo tanto, todos los esfuerzos se centran en los aspectos estructurales y funcionales del servicio.
- El segundo nivel implica la instauración de un sistema de gestión de calidad con acciones planificadas y sistemáticas para proporcionar la confianza adecuada de que el producto o servicio va a satisfacer los requisitos y las necesidades de los clientes. Los usuarios se convierten así en el eje de actuación, explicitando la importancia de considerar sus demandas a la hora de organizar y evaluar los servicios. Los servicios no sólo tienen que funcionar, sino que deben generar confianza en los clientes.
- La tercera etapa conduce a la Calidad Total - Excelencia mediante una estrategia de gestión cuyo objetivo es que la organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general (Euskalit, 2006). En este momento, el foco de atención pasa del individuo particular a todos los grupos de interés vinculados al servicio. Se considera que una organización es excelente cuando dispone de un plan global que contempla la conexión entre estrategia, sociedad entendida en sentido amplio, procesos y resultados. Se evoluciona, por tanto, hacia una perspectiva integradora en la que se debe evaluar no sólo la respuesta del servicio a las necesidades de los usuarios, sino la satisfacción y cumplimiento de expectativas (como reflejo de resultados) que éste genera en todos los implicados: administraciones, profesionales, usuarios, familias y el entorno comunitario.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

La utilidad de los distintos modelos desarrollados en las últimas décadas se fundamenta en el debate y discusión, abiertos hoy en día, sobre la necesidad de adoptar directrices en el campo socio-sanitario y la gestión de la actividad teniendo en cuenta no sólo la buena práctica profesional (en la calidad asistencial) sino también la eficacia y eficiencia del funcionamiento. De esta forma, la incorporación de criterios de calidad en la definición, planificación y ejecución de la labor sociosanitaria permite avanzar en la formulación de modelos generales que contemplen no sólo los resultados a nivel asistencial, sino la satisfacción de los clientes y agentes vinculados como eje del análisis de resultados.

El camino recorrido por los servicios sociales y sanitarios en esta línea es diverso y, en general, muy dispar. Por lo que respecta a los servicios sanitarios, la preocupación por la calidad se ha planteado desde los inicios de la práctica médica, aunque se empieza a formular de manera formal a comienzo de los años cincuenta, cuando la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, al exigir unos estándares de actividad a los hospitales, explicita qué centros tienen capacidad para hacerlo bien. En este ámbito, las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua (Mira et al., 1998), que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentalmente el rediseño o reingeniería de procesos (Oteo y Hernández, 1998) y la orientación al paciente, garantizando la continuidad de los niveles asistenciales. Para ello, las decisiones clínicas buscan basarse en la evidencia científica en la medida de lo posible y la calidad forma parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles, aunque el grado de implantación varía en función del tipo de organización y las evaluaciones realizadas muestran que la coordinación sanitaria y la continuidad asistencial es todavía un cuestión teórica más que práctica. Se podría afirmar que, desde el punto de vista de las etapas de calidad, el ámbito sanitario se encontraría mayoritariamente entre los momentos dos y tres, es decir, con una implantación de sistemas de gestión de calidad que asumen ciertos elementos de la Calidad Total.

Por su parte, "los Servicios Sociales se han desarrollado bajo una cierta concepción de que al ser servicios públicos, la mayoría gratuitos, con pocos recursos y para personas poco exigentes, no se les puede pedir un esfuerzo, "una calidad" como la exigida a las empresas privadas de bienes y servicios de consumo, en donde el cliente paga por lo que compra" (Garau, 2005: 6). Se observa, sin embargo que los servicios sociales públicos están integrándose lentamente en el mundo real de la gestión, aunque se constata que dicha integración va a costar tiempo, depende de forma clara del territorio y requerirá recursos especiales con un liderazgo activo para completar la labor que hasta el momento se ha ejercido desde el empresariado privado. La aprobación de la LEY 39/2006, de Promoción de

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y de numerosas leyes de Servicios Sociales que han sido revisadas y “modernizadas” en los últimos dos años, definen una nueva orientación en la medición de la satisfacción y la consideración de los resultados de los servicios. A pesar de los esfuerzos, desde el punto de vista de las etapas de calidad, los servicios sociales públicos se encontrarían todavía en una fase inicial.

Siguiendo en esta línea, si se analiza específicamente el ámbito de los servicios de atención residencial y ayuda a domicilio para personas en situación de dependencia se observa una evolución diferencial, paralela a la identificada entre el sector social y sanitario, debido principalmente a que la empresa privada no ha entrado en la atención domiciliaria hasta hace pocos años. En el ámbito residencial, la estrategia de gestión global está más desarrollada y estructurada, aunque existe una gran disparidad en los modelos de atención, los sistemas de recogida de información y las herramientas de medición de resultados. A pesar de las diferencias, los planteamientos generales son sólidos, por lo que se puede afirmar que este sector se ha consolidado en el nivel dos y camina con pasos firmes hacia esquemas de excelencia.

En la ayuda a domicilio, la situación es bastante diferente: se evidencia la falta de un modelo de gestión integral para ayuda a domicilio, que estandarice los requisitos mínimos que debe de cumplir una organización para garantizar la mejor práctica profesional, así como su sostenibilidad de cara a terceros contratantes. En este sentido, la variabilidad es mucho mayor y situaría a la ayuda a domicilio entre los niveles uno y dos en términos de evolución de calidad.

Es evidente que en todo el proceso descrito las administraciones han jugado un papel importante y que gran parte de la dispersión y la diversidad se debe a las diferencias en los criterios estructurales y requisitos funcionales para definir los servicios, algo ya constado en otros trabajos (Fontanals et al., 2007).

Partiendo de este escenario general y de una experiencia propia de varios años en la implantación de sistemas de gestión de calidad en la atención a la dependencia, con el presente proyecto se pretende completar y ampliar los esfuerzos de sistematización realizados en otras investigaciones, integrando las aportaciones del modelo EFQM con el objetivo de definir los procesos clave a considerar en la gestión de un servicio residencial y de ayuda a domicilio, junto con los indicadores para su seguimiento y evaluación continua. Se pretende, en último término, generar un cuadro de mando para la gestión integral que pueda convertirse en referente y guía para gestores y profesionales de ambos servicios.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Para la elaboración de dicho cuadro de mando, se asumen los principios básicos de la calidad total-Excelencia (orientación a resultados, orientación al cliente, liderazgo y coherencia, gestión por procesos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continuas, desarrollo de alianzas y responsabilidad social) cuya conceptualización y traducción aplicada se materializa en un conjunto de procesos e indicadores de gestión y atención.

El carácter novedoso del presente proyecto radica en plantear la evolución de los actuales modelos de certificación de servicios de atención a la dependencia hacia modelos avanzados de gestión, en concreto, al modelo EFQM de Excelencia. Además, la propuesta desarrollada es interesante y necesaria por su momento de oportunidad, la metodología utilizada y el trabajo de campo que ha permitido validar el modelo en dos centros residenciales y un servicio de ayuda a domicilio. La construcción y definición del modelo de gestión integral según el EFQM constituye la base para su aplicación por otras organizaciones, ya que facilita la recogida de numerosa información y la organización de la actividad hacia una estrategia de calidad total.

En este sentido, la aplicación del *modelo EFQM* permite, mediante la autoevaluación, el examen global y sistemático de las formas de hacer y los resultados logrados, con el propósito de identificar áreas de mejora. En consecuencia, articula un enfoque que:

- define procesos orientados según las necesidades de todos los grupos de interés,
- apoya la política estratégica de las entidades prestadoras de servicios y el despliegue e implementación sistemática del enfoque,
- evalúa mediante mediciones regulares,
- permite articular las actividades de aprendizaje con el objetivo de identificar, priorizar, planificar e implantar mejoras.

Con este procedimiento se pueden distinguir las actuaciones según diferentes criterios agentes del modelo de Excelencia que se agrupan en la siguiente tabla:

La implicación del <i>liderazgo</i> de las entidades en el desarrollo e implantación del	La estrategia de implantación <i>de la misión y los valores de la entidad</i> , la gestión y aprovechamiento del	La planificación y gestión de <i>alianzas externas y recursos internos</i> en apoyo a la	El diseño, gestión y mejora de los <i>procesos estratégicos, asistenciales y de soporte</i> que
--	--	--	---

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

sistema de gestión	potencial de las personas que componen la entidad	estrategia y la eficacia de los procesos	despliegan la política y estrategia con el propósito de satisfacer a clientes y grupos de interés
--------------------	---	--	---

Por otro lado, a partir de estos criterios se pueden evaluar sistemáticamente los resultados en los usuarios de los servicios residenciales y de ayuda a domicilio por un lado, en los profesionales que integran la entidad prestadora de servicios por otro, así como el impacto en la sociedad, para finalmente, evaluar qué logros alcanza la organización en relación al rendimiento planificado en la prestación de los servicios y la consecución de metas y objetivos indicados por la Administración Pública o la propia entidad.

Según todo lo expuesto y tal como está planteado, el estudio tiene una repercusión significativa a tres niveles:

1. A nivel Institucional, porque ofrece a las Administraciones un referente sobre el que desarrollar pautas comunes para la gestión integral que sienten las bases de un marco normativo general de evaluación y control del funcionamiento de centros residenciales y servicios de ayuda a domicilio para personas dependientes.
2. A nivel profesional, dota a las entidades prestadoras de servicios residenciales y de ayuda a domicilio de una herramienta útil para la organización y seguimiento de los procesos clave y sus indicadores de resultados con el objetivo de proporcionar una atención de calidad que marque el inicio del camino hacia la Excelencia.
3. A nivel de los usuarios, la introducción de modelos de gestión de calidad que consideran la satisfacción del cliente y, así mismo, la mejora continua de los servicios, suponen un beneficio a favor de la propia autonomía de éstos.

Además, el ámbito de influencia del proyecto se extiende principalmente al sector formal de atención, beneficiando transversalmente a responsables, operadores, profesionales y clientes, ya que por un lado se establecen los procesos que hacen posible y garantizan la implantación sistemática de políticas, estrategias, objetivos y planes de la organización, y por otro permiten el cumplimiento de normativas de calidad internacionalmente reconocidas a partir de las aportaciones del modelo EFQM. Se espera favorecer al sector de atención residencial y de ayuda a domicilio en general, al desarrollar un lenguaje y conocimiento

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

comunes que sitúen a las organizaciones y entidades en posición de acreditar sus procesos básicos en función de su orientación asistencial y líneas estratégicas.

En definitiva, la confección de mapas de gestión estratégica y la determinación de los procesos clave asistenciales y de soporte, facilita la evaluación futura, la comparación entre instituciones, creando nuevos contenidos e iniciativas de mejora, que a su vez optimicen tiempos y costos.

1.1 ANTECEDENTES SECTOR RESIDENCIAL

1.1.1. IMPLANTACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN Y/ O EVALUACIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES

En los últimos 20 años, el sector de servicios a personas mayores ha experimentado un gran cambio, pasando de ser un sector "pobre, desatendido y mayoritariamente voluntarista" a ser un sector con una importante relevancia social. Dicha relevancia aumenta el nivel de exigencia al que se ven abocados dichos centros, los cuales han de ser (y demostrar serlo) eficaces, eficientes y ofrecer a los usuarios la mejor asistencia posible gestionando los recursos de manera transparente de cara a los terceros contratantes.

Por todo ello, los modelos de calidad que habían ido afianzándose en el sector industrial, entran en el sector servicios y en este caso en el de los servicios destinados a las personas mayores, bien a través de estándares y modelos generales de calidad (ISO 9001, EFQM) bien a través de modelos diseñados expresamente para el sector residencial.

A continuación se exponen los principales modelos DE CALIDAD Y MEJORA desarrollados en la bibliografía destacando que además de estos coexisten con multiplicidad de pseudo-modelos desarrollados por las administraciones mediante legislación. La coexistencia de esta variedad de modelos dificulta la aparición e implantación de estándares de gestión y atención comunes aceptados. A su vez, no son muchos los modelos desarrollados desde el ámbito específico de la atención a las personas mayores. Por otro lado, cabe destacar que muchos de ellos no plantean un modelo de gestión sino un esquema de evaluación sobre el cual puede fundamentarse la mejora.

Estos modelos pueden diferenciarse teniendo en cuenta su especificidad o no en relación a la gestión de centros residenciales:

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

ESPECÍFICOS	GENÉRICOS
<ul style="list-style-type: none"> • MODELO SERA • MODELO DE GARANTÍA DE CALIDAD Siis- KALITATEA ZAINDUZ • 100 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA FOMENTAR LA CALIDAD EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES • CATÁLOGO DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES • NORMA UNE 158101 DE GESTIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES Y LOS CENTROS RESIDENCIALES CON CENTRO DE DÍA O CENTRO DE NOCHE INTEGRADO • JOINT COMMISSION 	<ul style="list-style-type: none"> • MODELO SERVQUAL • ISO 9001:2000 • MODELO DE CALIDAD TOTAL EFQM

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS (SERA). (Fernández Ballesteros, 1996)

Este modelo está enfocado en la integración de los aspectos físicos, organizativos, sociodemográficos, psicosociales y personales de los residentes, teniendo en cuenta las interrelaciones que se establecen entre todos esos grupos de variables. Se basa en la descripción de contextos residenciales para personas mayores a unos amplios niveles de complejidad con posibilidades tanto de cuantificación como de análisis cualitativo de los diferentes aspectos ambientales (físicos y arquitectónicos, organizativos y de funcionamiento, de personal y residentes y de clima social) y personales (habilidades funcionales, nivel de actividad, salud, satisfacción y necesidades sobre el contexto) y por último interactivos (Iradi, J. et alt.)

Se compone por un conjunto de escalas que tienen en cuenta los diferentes aspectos contextuales, personales y de relación permitiendo la descripción del medio ambiental y las comparaciones entre la percepción del usuario y del personal. Las escalas son las siguientes:

ICAF. INVENTARIO DE CARACTERISTICAS ARQUITECTONICAS Y FISICAS

ICOF. INVENTARIO DE CARACTERISTICAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

ICPR. INVENTARIO DE CARACTERISTICAS DEL PERSONAL Y RESIDENTES

EV. ESCALA DE VALORACION

ECS. ESCALA DE CLIMA SOCIAL

LN. LISTADO DE NECESIDADES

CS. CUESTIONARIO DE SATISFACCION

CIP. CUESTIONARIO DE INFORMACION PERSONAL

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Es un modelo fundamentado en los modelos teóricos que analizan el comportamiento humano como el resultado de la relación persona-ambiente y que permite, a raíz de los resultados de la evaluación, intervenir sobre el ambiente del centro para mejorar y favorecer determinados contextos que incidirán directamente en la mejora de la atención y en la percepción propia de los residentes.

MODELO SERVQUAL (PARASURAMAN, ZEITHAML Y BERRY)

El modelo SERVQUAL es un instrumento que sirve para medir las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de un servicio. Es un modelo genérico que sirve para cualquier tipo de empresa de servicios.

El modelo SERVQUAL define la calidad del servicio como la diferencia entre las percepciones reales por parte de los clientes del servicio y las expectativas que sobre éste se habían formado previamente. De esta forma, un cliente valorará negativa o positivamente la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores o superiores a las expectativas que tenía. Para su mejor comprensión, Parasuraman, A. et al. analizaron cuáles eran los principales condicionantes en la formación de las expectativas. Tras su análisis, concluyeron que estos condicionantes eran la comunicación boca-oído entre diferentes usuarios del servicio, las necesidades propias que desea satisfacer cada cliente con el servicio que va a recibir, las experiencias pasadas que pueda tener del mismo o similares servicios, y la comunicación externa que realiza la empresa proveedora del servicio, usualmente a través de publicidad o acciones promocionales. Parasuraman et al. (1993) propusieron como dimensiones subyacentes integrantes del constructo calidad las siguientes:

Fiabilidad: Habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa

Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, las personas trabajadoras y los equipos.

Capacidad de respuesta: Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y de proporcionar un servicio rápido ante sus demandas

Seguridad: Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los trabajadores así como su habilidad para transmitir confianza y credibilidad al cliente

Empatía: Atención individualizada que ofrecen los centros y sus trabajadores a los usuarios

A su vez, estas cinco dimensiones se desagregaron en 22 ítems sobre los que se han fundamentado principalmente los estudios de satisfacción y de calidad percibida de los

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

clientes o usuarios de un servicio. Cabe destacar que no se propone una encuesta única sino que la organización o empresa la elabora en base a los diferentes ítems desagregados.

Igual que el SERA, este modelo permite la evaluación de la calidad de los servicios prestados por organizaciones y ha venido utilizándose ampliamente en instituciones sanitarias a través de técnicas cualitativas (entrevistas semiestructuradas, grupos focales, etc.) como es el caso del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Sanitario público de Andalucía, etc. (Junta de Andalucía, 2008)

MODELO DE GARANTÍA DE CALIDAD SiiS- KALITATEA ZAINDUZ. (FUNDACIÓN EGUIA CAREAGA)

El modelo de Garantía de Calidad SiiS tiene como base el respeto de los derechos de los residentes y los aspectos cualitativos de la atención. El modelo se centra en aquellos aspectos que están relacionados directamente con la vida cotidiana de los residentes y trata de definir si las pautas de organización y funcionamiento garantizan o no, en las distintas áreas de atención, el respeto de los derechos básicos de los residentes. El objetivo de este modelo es garantizar la mejora continua del centro buscando la participación de las personas directa o indirectamente implicadas en la vida residencial, tanto en la determinación de los aspectos que requieren ser modificados como en la definición de las alternativas viables, siendo efectiva esta participación a través de un Grupo de Calidad en el que quedan representados los distintos agentes que toman parte en un centro residencial. (Iradi, J. et alt.)

Es un método abierto y flexible que tiene como objetivo la mejora continua de la calidad de atención, tratando de garantizar, en lo posible, los derechos de los usuarios buscando para ello la implicación de las personas que directa o indirectamente participan en la vida del Centro. En este sentido, pone el énfasis en los aspectos cualitativos de la atención, centrándose en la vida cotidiana de los usuarios y tratando de analizar si las pautas de la organización y funcionamiento de la residencia garantizan o no, en las distintas áreas de atención, el respeto de los derechos básicos de los usuarios.

El modelo propone toda una serie de recomendaciones (235) evaluables susceptibles de convertirse en acciones de mejora. Se estructura en sucesivos ciclos de calidad proponiendo la participación de todos los grupos de interés en el establecimiento de los planes de mejora. Finalmente, es certificable. Los ciclos que contempla son los siguientes: diagnóstico, discusión y acuerdo, elaboración de informe inicial, afianzamiento, mantenimiento, elaboración de informe final y solicitud de certificación.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Los **derechos** en los que se fundamenta la evaluación son los siguientes:

1. Intimidad: Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir continuas intromisiones en sus asuntos personales.
2. Dignidad: Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.
3. Independencia: Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.
4. Libertad de elección: Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.
5. Satisfacción: Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.
6. Conocimiento y defensa de sus derechos: Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y de ciudadano, y oportunidad de ejercerlos

Y son evaluados en los siguientes **ámbitos**:

1. Aspectos materiales
2. Atención personal
3. Forma de vida
4. Relaciones personales
5. Relaciones con el exterior
6. Organización, funcionamiento e información
7. Forma de trabajar en la residencia

No son muchas las organizaciones han optado por este modelo de gestión siendo en el País Vasco (desde dónde ha surgido el modelo) sólo 7 las organizaciones acreditadas según estudio de Iradi, J. et al.

100 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA FOMENTAR LA CALIDAD EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES (BOHORQUEZ, A. coord..)

Esta recopilación de recomendaciones desarrollada por el grupo de trabajo "criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores" de la SEGG (Bohórquez, 2004) es una interesante herramienta de autoevaluación que puede servir a modo de documento orientativo y guía del sector.

Contempla recomendaciones para el ámbito de la dirección y los aspectos organizativos del centro, derechos y deberes de los residentes, recomendaciones relacionadas con la familia,

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

los recursos humanos, el entorno así como recomendaciones relacionadas con la accesibilidad y aspectos arquitectónicos del centro.

CATALOGO DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES (DIPUTACIÓN FORAL DE GUIPÚZCOA)

Dentro de las iniciativas institucionales destaca la desarrollada por el departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa, que desarrolla en el año 2006 el catálogo de servicios residenciales a implantar en todas las residencias de la Diputación, tanto públicas como privadas concertadas. El Catálogo define el conjunto de servicios a proveer a las personas, junto al objetivo de aseguramiento de la calidad asistencial y al de la homogeneización de esa calidad en todos los centros residenciales para personas mayores.

Consta de cuatro partes o elementos relacionados entre sí estrechamente:

- Cartera de servicios directos a proveer a la persona usuaria: Esta cartera describe, los servicios obligados y opcionales que debe de proveer la residencia. Estos servicios contemplan todas las áreas de actividad y atención de un centro residencial, siendo una propuesta integral.
- Buenas prácticas de una serie de procesos y áreas de actuación considerados clave en la atención residencial. Contempla desde el ingreso y acogida hasta el fin del servicio y todos los pasos desde la valoración integral hasta el desarrollo del plan de cuidados del residente. En relación a aspectos organizativos contempla la formación del personal, la ubicación del residente y los ambientes y el modelo de atención (aunque no los describe con tanto detalle como los anteriores).
- Sistema de indicadores para medir la calidad de algunos de esos procesos y su evolución. Estos indicadores son los que van a ser objeto de inspección. Contemplan los elementos estructurales necesarios que indicarán la calidad del servicio e indicadores de resultado en algunas de las áreas relevantes de atención como por ejemplo: *prevalencia de úlceras por presión a una fecha determinada, así como su incidencia anual y tasa de curación.*
- Ratios y el perfil de los profesionales involucrados en la atención directa: detalla los tiempos unitarios por estancia y categoría profesional.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

El objetivo final del catálogo es que en un período de tres años, la totalidad de los centros de Guipúzcoa funcionen con los parámetros de calidad definidos.

Actualmente este catálogo está siendo implantado en los centros residenciales de Guipúzcoa aunque no existen resultados de dicha implantación. No obstante constituye un marco de trabajo que conlleva a los centros a incorporar buenas prácticas y protocolos de atención, a gestionar sus resultados e introduce el concepto de procesos en la organización.

NORMA UNE 158101 DE GESTIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES Y LOS CENTROS RESIDENCIALES CON CENTRO DE DÍA O CENTRO DE NOCHE INTEGRADO (COMITÉ TÉCNICO 158)

Promulgada por AENOR en abril de 2008, la norma UNE 158001 es un estándar de gestión específico para el sector de residencias de personas mayores. Según se recoge en la propia norma, su fin es el de "especificar los requisitos mínimos que debe cumplir un centro residencial para garantizar la calidad de la prestación del servicio". Contempla requisitos relacionados con la gestión del centro, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos humanos, las infraestructuras y equipamiento, la prestación del servicio y la medición, análisis y mejora. Es una norma española y es certificable.

Anteriormente, en su primera edición, la norma (UNE 158001:2000 de gestión de servicios en las residencias de mayores) se centraba casi exclusivamente en los requisitos y características que debían cumplir las residencias a la hora de prestar el servicio directo al cliente o residente (capítulo 5. Prestación del servicio). También hacía una pequeña referencia a la gestión de la calidad en la residencia (capítulo 7. Gestión de la calidad en la residencia) así como a la necesidad de que exista un sistema de evaluación de la satisfacción del cliente (capítulo 6. Evaluación de la satisfacción del cliente).

No obstante, presentaba limitaciones en la medida que sus contenidos-requisitos eran de carácter mínimo y además, en algunos apartados como era el capítulo dedicado a la calidad, aportaba sólo criterios descriptivos y/o de carácter genérico que dificultan su aplicación en la práctica. En muchos casos los requisitos en ella promulgados eran inferiores a los requisitos marcados por la legislación autonómica de la atención a personas mayores de la diferentes CCAA del estado español.

La revisión actual mejora sensiblemente a la anterior e introduce los conceptos clave de la ISO 9001:2000 (sistema de gestión de la calidad) y conceptos de calidad total (gestión por procesos, indicadores de atención y gestión, necesidad de establecer la misión, visión y

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

valores del centro así como un plan de gestión que contemple los resultados del periodo anterior y los objetivos y acciones de mejora para el período siguiente, etc.).

La implantación de la NORMA UNE 158001 en las residencias de mayores

La norma Une 158001 no tuvo mucho éxito en el sector y su aplicación fue más bien escasa.

En fecha de realización del estudio "normalización y certificación de residencias de Mayores" realizado por Heras, I et al. (Zerbitzuan 2006) tan sólo 7 residencias del estado estaban certificadas por la norma en el estado español.

La valoración que realizaban dichas empresas manifestaba que la norma resultaba un tanto limitada dado que no tenía en cuenta el modelo asistencial específico de los centros residenciales, además de que los requisitos que establece puede ser, en determinados casos, menos exigente que la propia legislación vigente.

Por otro lado manifestaban que los principales beneficios de la implantación de la norma se referían a la definición y estandarización de los procedimientos de trabajo y a la definición clara de las responsabilidades y obligaciones.

Dada la novedad de la última versión de la norma, no se dispone de datos de implantación aunque se espera que sea mucho mayor su implantación que en la versión anterior.

ISO 9001:2000. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La NORMA ISO 9001:2000 es una norma o estándar internacional que establece las pautas para implantar en una organización un sistema de gestión de calidad. No es por tanto una norma que haga referencia al cumplimiento de un objetivo o a la consecución de un resultado sino que reporta a la organización la necesidad de documentar e implantar una sistemática para su gestión. La primera versión de la familia de las normas ISO 9000 es de 1987 y han sido revisadas en dos ocasiones (1994 y 2000).

Esta norma internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización necesita demostrar su capacidad para proporcionar de forma coherente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los reglamentos aplicables, y aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables. Es una norma genérica de aplicación a cualquier actividad o sector y es certificable.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Si bien no aporta ningún requisito específica para la atención residencial, incorpora la necesidad de que la organización realice planes de mejora, identifique y monitorice sus procesos con indicadores, describa los protocolos o procedimientos clave de la actividad, gestione sus recursos humanos y materiales, revise periódicamente la eficacia del sistema en términos de mejora y analice exhaustivamente la satisfacción de los usuarios principales del servicio y ofrece, por tanto, un modelo de mejora continua muy útil, por su carácter integral, de la gestión y la atención.

La implantación de la NORMA ISO 9001:2000 en las residencias de mayores

No existen datos únicos de implantación de la norma ISO 9001 en residencias de mayores aunque según estudio realizado por Heras, I et alt. (Zerbitzuan 2006) el número se aproximaría a unas 250-300 en España.

Del informe "Resultados de la implantación de la norma ISO 9000 y el modelo EFQM. Conclusiones de un estudio tipo Delphi" de Heras, I. Casadesús, M. se desprenden los consensos entorno a los beneficios derivados de la implantación de la ISO 9001 manifiestos por directivos, consultores, auditores, evaluadores del modelo EFQM, especialistas del ámbito académico y representantes institucionales del País Vasco. Dichos consensos reflejan en la tabla expuesta a continuación (Heras, I. Casadesús, M: 2005).

	Opinión general	Grado de acuerdo
Efectos sobre las operaciones	- Tiene efectos positivos ya que se ejerce un mayor control y seguimiento sobre el procesamiento de órdenes y mejora la seguridad de las operaciones.	D ●●●●○ E ●●●●○ C ●●●●● Ea ●●●●○ A ●●●●○ M ●●●●○
	- Contribuye a disminuir el plazo de entrega y los errores y defectos.	D ●●●●○ E ●●●●○ C ●●●●● Ea ●●●●○ A ●●●●○ M ●●●●○
Efectos sobre los resultados económicos	- La implantación de la normativa ISO 9000 no tiene consecuencias importantes sobre los resultados económico-financieros.	D ●●●●○ E ●●●●● C ●●●●● Ea ●●●●● A ●●●●● M ●●●●●
Efectos sobre los trabajadores	- La implantación de la normativa ISO 9000 no tiene consecuencias importantes sobre los trabajadores si bien estos en muchos casos se sienten más controlados.	D ●●●●○ E ●●●●○ C ●●●●○ Ea ●●●●● A ●●●●○ M ●●●●○
Efectos sobre los clientes	- Tiene efectos positivos ya que ayuda a disminuir las quejas y a aumentar la repetición de las compras.	D ●●●●○ E ●●●●● C ●●●●○ Ea ●●●●● A ●●●●○ M ●●●●●
Efectos sobre la imagen	- La certificación provoca una mejora de la imagen. Por ello, en muchos casos se utiliza como una importante herramienta publicitaria.	D ●●●●○ E ●●●●○ C ●●●●● Ea ●●●●● A ●●●●● M ●●●●○
Efectos sobre la Calidad de los productos y servicios	- Al aumentar el control de las operaciones y de los materiales, se reducen los defectuosos y también se mejora la Calidad de los productos y servicios finales.	D ●●●●○ E ●●●●○ C ●●●●● Ea ●●●●○ A ●●●●○ M ●●●●●

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Por otro lado, si bien en el sector sanitario está bastante extendido la aplicación de los sistemas de aseguramiento de la calidad (ISO 9001), ahora se está produciendo un desarrollo en la implantación de estos sistemas en el sector social. Pero, ¿es realmente necesario aplicar sistemas de aseguramiento de la calidad o es simplemente una cuestión de moda? (Iradi et al. 2006). En opinión de algunos investigadores como Chan et al. (1997) en el sector socio sanitario la aplicación de los sistemas de calidad han servido para asegurar la calidad sanitaria en las residencias. En cambio, en opinión de otros investigadores como Melander y Tuckman (1997) el esfuerzo realizado en la aplicación de los sistemas no se ha visto reflejado en la calidad del servicio (Iradi et al.2006).

El mismo autor manifiesta en su artículo "la normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores" (Iradi 2006) que incluye las principales conclusiones de estudios cuantitativos y cualitativos desarrollados en torno a la aplicación de la norma ISO 9001 en el sector residencial en la CAPV, que los directivos de residencias de la CAPV consideraban en un 92% que la aplicación de la norma ISO 9001 "es interesante y adaptable a los centros para las personas mayores" aunque la mayoría de las personas consultadas "condicionan el éxito de la normativa a que la necesidad de su implantación provenga de los propios centros residenciales –es decir, no se establezca por decreto–, y que se adecue el sistema al proceso fundamental del ámbito residencial que es la atención directa al cliente".

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL

Este es un modelo específico de acreditación destinado principalmente a servicios de salud aunque su aplicación a residencias de personas mayores empieza a darse a nivel español. Se basa en la comparación de la realidad del centro con los estándares definidos por la JCI. Dichos estándares tienen una marcada orientación funcional.

El modelo se basa en funciones relevantes de la organización, donde se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, contruidos a partir de una compilación de la experiencia de los mejores centros sanitarios y se actualiza periódicamente, recogiendo las tendencias futuras en la asistencia. (FAD)

La Joint Commission internacional es la institución con mayor experiencia mundial en acreditación: más de cincuenta años de funcionamiento, acredita en cada periodo más de 14.000 centros desde hospitales, centros ambulatorios y atención primaria, centros de salud mental, socio-sanitaria y servicios de atención domiciliaria.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Contempla estándares en los siguientes grupos:

Estándares centrados en el paciente

Accesibilidad y Continuidad de la Atención

Derechos del Paciente y de su Familia

Evaluación del Paciente

Atención al Paciente

Educación del Paciente y de su Familia

Estándares de gestión de la organización

Gestión y Mejora de la Calidad

Prevención y Control de la Infección

Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección

Gestión y Seguridad de las Instalaciones

Formación y Cualificaciones del Personal

Gestión de la información

Cabe destacar que el modelo de la JCI define y evalúa unos estándares concretos de la práctica o la atención sanitaria o sociosanitaria, cosa que no se realiza en otros estándares o modelos de gestión (ISO, EFQM). Por otro lado, define los medios necesarios para prestar una atención de calidad y se centra en aspectos tan relevantes como la seguridad del paciente/usuario y la continuidad de cuidados en la atención. No obstante, sus estándares se orientan fundamentalmente al proceso y a la estructura más que a los resultados, los cuales no se evalúan y no integra los principios de la calidad total (Carrasco, A.L.:2002).

Según la Fundación Avedis Donabedian en España existen 13 organizaciones acreditadas por la Joint Commission Internacional, tres de la cuáles son residencias para personas mayores.

MODELOS DE CALIDAD TOTAL – EXCELENCIA

En los años 50 surge en Estados Unidos el término Total Quality Control que pone el énfasis en el correcto diseño de los productos para garantizar la fabricación de los mismos sin problemas y la satisfacción de los clientes.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Paralelamente en Japón, tras la segunda guerra mundial, la JUSE (unión japonesa de Científicos e Ingenieros) invitó a expertos americanos como Deming, Juran y otros para que explicasen a los directivos japoneses las prácticas de gestión utilizadas en las empresas americanas.

A partir de aquí se desencadena una movilización sin precedentes en la historia para mejorar la competitividad de los productos a nivel del país, aplicando los conceptos aprendidos de la empresa americana más otros propios creando metodologías novedosas como el JUST IN TIME, AQUALITY FUNCTION DEPLOYMENT, los CIRCULOS DE CALIDAD, etc.... consiguiendo cotas de competitividad muy altas. Se llamó a esta nueva forma de gestión el Company Wide Quality Control (control de calidad extendido a toda la empresa).

En los años 80 USA empieza a hablar del Total Quality Management que se traduce como Gestión de la Calidad Total, mientras que en Europa, en el año 1988 se crea la Fundación Europea para la Gestión de la calidad (EFQM) (European Foundation for Quality Management) cuya misión es la ser la fuerza que impulse en Europa la excelencia sostenida. Esta organización establece el modelo EFQM de Excelencia y gestiona el Premio Europeo a la Calidad.

En términos generales se define la Calidad Total como la estrategia de gestión cuyo objetivo es que la organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés, es decir, en general, de los clientes, empleados, accionistas y la sociedad. Y, en este sentido, el modelo EFQM de Excelencia se basa en la siguiente premisa: "los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, que se hará realidad a través de las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos".

El modelo se fundamenta en una serie de criterios desarrollados a su vez en subcriterios, que presentan toda una serie de recomendaciones en los agentes causales (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos y procesos) y en los criterios de resultados en los clientes, las personas trabajadoras, la sociedad y finalmente los resultados clave de la organización. En base a estas recomendaciones la organización puede autoevaluarse siguiendo el método de autoevaluación del modelo Matriz Reder o bien siguiendo métodos más simples (normalmente usados en las primeras fases de implantación del modelo). Derivado de dichas autoevaluaciones, se plantean los planes de mejora que deben llevar a la organización a conseguir progresivos avances y mejora continua.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

En relación a la implantación del modelo EFQM de calidad total en el sector residencial, Fundación Matia cuenta con una larga trayectoria de implantación progresiva del modelo EFQM de Excelencia Empresarial. En el año 1998 asume el modelo y empieza de forma planificada la secuencia de "fases" descritas en el artículo *Gestión y Calidad en la atención a personas mayores y/o discapacitadas* (Genua et alt. en Geriatrika 2005) que le han llevado a ser reconocida con la Q de oro en el año 2007 otorgada por el Gobierno Vasco en reconocimiento a la excelencia organizativa. La Q de oro supone haber obtenido en evaluación externa, más de 500 puntos en el Modelo EFQM de Calidad Total.

LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia apunta, en el título II, artículo 34 de Calidad en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia que se establecerá, (...), la fijación de criterios comunes para la acreditación de centros y planes de calidad del sistema dentro del marco general de calidad de la administración General del Estado. Así mismo, el comité técnico acordará:

- A) Criterios de calidad y seguridad en los centros y servicios
- B) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.

Por otro lado, se apunta en el artículo 35 de la citada ley la necesidad de que los centros residenciales cuenten con un sistema de gestión de la calidad.

En resolución de 2 de diciembre de 2008, de la secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centro y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se acuerdan los criterios comunes de acreditación, entre los cuales están los relacionados con los recursos materiales y equipamientos, los recursos humanos (categorías profesionales, ratios y formación), la documentación e información, la accesibilidad, la calidad en el empleo y la mejora progresiva de la calidad.

Se acuerda entre los ámbitos de acreditación (Art. 3º), que centros y servicios dispongan de un plan de gestión de calidad que incluya el mapa de procesos, procedimientos y protocolos de actuación, referidos al usuarios y a la familia, a los servicios, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Por otro lado, en el artículo 6º, de mejora progresiva de la calidad, se apunta que en el plazo de doce meses van a definirse los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios.

La multiplicidad y diversidad de modelos desarrollados para centros residenciales junto con los modelos o estándares de calidad genéricos desarrollados en el sector de las organizaciones constituyen un marco difícilmente abordable de cara a la sistematización de la calidad en la gestión y en la atención que se proponen hoy día para los servicios para mayores.

Se propone entonces en el marco del estado español la implantación necesaria en centros y servicios para personas mayores de planes de calidad, la gestión por procesos y la elaboración de protocolos de actuación que garanticen la buena práctica en la atención para todos los grupos de interés así como la evaluación y mejora a través de resultados obtenidos y estándares.

De los modelos vistos y del marco legal que propone la ley de la dependencia y sus desarrollos, se deduce que el modelo o sistema de calidad que mejor va a poder dar respuesta a las demandas sociales y de acreditación es el Modelo EFQM de Excelencia por el equilibrio que plantea en la gestión de todas las áreas de una organización cuando ésta desea obtener los mejores resultados tanto en los clientes, como en los trabajadores y en la sociedad. El modelo aporta a su vez, la herramienta de gestión por procesos como herramienta a partir de la cual se consigue y orienta a la organización hacia la mejora continua y enfatiza la necesidad de gestionar en base a datos y resultados derivados de la actividad. No obstante, el modelo no plantea estándares ni requisitos concretos en la atención a la persona mayor por lo que puede contemplarse como paraguas bajo el que se integren otros modelos como el sistema propuesto por la nueva UNE 158101¹ o la Joint Commission International²

El hecho de disponer de una herramienta de gestión y un sistema de calidad que tenga en cuenta tanto la calidad en la atención como en otras áreas relevantes supone una novedad para los equipos de profesionales de los centros debido a que tradicionalmente todos los

¹ La norma UNE 158001:2007 introduce los conceptos de gestión por procesos, planificación, mejora continua, protocolos de actuación, etc. aunque deja de lado aspectos tan importantes como la gestión de los recursos y las alianzas, la gestión de las personas y únicamente plantea indicadores en la atención.

² El modelo propuesto por la JCI supone un abanico muy completo de estándares de atención y organización, aunque resulta difícil de abordar para organizaciones pequeñas con no muchos recursos. A su vez, pone el énfasis en los elementos estructurales y de proceso y no tanto en los resultados que se obtienen.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

esfuerzos y actuaciones se han destinado al fomento de la calidad en la atención sin tener tan en cuenta otros aspectos que directa e indirectamente influyen en ella y en la sostenibilidad del servicio. En este sentido, la integración de los modelos más actuales de atención a personas mayores y a colectivos en situación de dependencia a modelos avanzados de gestión, en este caso, al modelo EFQM de Excelencia para desarrollar un Cuadro de mando de residencias de personas mayores y servicios de ayuda a domicilio para la gestión integral puede servir como referente y guía para gestores y profesionales.

1.2 ANTECEDENTES PARTE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

1.2.1. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

El origen del SAD en España puede situarse en dos órdenes ministeriales: la primera, aquella que estableció el Servicio Social de Asistencia a los ancianos, Orden del Ministerio de Trabajo de 19 de marzo de 1970; y la segunda, aprobando el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos, que recogía programación de ayuda a domicilio (1971).

Podemos definir el SAD como un “programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado” (Rodríguez, 1997).

El SAD encuentra su demanda sobre todo entre la población mayor de 65 años, siendo sus usuarias mayoritariamente mujeres. En nuestro país, se trata de un servicio con gestión mixta, privada y pública, cuya aprobación depende actualmente del Programa Individual de Atención establecido por la LAAD y que, según dicha ley, está constituido por *el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función* (BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, Pág.: 44142).

El Servicio de Ayuda (o Asistencia) a Domicilio aparece, dentro del conjunto de los Servicios Sociales gestionados por las instituciones locales, como el “servicio estrella” de entre todos los que se ofrecen o proponen en la citada Ley. Se trata de un servicio de enorme diversidad en sus características y con escasa homologación (Santamarina, 2006).

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

El marco que proporciona la nueva legislación aprobada desde 2006 supone una oportunidad para el servicio, al plantear la evolución de éste, desde concepciones centradas únicamente en las tareas, hasta un nuevo enfoque que pone su centro en las necesidades de la persona y en los beneficios individualizados de un Plan de Atención Personalizado.

Es este nuevo enfoque el que da sentido al presente trabajo de elaboración de un modelo de calidad, en tanto que se hace necesario que estos servicios de atención personalizados mantengan, más en un servicio tan heterogéneo, unos standards de calidad que aseguren una prestación beneficiosa para el usuario/a.

Partiendo de las definiciones planteadas hasta el momento, centradas en las tareas proporcionadas, se observa que nos encontramos ante un servicio muy diversificado. Su organización es heterogénea, ya que se hace en función del tipo de paciente a atender, del modelo de la institución que concierne, y de la entidad que gestiona. De aquí la dificultad para elaborar un sistema de calidad integrado, coherente y homogéneo.

Según el informe extraordinario del Defensor del Pueblo de Cataluña (Cañellas, 2004) el SAD puede incluir tareas de atención: organización del hogar, limpieza de la casa, colada y plancha, dar la comida y vigilar que la alimentación sea adecuada, y en general acompañamiento y apoyo; y tareas de vigilancia sobre la administración correcta de las medicinas prescritas o una ayuda en los ejercicios de rehabilitación.

Además de ayuda a domicilio, se puede recibir también teleasistencia, comidas a domicilio o servicio de lavandería, por ejemplo. Otras intervenciones profesionales más especializadas, como las psicosociales, terapia ocupacional o fisioterapia, son aún muy escasas.

Cualquier servicio de atención social de estas características tiene beneficios en la salud del anciano o la persona dependiente. Fuentelsaz (2002) lo resume de la siguiente forma:

- Para el anciano: Independencia y entorno cercano y familiar donde se resuelven los problemas reales.
- Para el sistema: Atención más barata, eficaz y humana, si se reducen los ingresos y estancias hospitalarias.
- Para los/as profesionales: Permite una interacción que no es posible en muchas ocasiones en los sistemas tradicionales.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Para otros autores (Mottram, 2002) es muy difícil aún conocer los beneficios de este servicio, en comparación con la posibilidad de institucionalización, ya que la evidencia empírica es insuficiente y en casos de alta dependencia, si no existe soporte familiar, el coste puede resultar elevado.

Objetivos

Se pueden establecer una serie de objetivos generales del SAD que permiten identificar áreas de actuación y unos objetivos específicos, tanto sociales como sanitarios, aunque estos últimos tienen una menor relevancia en la implantación del servicio.

Los objetivos generales pueden orientarse, sin duda, hacia un aumento de la autonomía personal de los usuarios/as en las diferentes áreas de su vida, a través de soporte en las AVDs y el apoyo psicosocial proporcionado, de manera formal o informal. Según el Defensor del Pueblo y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, en su informe del año 2000 sobre la atención sociosanitaria en España (Defensor del Pueblo y SEGG, 2000) estos objetivos generales serían los siguientes:

- Facilitar la autonomía de los usuarios.
- Conseguir cambios conductuales para mejorar la calidad de vida.
- Fomentar hábitos saludables.
- Aumentar la seguridad personal.
- Potenciar las relaciones sociales.
- Lograr la permanencia en el medio habitual de vida en condiciones de dignidad.
- Evitar la institucionalización innecesaria.

En cuanto a los objetivos sanitarios que se tendrían que cubrir desde el SAD, Fuentelsaz y cols. (2002) señalan los siguientes: mejorar el estado de salud del usuario, mantenerle en su propio medio y servir de apoyo a la persona y a su familia para conseguir una detección precoz e intervención de disfunciones familiares o del cuidador. Como se pone de manifiesto, el peso sanitario del servicio se limita a un control del estado de salud o de la toma de medicación y, además, es diverso según el territorio.

Desde el ámbito social se intuye una función no suficientemente explicitada: el apoyo moral que suministra este servicio, muy valorado por los usuarios/as (López Doblas, 2004). El SAD, en su vertiente social, que es la más potente, tiene como objetivo específico

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

complementar o en algunos casos, sustituir la atención familiar de acuerdo con la convicción ampliamente extendida de que los mayores y las personas dependientes “deben ser cuidados por sus familiares, y la demanda de servicios públicos se realiza en el caso de que el apoyo familiar sea escaso o inexistente” (Bazo, 1999). Dado que esta falta de apoyo puede ser tanto material, como asistencial y de índole relacional y social, suele valorarse que los servicios contratados o asignados cumplan dichas funciones, encontrándose, por tanto, sus objetivos específicos dentro del ámbito social, tratando de abordar de forma global las dificultades de la persona en actuaciones coordinadas o conjuntas con otras áreas de atención.

Diferencias con otros servicios que se prestan en el domicilio

En la revisión realizada de la ayuda a domicilio, resulta interesante incluir otros servicios de corte más sanitario implantados en distintos territorios y que complementan la actividad realizada por el SAD. Cabe destacar principalmente tres por su grado de consolidación y eficacia:

- **PADES:** Programa de atención domiciliaria y de equipos de apoyo, en Cataluña. Destinado específicamente a atender enfermos crónicos, situación que incluye a las personas mayores y/o dependientes. Los equipos creados dentro del programa PADES realizan una tarea muy bien valorada por usuarios y profesionales, aunque con un alcance claramente insuficiente.

La tarea de los equipos PADES ha permitido constatar que el retorno al domicilio es más ágil y menos traumático para la persona mayor y su familia si se asegura un mínimo de servicios de apoyo al llegar a casa (Cañellas, 2004).

- **Enfermero de enlace:** Cuidados de enfermeros/as a domicilio, base de los cuidados de larga duración. Se utiliza un procedimiento de gestión de casos, y modelos estandarizados de valoración y de clasificación de los pacientes para priorizar los ingresos en instituciones. La enfermera que realiza la valoración integral y el plan asistencial suele ser especialista en enfermería comunitaria. Las intervenciones se dirigen a proporcionar ayuda para el autocuidado, educación del paciente, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar, así como procedimientos técnicos que incluyen desde administrar medicación parenteral o realizar una cura, hasta administrar anestesia epidural, introducir un catéter o manejar un respirador mecánico (Torral, 2003).
- **Teleasistencia:** Servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios/as, permite a las personas mayores y/o personas con discapacidad, al

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

pulsar el botón que llevan constantemente y sin molestias, entrar en contacto verbal "manos libres", durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por profesionales capacitados para dar respuesta adecuada a la crisis presentada, bien por sí mismos o movilizando a otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad (Pérez del Cueto, 1997: 23). Es un recurso asociado por muchos usuarios con la salud, y utilizado también como recurso de compañía (López Doblas, 2004).

Marco actual

El SAD debe ser contemplado desde una perspectiva amplia de evolución de los servicios comunitarios prestados en el domicilio de la persona, cuyo desarrollo merece una atención inmediata, dadas las características que marcan el contexto actual:

- *Escasez de cobertura actual en España para la atención de la dependencia moderada.*
- *Facilidad de implementación del SAD, con nuevas empresas que gestionen el servicio, teniendo en cuenta la variabilidad existente (las diferencias que se dan entre el SAD que se presta en contextos urbanos y rurales).*
- *Preferencia por parte de las personas con dependencia y/o discapacidad y sus familias respecto a otros servicios.*
- *Ser considerado un servicio generador de empleo para la recuperación de personas adultas, en una gran mayoría mujeres.*
- *Viabilidad para el sistema en los casos de dependencia moderada y severa. En un Infomed reciente sobre el modelo, oferta, demanda y costes del SAD en España (Deloitte, 2008) se ofrecen, entre otros, resultados sobre el coste por hora de prestación en diferentes zonas de la geografía española. Como se muestra en la siguiente tabla, el costo varía en función del ámbito y depende de las horas de prestación asignadas, pero en general, para perfiles de menor dependencia constituye la solución más adecuada desde el punto de vista socioafectivo y económico:*

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

	Ámbito rural	Pobl. < 500.000 hab.	Pobl. > 500.000 hab.
Andalucía ¹	16,32 €	15,65 €	15,93 €
Sevilla	19,52 €	19,71 €	19,81 €
Zaragoza	16,15 €	16,38 €	16,45 €
Baleares	20,43 €	20,07 €	
Canarias	16,02 €	15,35 €	
Cantabria	15,74 €	15,42 €	
Castilla y León	18,14 €	17,85 €	
Cataluña ²	19,23 €	18,63 €	19,49 €
Comunidad Valenciana ³	17,98 €	17,04 €	17,51 €
Extremadura	16,32 €	15,64 €	
Galicia	16,32 €	15,64 €	
Comunidad de Madrid ⁴	18,23 €	17,66 €	18,05 €
Álava	22,69 €	21,96 €	
La Rioja	16,32 €	15,56 €	
Vizcaya	25,12 €	24,58 €	
Castilla La Mancha	16,32 €	15,59 €	
Cádiz	17,66 €	17,00 €	
Toledo	17,28 €	17,04 €	
Navarra	23,99 €	23,11 €	

1) Málaga
 2) Barcelona
 3) Valencia
 4) Madrid

Al margen de diversos estudios locales cuyo objetivo principal es el análisis de rendimientos económicos de estos servicios y de los análisis en cifras del servicio, cabe destacar el estudio del CIMOP para IMSERSO sobre la situación del SAD, en el que se trata de hacer un acercamiento exploratorio a este servicio, utilizando técnicas cualitativas (Santamarina et al., 2005). En él, se analiza la realidad del SAD en seis comunidades autónomas: Andalucía, Asturias, Euskadi, Galicia, Islas Baleares y Madrid, con el objetivo de conocer diversos modelos de SAD (indicadores, características organizativas, demandas de los usuarios/as, y dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades del servicio), para avanzar hacia posibles modelos de desarrollo de éste.

Las conclusiones más notables a las que se llega en este estudio se podrían agrupar en las siguientes áreas:

1. Vertiente institucional

- Amplia diversidad de modelos institucionales sin caracterización de prioridad política.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Conflictos institucionales por competencias y responsabilidad en el SAD.
- Procesos de financiación lentos, burocráticos y poco acordes a los crecimientos de la demanda.
- Corporaciones locales que asumen con grandes dificultades económicas, técnicas y humanas la gestión del SAD.

2. Perfil de usuarios

- Estado de cuestionamiento del perfil del SAD en todas las autonomías estudiadas.
- Amplia casuística entre los usuarios del SAD.
- Importante conjunto de familias y entornos beneficiarios que no comprenden las características del servicio.

3. Recursos humanos

- Desarrollo del SAD sin crecimiento real del trabajo interáreas y de la especialización.
- Recursos humanos desbordados por la realidad y sus demandas.

Por último, cabe destacar una conclusión general de gran relevancia en la consideración global del servicio: se detecta un gran desconocimiento del SAD por parte de la opinión pública. Es esperable que se haya producido un avance en los últimos años con la aprobación de la Ley de la Dependencia, aunque el impacto social del servicio continúa siendo escaso.

Considerando el actual marco de desarrollo del servicio y de cara a su mejora en el futuro, algunos de los aspectos a tener en cuenta serían:

- aumento del número de horas de prestación: en algunas zonas la prestación pública máxima es de dos horas al día, sin incluir fines de semana (Fontanals et al., 2007),
- mejora de acceso al servicio en las zonas rurales,
- aumento y especialización de la formación de muchos/as de los trabajadores del SAD (Cañellas, 2004).

Organización y gestión del servicio de ayuda a domicilio

En España, los servicios de ayuda a domicilio son prestados por las corporaciones locales o Diputaciones, en los casos de municipios de menos de 20.000 habitantes. Su gestión corre a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo o de empresas o cooperativas de servicios con quienes los Ayuntamientos suscriben conciertos.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Este es el principal motivo de que la organización y coordinación de los servicios sea tan diversa y tan compleja para disponer de directrices y pautas comunes de calidad que sean certificables. Actualmente, en alguna Comunidad Autónoma se están intentando unificar los criterios del SAD, consensuando con los Ayuntamientos para poder crear una acreditación global, pero todavía se trata de casos aislados.

Por otro lado, teniendo en cuenta las características del sector y el bajo alcance del SAD en general, las asociaciones de personas mayores y otras entidades de voluntariado están desarrollando de forma considerable servicios complementarios a la ayuda domicilio. Este hecho y la disponibilidad presupuestaria, hacen que la intensidad del servicio varíe enormemente de unos casos a otros, aún atendiendo a un volumen de necesidades similar. Sin olvidar el valor que tienen todos los servicios de atención comunitarios, informales o no, es necesario destacar la importancia de su profesionalización si se pretenden desarrollar modelos de calidad integrales en el sector de los cuidados domiciliarios.

La organización y coordinación del SAD suele encontrarse a cargo de trabajadores/as sociales (en algunos casos, de un equipo multidisciplinar) y su prestación directa es realizada por auxiliares de atención domiciliaria, profesionales que en muchos casos no tienen un reconocimiento académico claro y cuya formación es diversificada y heterogénea. En los últimos dos años se ha avanzado en este aspecto con el reconocimiento de nuevas titulaciones y la aprobación de una legislación más clara en este sentido.

Parece, por tanto, necesario elaborar un modelo de gestión adecuado que se convierta en referente para entender y estructurar las complejas interacciones que, en este servicio, se dan entre administraciones públicas, empresas prestatarias, organizaciones voluntarias y la comunidad.

El SAD en cifras

El Servicio de Ayuda a Domicilio en España, atiende a personas dependientes y en riesgo de exclusión social. Madrid, Cataluña y Andalucía son las CCAA que más ciudadanos atienden: en 2005, 140.746 personas, cerca del 50% del total en España (Deloitte 2008). A pesar de esta polarización en el desarrollo del SAD, 15 de las 17 CCAA aumentaron el número de usuarios en relación a años anteriores (País Vasco, por ejemplo, más del 200%). Según el mismo informe, en el año 2005 se dispensaron en España 44.311.594 horas de atención del SAD (33% más que en 2003) con una intensidad mensual media de 16,28 horas usuario/mes. De acuerdo a la CCAA estas horas fueron invertidas mayoritariamente en

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

tareas domésticas (Extremadura, Canarias y Murcia, por ejemplo) y en cuidados personales (Cataluña, Principado de Asturias y Navarra).

A pesar de esta reciente expansión del SAD en España, es difícil prever su desarrollo futuro. Desde la entrada en vigor del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, 641.485 personas (noviembre 2008) han solicitado el reconocimiento del grado de dependencia (62% mujeres, 52% > 80 años) (IMSERSO, 2008). Del total de prestaciones reconocidas (397.414) sólo el 7% (27.520) ha sido destinado al SAD, en detrimento del 23% (91.243) y 14% (54.238) otorgados respectivamente como Prestaciones Económicas para Cuidados Familiares y para la Atención Residencial. Más aún, transcurridos dos años de aprobación de la Ley de la Dependencia, en 9 CCAA no se ha otorgado ninguna prestación vinculada al SAD mientras que en otras (Andalucía, Cataluña, Extremadura, Galicia y País Vasco) ya se superan las 1.000 prestaciones de este tipo.

Según la Ley, el SAD es un recurso dirigido fundamentalmente a personas con grados moderados o severos de dependencia, y en consecuencia es de esperar que de acuerdo al cronograma de implantación del SAAD, en los próximos años ascienda el número de prestaciones vinculadas a ese tipo de servicio. Sin embargo, resultan llamativos dos factores: por un lado, y a pesar de lo anterior, la desigual adjudicación por CCAA de prestaciones vinculadas al SAD; por otro, que una cuarta parte de todas las prestaciones otorgadas están destinadas al cuidado en el entorno familiar mediante el trabajo de cuidadores no profesionales.

El SAD en otros países

Con respecto a la literatura revisada sobre los casos europeos, ésta apunta hacia la existencia de cambios recientes que incluyen principalmente una tendencia a la privatización (sobre todo en Gran Bretaña) y a la descentralización (Francia es un claro ejemplo). Esto puede verse como un "paso atrás" del Estado de Bienestar en Europa en lo concerniente a los servicios sociales. Sin embargo, otra visión alternativa apunta hacia la teoría de que en muchos casos puede interpretarse que, más que un retroceso, nos encontramos ante el establecimiento de unos sistemas de servicios sociales mucho más integrados con los sanitarios (Bahle, 2003).

Puede decirse que en Europa, el país con mayor porcentaje de ayuda a domicilio prestada por parte del Estado es Suecia, con un 20%. Dinamarca cubre un 19%, Luxemburgo un 10%, Francia un 6%, Italia un 5% - países, a diferencia de España, con gasto en protección social superior al 24,5% del PIB (Deloitte, 2008:10). Tanto en Grecia como en Portugal no existe un sistema de atención domiciliaria definido (Fuentelsaz y cols., 2002).

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Canadá: La colaboración de los agentes como clave

Los servicios domiciliarios son considerados la primera opción de atención a las personas dependientes, por lo que la coordinación de los diferentes agentes para su promoción es el fundamento de la legislación social y sanitaria vigente en Canadá. Además de promover el respeto a la elección del individuo sobre el tipo de servicio que desea recibir, el marco normativo canadiense reconoce el estatus del cuidador informal al considerarlo cliente y agente participante de los servicios sociales y sanitarios (Edad & vida, 2007: 102).

Los proyectos de coordinación e integración socio-sanitaria más importantes en el país son PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy) y SIPA (Services Intégrés pour Personnes Agées) (Edad & vida, 2007: 102-106).

PRISMA es resultado del esfuerzo y el trabajo conjunto de grupos de investigación, organizaciones de cuidados sanitarios, consejos regionales de sanidad y servicios sociales y el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales de Canadá. Este innovador sistema de coordinación dirigido a personas mayores frágiles evaluados mediante el SMAF³ (basado en lo propuesto por la OMS) se basa en la coordinación y los servicios integrados, y tiene los objetivos de mejorar la continuidad asistencial y aumentar la eficacia y eficiencia de los servicios.

El modelo PRISMA no está dirigido a crear una nueva organización, sino que promueve la inclusión de las organizaciones sanitarias y sociales que proveen cuidados a personas mayores conservando estas su propia estructura, aunque adaptando sus operaciones y recursos a los requisitos del modelo.

Los principios básicos de su organización son: la existencia de una mesa de concertación integrada por el grupo directivo y el ejecutivo, una única puerta de entrada a los servicios, la figura del gestor de casos que evalúa, planifica, organiza y lidera el equipo multidisciplinar, un plan de servicios individualizado diseñado por este último, un único instrumento de valoración (SMAF) y un sistema informático que permita obtener y actualizar información clínica.

SIPA es un modelo iniciado en 1998, con el objetivo de reorientar la demanda de servicios institucionales hacia servicios de proximidad, con la subsiguiente reducción del gasto hospitalario y residencial. Sus principios son la integración por medio de la gestión de casos, un sistema basado en los servicios primarios de la comunidad, la existencia de un equipo multidisciplinar, el sistema de prepago, la gestión pública, la universalidad, la puerta única de acceso y un sistema de valoración continua de la calidad. Las prestaciones que ofrece

³ Instrumento de clasificación basado en la autonomía funcional de las personas mayores.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

son la atención médica primaria y secundaria, actuaciones preventivas y de rehabilitación, medicación, ayudas técnicas y cuidados de larga duración. Estas prestaciones dependen del plan de intervención y la asignación de recursos acordados por el equipo multidisciplinar, dirigido por el gestor de casos, e integrado por enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, nutricionistas, auxiliares familiares y organizadores comunitarios.

Tras varias fases de desarrollo y evaluación cabe mencionar como resultados más destacables el traslado efectivo de la demanda hacia la recepción de ayuda a domicilio y la disminución de un 20% de los costes de servicios de institucionalización.

Francia: Descentralización y subsidiariedad

Otro modelo destacado de servicio de ayuda a domicilio es el francés, en el que el sistema de subsidio personalizado para la adquisición de servicios tiene un papel central (Allocation d'Autonomie Personnalisée -APA-). El sistema, en vigor desde 2002, respeta la libre elección del receptor y propone una cobertura global de necesidades por medio de la cofinanciación (Edad & vida, 2007: 99-101). La evaluación de necesidades se realiza a través del sistema nacional AGGIR⁴, que valora ABVD y AIVD para la posterior elaboración de grupos de iso-recursos. De este modo, la cuantía de la ayuda se realiza en función del grado de necesidad determinado por AGGIR, financiándose los servicios incluidos en el plan de ayuda diseñado por los equipos médico-sociales.

La característica distintiva del modelo francés es su importante descentralización al ser los consejos locales, a nivel departamental, los responsables de las políticas relativas al cuidado a domicilio. Por otro lado, son los centros locales de información y coordinación (CLIC), de intervención infradepartamental, quienes acogen, orientan y apoyan a los beneficiarios, asumen la evaluación de sus necesidades y elaboran el plan de ayuda personalizado, y por último realizan la implantación y seguimiento de los planes de ayuda.

Reino Unido: La impronta de la iniciativa privada

El modelo de servicio a domicilio del Reino Unido se caracteriza por una notoria tendencia a la privatización de las prestaciones. Por esta razón se indica su carácter residual, privado – pluralista, en el cual el papel público es declinante (en términos generales se limita a la asistencia social de los sectores económicamente más desfavorecidos), existiendo un amplio desarrollo de la actividad privada mercantil y no mercantil. Así, en el caso de la ayuda a domicilio el tradicional sector voluntario es progresivamente reemplazado por empresas de economía social (Rodríguez Cabrero 2003: 80).

⁴ Autonomía Gerontológica Grupos Iso-Recursos.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Como resultado de lo mencionado anteriormente, en el año 2004 el 72% de la oferta de servicios a domicilio financiados con fondos públicos era provisto por el sector privado. Aún así, para entonces sólo el 13% del total de horas de atención (500.000 horas) de cuidados en el hogar era directamente de financiación privada (MC Climont y Grove, 2004). Esta tendencia implica el crecimiento del servicio privado comprado por entidades locales (de 37% -año 2000- a 55% -2004-) en detrimento de la provisión directa por parte de entidades locales (de 36% a 28%) y empresas privadas (26% a 13%) (MC Climont y Grove, 2004: 32).

1.2.2 LA GESTION DE CALIDAD DEL SAD

En la actualidad, la literatura referente a la gestión de calidad en el SAD es escasa, debido, principalmente, al continuo proceso de conceptualización y re-definición en el que se encuentra este servicio y a la amplia variabilidad que le caracteriza.

Así, en una investigación llevada a cabo actualmente por el CEES (Centro de Estudios Sociosanitarios de la Univ. De Castilla-la Mancha) sobre la *Supervivencia y calidad de los cuidados a los mayores con dependencia en domicilio versus institución*, se constata que "las revisiones encontradas referentes a trabajos existentes sobre indicadores básicos de evaluación de la calidad en residencias y/o domicilio, realizados por un grupo de expertos, técnicos y representantes de diferentes instituciones nacionales e internacionales, demuestran la evidente inexistencia de publicaciones relacionadas" (información on-line en la página de la universidad, resultados preliminares).

Existen diferentes instrumentos para evaluar la calidad de la atención prestada en los servicios domiciliarios, aunque se observa una enorme escasez de datos sobre la utilización de los mismos. Así, por ejemplo, Brant Fries y cols. han creado el Resident Assessment Instrument (RAI, en su versión Nursing Home, RAI-NH), mediante el que tratan de evaluar la supervivencia de las personas mayores dependientes en el domicilio versus institución y su calidad de atención. Sin embargo, aún no se dispone de evidencia empírica sobre el tema.

Por otra parte, en el año 2007, AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) publicó la *Norma UNE 158301: Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos*. Dicha norma tiene como objetivo ser un marco de referencia para poder garantizar, de manera estructurada, un

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

estándar de calidad aplicado al Servicio de Ayuda a Domicilio (AENOR, 2007: 4). Resulta especialmente útil la descripción conceptual y de tareas, que se ha utilizado como base para el trabajo de campo realizado en la presente investigación.

Aspectos clave de evaluación identificados en la bibliografía

En la literatura revisada se ha observado que la variabilidad existente en las demandas de las diferentes Administraciones contratantes, en las necesidades de los usuarios y en las organizaciones encargadas de la gestión, hace muy difícil una cierta homogeneización y control de los procesos que componen el SAD. Esta dificultad también ha sido explicitada por los/as profesionales responsables en las diferentes fases del trabajo de campo.

Con el objetivo de realizar la evaluación de calidad del servicio se han presentado diferentes propuestas que constituyen un punto de partida para planteamientos futuros, ya que ofrecen directrices generales de carácter orientativo.

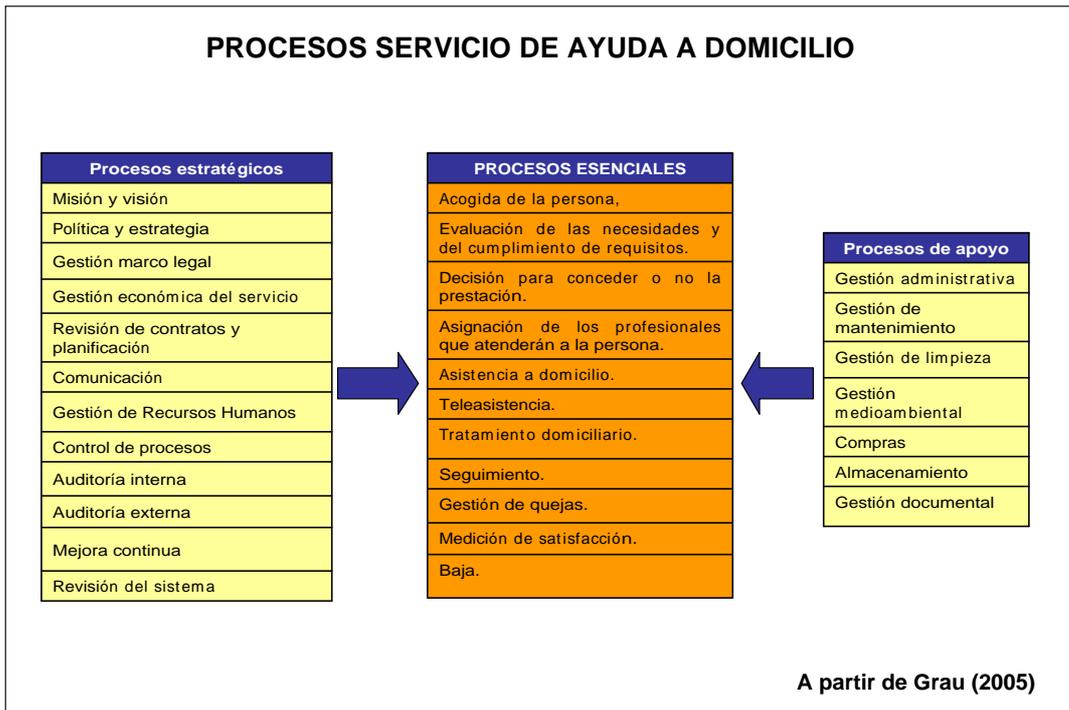
Así, según la propuesta de Vuori (1991) para centros sanitarios, el modelo de calidad del SAD debería responder a los siguientes criterios:

- Mantener un enfoque holístico.
- Potenciar la gestión por procesos.
- Permitir la comparación en todos los servicios.
- Adaptarse a cualquier modelo de verificación externa.
- Promover la mejora continua.
- Sustentarse en la objetivación del progreso.
- Admitir la variabilidad entre servicios y casos.
- Buscar y promover la implicación de todos los estamentos y colectivos.

Por su parte, Grau (2005) realiza un primer diseño de procesos para servicios domiciliarios. En dicho diseño, los *procesos estratégicos* son similares en todos los servicios y marcan la dirección de los demás. Se describen también los *Procesos esenciales o habituales (procesos clave)* y los *Procesos de apoyo*. El análisis del modelo ofrece una primera aproximación a los diferentes procesos de un servicio domiciliario aunque sin una definición clara y con una cierta confusión entre los distintos procesos. Tampoco se presentan indicadores que

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

permitan realizar un seguimiento del servicio, por lo que su valor es esencialmente descriptivo al plantear la necesidad de un enfoque de calidad en este tipo de servicios.



En la presente investigación, la definición de los procesos del SAD se realiza bajo el prisma del Modelo EFQM y busca establecer un sistema de medida que conjugue la visión estratégica con la gestión de los procesos y considere tanto al cliente interno como al externo en su enfoque organizativo. Es por eso que se considera necesario el establecimiento de un **Cuadro de Mando Integral**, que traduce la visión y estrategia de una empresa en un conjunto de indicadores de actuación con el objetivo de documentar los procesos e impulsar la mejora continua.

Considerando este enfoque, conviene tener presente también la propuesta de Norton y Kaplan (2004) que proponen el Cuadro de Mando Integral con cuatro perspectivas:

1. Financieras: con indicadores fácilmente mesurables.
2. Del cliente: Sus indicadores serían satisfacción, adquisición, retención y cuota de mercado.
3. Proceso interno: Se refiere a los procesos críticos que permitan acercar propuestas para retener a los clientes y satisfacer expectativas de rendimientos financieros.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4. De formación y crecimiento: Proviene de las personas, los sistemas y los procedimientos.

La revisión realizada muestra un escenario de escasa sistematización y producción de datos en relación a la medición de calidad de los servicios de atención domiciliaria, por lo que el trabajo de campo y los resultados obtenidos en el presente proyecto pueden constituir un buen referente para desarrollos y consensos posteriores.

1.3 ESTRUCTURA DEL INFORME QUE SE PRESENTA

La estructura del presente informe responde al trabajo conjunto de tres instituciones, Fundación Matia, Fundación Ingema y Fundación SAR, que han aportado su conocimiento, experiencia y capacidad investigadora con el fin de ofrecer un documento de base teórica y orientación práctica, fundamentado, además, en los resultados obtenidos a partir del trabajo con equipos con una larga experiencia en la atención a la dependencia. Con el fin de optimizar y facilitar la obtención de resultados, cada una de las Fundaciones lideró una parte del trabajo: Fundación Matia se encargó de la revisión bibliográfica, el trabajo de campo y la exposición de resultados de centros residenciales, mientras que Fundación SAR hizo lo propio con el servicio de ayuda a domicilio. La interacción y comunicación ha sido constante, lo que ha permitido la realización de un informe de resultados conjunto.

Tras presentar la introducción y los antecedentes de la parte residencial y la parte de servicio de ayuda a domicilio, los objetivos y la metodología, se desarrolla el punto general de resultados del proyecto.

Los resultados obtenidos se organizan en tres apartados fruto de la reflexión y el trabajo de los actores principales en el proceso de gestión y atención.

En primer lugar se presenta el documento El modelo EFQM de calidad total: Implicaciones para su implantación en servicios residenciales o servicios de ayuda a domicilio.

En segundo lugar se presenta el trabajo de campo realizado por el equipo que ha desarrollado la parte residencial y los resultados obtenidos: mapa de procesos de un centro residencial, guía de procesos y cuadro de mando integral.

Y en tercer lugar se presenta finalmente el trabajo de campo realizado por el equipo que ha desarrollado la parte del servicio de ayuda a domicilio (en adelante SAD) y los resultados

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

obtenidos: mapa de procesos de un servicio de ayuda a domicilio, guía de procesos y cuadro de mando integral.

El informe concluye con la discusión de los aspectos más relevantes, que incluyen diferentes reflexiones en torno al modelo y su aplicación específica en contextos de atención a la dependencia, así como los puntos fuertes y debilidades que permitirán ajustarlos y mejorarlos a la hora de ser utilizados en la práctica por otras organizaciones. Se ofrecen, además, unas conclusiones que resumen los principales resultados obtenidos.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Diseñar los procesos y validar el cuadro de mando que permita la gestión integral de un centro residencial y de un servicio de ayuda a domicilio contemplando los parámetros que marca el modelo EFQM de excelencia empresarial.

Objetivos específicos:

1. Analizar las posibilidades e implicaciones del modelo EFQM de calidad total para la gestión de un centro residencial o un servicio de ayuda a domicilio.
2. Elaborar el mapa de procesos de un centro residencial y de un servicio de ayuda a domicilio. Definir la estructura y diseñar los procesos que conformarán el sistema de gestión de ambos servicios.
3. Homologar los resultados del trabajo realizado entre los diferentes grupos de trabajo.
4. Aplicar el cuadro de mando integral para la gestión de los centros residenciales y en el servicio de ayuda a domicilio.
5. Evaluar su eficacia e idoneidad, ajustarlo y mejorarlo.

RESULTADOS ESPERADOS: Guía de procesos y cuadro de mando validado con los indicadores de seguimiento de la calidad asistencial y la calidad en la gestión para ambos servicios.

3. METODOLOGÍA

El presente estudio ha sido elaborado por dos equipos que han trabajado de forma conjunta y coordinada, aunque por cuestiones prácticas de organización interna, se ha optado por trabajar de manera independiente en las guías de cada uno de los servicios, asumiendo Fundación Matia la parte residencial y Fundación SAR la de ayuda a domicilio.

La estrategia metodológica del proyecto responde a los objetivos planteados en las diferentes fases y ha permitido realizar un trabajo progresivo que ha discurrido de forma paralela para cada uno de los servicios. Se parte de una labor de documentación bibliográfica y formación de los equipos participantes en los grupos focales. Para el seguimiento del proyecto y, específicamente, de los resultados obtenidos en dichos grupos y en las sucesivas sesiones de contraste, se han realizado sesiones conjuntas de trabajo del equipo investigador tanto presenciales como por videoconferencia.

Documentación

Se ha llevado a cabo un análisis de fuentes secundarias a través diferentes recursos electrónicos, tanto buscadores especializados como generalistas. Además, se han analizado:

- publicaciones y artículos relacionados con el modelo de excelencia empresarial y su implantación en el sector social y sanitario,
- publicaciones, artículos y manuales relacionados con la metodología de gestión por procesos, los modelos de atención residencial y de ayuda a domicilio.

El objetivo es ofrecer información relevante acerca del estado de la cuestión, así como identificar los elementos clave de la gestión por procesos y definir los cuadros de mando integrales mediante la identificación de las áreas relevantes de cada uno de los servicios.

Formación

Se ha realizado formación inicial con todas las personas que han tomado parte de la investigación, con el fin de ofrecer a los grupos de contraste los conocimientos básicos para afrontar con mayor aprovechamiento el trabajo a realizar.

- Para centros residenciales se han realizado dos sesiones, una para cada grupo, con una duración de 5 horas cada una sobre el modelo EFQM y la gestión por procesos siendo el formador técnico especialista en calidad total.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Para el SAD se ha realizado una formación específica para los/as coordinadores/as que participaban, así como para el equipo de dirección que formaba parte de dos de los grupos focales.

Sesiones de trabajo equipo investigador

Reuniones presenciales de planificación, desarrollo, evaluación y ajuste del proyecto. Se han realizado 5 sesiones de trabajo de 5 horas de duración con los siguientes objetivos:

Cierre definitivo del cronograma del proyecto Puesta en común de la revisión bibliográfica
Puesta en común mapa de procesos Definición elementos para el diseño de los procesos
Puesta en común diseño de los procesos y cuadro de mando integral
Análisis de las incidencias en la implantación del cuadro de mando integral
Cierre del proyecto, discusión y conclusiones

VIDEOCONFERENCIA

Reuniones de seguimiento y ajuste de proyecto. Se han realizado 5 reuniones por videoconferencia con una duración de 2 horas cada una formando parte de ellas todo el equipo investigador.

Junto a toda esta labor previa y de reuniones del equipo investigador, se realiza el trabajo de campo propiamente dicho en el que se recaban los datos necesarios para alcanzar los resultados del proyecto. En los dos apartados siguientes, se exponen el método de los grupos focales y la metodología seguida para la realización de las fichas de proceso y selección y validación de los indicadores.

3.1 GRUPOS FOCALES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES Y SAD

A. CENTROS RESIDENCIALES

Los centros pilotos en los que se han llevado a cabo los grupos focales y la implantación y validación del cuadro de mando integral para la gestión de un centro residencial han sido:

Centro Residencial Fraisoro: centro de Fundación Matia, situado en Zizurkil, Gipuzkoa. Dispone de 80 plazas residenciales. El centro está certificado conforme a las normas ISO 9001:2000: Sistema de Gestión de Calidad, ISO 14000:2004: Sistema de Gestión Medioambiental y OHSAS 18001:1999: Sistema de seguridad y salud laboral desde el año 2003.

Centro Residencial SAR Fontibre: centro del Grupo SAR, situado en Zaragoza. Dispone de 112 plazas residenciales. El centro está certificado conforme a la norma ISO 9001:2000: Sistema de Gestión de Calidad.

Los profesionales implicados en el desarrollo del proyecto y que han intervenido en los grupos focales han sido:

Fraisoro:

- Maria José Garate Olazabal: Directora del centro residencial Fraisoro
- Marta Idiaquez Miramon: Adjunta de dirección
- Mainer Ochoa Oyarbide: Trabajadora social
- Isabel Carrasco Blanco: Enfermera referencial
- Maria José Igerategi Atxaga: Encargada de servicios (governanta)
- Nerea Alberdi Alfonso: Responsable de calidad de Matia Fundazioa
- Dra. Maria Isabel Genua Goena: Investigadora principal
- Alberto Uriarte Mendez: Investigador
- Maria Francesca Cerdó i Pasqual: Investigadora

SAR Fontibre:

- Mariví Aranda: directora del centro residencial SAR Fontibre
- Olga León: Trabajadora social
- Leticia Pascual: Coordinadora de Enfermería
- M^a Dolores Soria: Jefa de Servicios Generales

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Iciar Ancizu: Investigadora

Se han realizado 8 sesiones de tres horas de duración con la metodología de grupo focal con los equipos interdisciplinares de los centros residenciales piloto. Se han utilizado los documentos elaborados como guía de la discusión así como entrevistas semiestructuradas como guión de trabajo.

Cada sesión ha sido preparada previamente por el equipo investigador y ha tenido objetivos definidos y conocidos por todos los intervinientes.

GRUPOS FOCALES: CENTROS RESIDENCIALES	
SESIÓN	OBJETIVO
1	MAPA DE PROCESOS
2	DISEÑO PROCESOS
3	INDICADORES
4	DEFINICIÓN FINAL INDICADORES Y DISEÑO PLAN DE IMPLANTACIÓN INDICADORES
5	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
6	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
7	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
8	SESIÓN CONCLUSIONES Y CONSENSO CUADRO DE MANDO INTEGRAL

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
1	MARZO	MAPA DE PROCESOS
PARTICIPANTES: Equipos interdisciplinares Fraisoro y Fontibre e investigadores: MIG, AU, IA Y MFC		
<p>METODOLOGÍA: Aporte de la documentación previo a la sesión. Sesión informativa: Se presenta el mapa de procesos elaborado por el equipo investigador en base a la metodología de identificación de procesos en una organización. Discusión y contraste. Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura de plazo para las aportaciones a posteriori</p>		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
2	MAYO	DISEÑO DE LOS PROCESOS
PARTICIPANTES: Equipos interdisciplinarios Fraisoro y Fontibre e investigadores: MIG, AU, IA Y MFC		
<p>METODOLOGÍA: Aporte de la documentación previo a la sesión. Sesión informativa: Se presenta al equipo el diseño de cada uno de los procesos. Discusión y contraste. Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura de plazo para las aportaciones a posteriori</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
3	JUNIO	IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES PARA CADA PROCESO
PARTICIPANTES: Equipos interdisciplinarios Fraisoro y Fontibre e investigadores: MIG, AU, IA Y MFC		
<p>METODOLOGÍA: Aporte de documentación previo a la sesión. Identificación de indicadores en base a la misión de cada proceso Discusión y contraste Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura de plazo para las aportaciones a posteriori</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
4	JULIO	DEFINICIÓN FINAL INDICADORES Y DISEÑO PLAN DE IMPLANTACIÓN INDICADORES
PARTICIPANTES: Equipos interdisciplinarios Fraisoro y Fontibre e investigadores: MIG, AU, IA Y MFC		
<p>METODOLOGÍA: en base a los resultados de la sesión anterior, recogida de aportaciones, puesta en común y definición final de indicadores. Asignación de responsables para su obtención y registro.</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
5,6,7	SETIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
PARTICIPANTES: Equipos interdisciplinarios Fraisoro y Fontibre e investigadores: MIG, AU, IA Y MFC		
<p>METODOLOGÍA: Entrevista estructurada abierta en base a: Análisis de resultados obtenidos para cada indicador con profesionales clave Análisis de Incidencias en la obtención e interpretación de los resultados Análisis de la Idoneidad para la toma de decisiones (matriz relevancia para la toma de decisión)</p>		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
8	DICIEMBRE	SESIÓN CONCLUSIONES Y ACUERDO CUADRO DE MANDO INTEGRAL
PARTICIPANTES: Equipos interdisciplinarios Fraisoro y Fontibre e investigadores: MIG, AU, IA Y MFC		
METODOLOGÍA: en base a las aportaciones que han ido surgiendo en las reuniones anteriores, se expone la batería final de indicadores que forma parte del cuadro de mando integral. Conclusiones.		

Contrastes entre grupos atención residencial

Con posterioridad a cada grupo focal se han realizado sesiones de contraste. El objetivo de estas sesiones de trabajo realizadas mediante videoconferencia, por teléfono y con aporte de documentación vía email ha sido el de homologar el trabajo realizado en cada sesión de los dos centros, aportar la información y los resultados obtenidos y enfocar, en base a ellos, el trabajo de las sesiones posteriores. Las dinamizadoras de estas sesiones o trabajo de contraste han sido las investigadoras Iciar Ancizu y Maria Francesca Cerdó.

B. SAD

Se han realizado ocho sesiones de cuatro horas de duración con la metodología de grupo focal con equipos de atención directa y de gestión y dirección de ServiSAR. Los profesionales implicados en el desarrollo del proyecto y que han participado en los grupos focales han sido:

ServiSAR Zaragoza:

- Chema Sanjuan: Director Operativo
- Roberto Gómez: Director de I+D
- Juana Romero: Coordinadora de servicio
- Silvia Carnicero: Coordinadora de zona
- Silvia Muñoz: Coordinadora de servicio
- Mº José Larena: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Victoria Vergel: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Elvira Otero: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Carmen del Valle: Auxiliar de Ayuda a domicilio
- Angelines Gonzalvo: Auxiliar de Ayuda a domicilio

ServiSAR Barcelona:

- Elena Estevez: Coordinadora de zona
- Ingrid Alvarez: Auxiliar de limpieza

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Verónica Sánchez: Trabajadora familiar
- Margarita Cano: Trabajadora familiar
- Julia Jumilla: Trabajadora familiar

Fundación SAR

- M^a Dulce Fontanals de Nadal: Directora Equipo Fundación SAR
- Iciar Ancizu García: Investigadora
- Cristina Baños: Investigadora

Para ello, se han utilizado documentos de elaboración propia sobre el proyecto y el modelo EFQM, para la presentación de las sesiones y la formación realizada. También se elaboraron guiones de entrevista para orientar y organizar la discusión en los distintos grupos. Los guiones se fueron adaptando en función de los resultados obtenidos en las reuniones previas y fueron elaborados por todo el equipo investigador. A continuación, se presenta una breve descripción de las sesiones, que será desarrollada en el apartado 3.6.2, relativo al trabajo de campo.

GRUPOS FOCALES: SAD	
SESIÓN	OBJETIVO
1	FORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL SERVICIO
2	DATOS DE CAMPO PARA CONSTRUCCIÓN DE MAPA DE PROCESOS
3	DATOS DE CAMPO PARA CONSTRUCCIÓN DE MAPA DE PROCESOS
4	DEFINICIÓN DE MAPA DE PROCESOS E INDICADORES INICIALES
5	REVISIÓN DEL MAPA DE PROCESOS Y DEFINICIÓN FINAL DE INDICADORES. DISEÑO DE IMPLANTACIÓN
6	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN
7	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN
8	ANÁLISIS FINAL. SESIÓN DE CONCLUSIONES Y ACUERDO DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
1	FEBRERO	FORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL SERVICIO
PARTICIPANTES: Director operativo servicio, coordinadora de zona, coordinadora de servicio, auxiliar de ayuda a domicilio, Director de I+D y equipo investigador.		
METODOLOGÍA: Aporte de la documentación previa a la sesión. Presentación de los objetivos del proyecto y de la sesión Formación: Modelo EFQM – características e implicaciones Discusión sobre el SAD: estructura, modelo de organización, necesidades, puntos fuertes y débiles. Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura del plazo para		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

las aportaciones.

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
2	ABRIL	DATOS DE CAMPO PARA CONSTRUCCIÓN DE MAPA DE PROCESOS
PARTICIPANTES: Coordinadora del servicio en Barcelona, auxiliares de ayuda a domicilio y equipo investigador.		
<p>METODOLOGÍA:</p> <p>Aporte de la documentación previa a la sesión.</p> <p>Presentación y objetivos del proyecto y la sesión</p> <p>Discusión sobre la actividad realizada por las trabajadoras: necesidades, tareas, tipo de coordinación, expectativas, puntos fuertes y débiles del trabajo.</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
3	ABRIL	DATOS DE CAMPO PARA CONSTRUCCIÓN DE MAPA DE PROCESOS
PARTICIPANTES: Coordinadora del servicio en Zaragoza, auxiliares de ayuda a domicilio y equipo investigador.		
<p>METODOLOGÍA:</p> <p>Aporte de la documentación previa a la sesión.</p> <p>Presentación y objetivos del proyecto y la sesión</p> <p>Discusión sobre la actividad realizada por las trabajadoras: necesidades, tareas, tipo de coordinación, expectativas, puntos fuertes y débiles del trabajo.</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
4	ABRIL	DEFINICIÓN DE MAPA DE PROCESOS E INDICADORES INICIALES
PARTICIPANTES: Director de I+D, Director operativo, coordinadora de zona, coordinadora de servicio y equipo investigador.		
<p>METODOLOGÍA:</p> <p>Se presentan el mapa de procesos global, las fichas de los procesos estratégicos y los primeros indicadores elaborados por el equipo investigador en base a la información recogida, siguiendo la metodología de identificación de procesos en una organización.</p> <p>Discusión y recogida de propuestas y sugerencias.</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
5	JUNIO	REVISIÓN DEL MAPA DE PROCESOS Y DEFINICIÓN FINAL DE INDICADORES. DISEÑO DE IMPLANTACIÓN
PARTICIPANTES: Director operativo, coordinadora de servicio, coordinadora de zona, Director de I+D y equipo investigador.		
<p>METODOLOGÍA:</p> <p>Se presentan el mapa de procesos revisado, las fichas de todos los procesos y los indicadores elaborados en base a la información obtenida en la sesión anterior</p> <p>Discusión de fichas e indicadores y recogida de propuestas y sugerencias</p> <p>Se acuerda tener definidos los indicadores finales en julio para su implantación</p> <p>Asignación del director de I+D como responsable de la recogida de datos.</p>		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
6,7	SEPTIEMBRE, NOVIEMBRE	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN
PARTICIPANTES: Director operativo, coordinadora de servicio, coordinadora de zona, Director de I+D y equipo investigador.		
METODOLOGÍA: Se utiliza un guión de entrevista con los siguientes objetivos: Análisis de la idoneidad de los indicadores Análisis de las incidencias en las obtención e interpretación de los resultados Decisiones sobre el mantenimiento o exclusión de los indicadores para elaboración de cuadro de mando final		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
8	DICIEMBRE	ANÁLISIS FINAL. SESIÓN DE CONCLUSIONES Y ACUERDO DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL
PARTICIPAN: Director operativo, dos coordinadoras de zona, Director de I+D y equipo investigador		
METODOLOGÍA: En base a los datos obtenidos en la sesión anterior, se elabora la batería final de indicadores y se discute el cuadro de mando integral. Comentarios y conclusiones.		

3.2 CONSTRUCCIÓN DEL MAPA, LA GUÍA DE PROCESOS Y DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LOS INDICADORES

La identificación de los procesos y elaboración del mapa se ha realizado con la metodología descrita en la Guía para una gestión basada en procesos (Instituto andaluz de la tecnología: 2002).

Una vez identificados los procesos se ha procedido a la especificación de su diseño y estructuración. Para ello, se han consensado en el seno del equipo investigador, los elementos a describir y su definición (ver tabla) y, posteriormente, se ha elaborado la ficha de cada proceso, en la que definimos su misión, el límite inicial y final, sus actividades, las entradas y salidas con sus proveedores y clientes respectivamente, las expectativas y requisitos de sus grupos de interés y se han representado gráficamente sus actividades (diagrama de flujo o de bloque).

La ficha de proceso se convierte así en el soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades del proceso así como su gestión y mejora.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Se ha detallado en la ficha los siguientes elementos del proceso:

OBJETO	Es la descripción del propósito o razón de ser del proceso. Describe el qué, para qué y para quién de las actividades que comprende el proceso
PROPIETARIO (Orientativo teniendo en cuenta los profesionales habituales en un centro residencial)	Es la persona formalmente identificada para asumir la responsabilidad global de un proceso dado. Es el máximo responsable de que el proceso sea eficaz.
EQUIPO (Orientativo teniendo en cuenta los profesionales habituales en un centro residencial)	Personas que acompañan al propietario del proceso en la planificación, desarrollo y control de los resultados del proceso y en la mejora del mismo.
LÍMITES INICIAL y FINAL	Actividades que marcan el inicio y el final del proceso
ACCIONES DEL PROCESO	Unidades elementales del proceso
GRUPOS DE INTERÉS, EXPECTATIVA Y REQUISITOS	<p>Grupo de interés: cualquier persona o grupo al cual le impacta el proceso.</p> <p>Expectativa: Conjunto de necesidades, deseos, valores,... que el GI espera recibir o percibir a cambio de un precio, cuya relación juzga para calificar y decidir entre las diversas opciones de compra o prestación.</p> <p>Requisito: Son aquellas normas, especificaciones o criterios, que relacionados directamente con expectativas razonables, han sido tácita o explícitamente determinadas o acordadas entre cliente y proveedor.</p>
PROVEEDORES Y ENTRADAS	<p>Los proveedores son las personas, procesos u organizaciones que nos proporcionan la entrada. Pueden ser internos o externos.</p> <p>La entrada es elemento que sufre transformación o la permite (material, producto, información, etc.)</p>
SALIDAS Y CLIENTES	<p>El cliente es el destinatario del producto o servicio generado por el proceso. Pueden ser personas, departamentos, procesos que recogen las salidas del proceso</p> <p>La salida es el producto, servicio, información o combinación de varios elementos, generados por el proceso. Necesariamente debe cumplir los requisitos del cliente a quién va dirigido</p>
DIAGRAMA DE BLOQUE	Diagrama que representa las grandes actividades del proceso en base al ciclo de mejora continua PDCA

Posteriormente, se han identificado los indicadores de cada uno de los procesos y se han implantado en los centros residenciales (mediante la aplicación informática Bikain) y en el SAD. En los grupos focales de seguimiento y evaluación de la idoneidad de los indicadores se reformula la batería de indicadores inicial.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Para facilitar el análisis sobre la eficacia, eficiencia e idoneidad de los indicadores seleccionados, se ha contado, en el trabajo de campo realizado por los grupos focales de centro residencial, con:

- A) Los resultados obtenidos cada mes en los dos centros
- B) Matriz de relevancia, impacto y dificultad en la obtención

El criterio de **relevancia**, se define como capacidad para orientar/determinar la toma de una decisión. (Se ha valorado en el grupo focal, entre todos)

El criterio de **impacto**, se define como la incidencia que el resultado tiene en un determinado ámbito de gestión (calidad de atención, gestión de personas, gestión de recursos y sociedad). (Se ha valorado en el grupo focal, entre todos)

Dificultad en la obtención, se define como esfuerzo en tiempo requerido en la obtención del dato (valorado por la persona responsable de obtener el resultado del indicador)

En base a las matrices de priorización de los indicadores inicialmente seleccionados se han derivado cambios en el nº y definición de los indicadores.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

COD	INDICADOR	Periodicidad	IMPACTO				RELEVANCIA			DIFICULTAD		
			CALIDAD ATENCIÓN	GESTIÓN DE RECURSOS	GESTIÓN DE PERSONAS	SOCIEDAD	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
PGE	% de ocupación	Mensual										
PGE	Resultados de explotación	Mensual										
PGE	Nº de quejas y reclamaciones y desviaciones de inspección no resueltas	Mensual										
PGE	Grado de cumplimiento de los objetivos	Mensual										
PGE	Grado de cumplimiento de la planificación (plan de acciones)	Mensual										
PGE	Absentismo	Mensual										
PGE	% de usuarios con valoración integral y PAI actualizado	Mensual										
PGE	Satisfacción global de los residentes y familiares	Anual										
PGE	Satisfacción global trabajadores	Anual										
PGE	Satisfacción global instituciones	Anual										
ECO	Ingresos de explotación	Mensual										
ECO	Gastos de explotación	Mensual										
ECO	Resultado explotación	Mensual										
ECO	% de ocupación	Mensual										
CLI	Nº de Q/R/S/I	Mensual										
CLI	% de mejoras implantadas por Q/R/S/I	Mensual										
CLI	Índice de captación de clientes	Mensual										
CLI	Bajas por insatisfacción	Mensual										
CLI	Índice de satisfacción global de usuarios	Anual										
CLI	Índice de satisfacción global de familiares	Anual										
CLI	Índice de satisfacción global de Instituciones	Anual										
PER	% de personas formadas en el último año (semestre)	Semestral										
PER	Horas de formación por persona año	Anual										
PER	Absentismo	Mensual										
PER	Nº de accidentes con baja	Mensual										
PER	Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a la gestión de personas	Mensual										
PER	% de mejoras derivadas de la gestión de QRSI	Mensual										
PER	% de Personas que participan en equipos de mejora / de gestión	Anual										
PER	Nivel de satisfacción global del personal	Anual										
PER	Evaluación media	Anual										
ATEN	Tasa de prevalencia infección nosocomial	Semestral										
ATEN	% de usuarios con valoración integral y PAI actualizado	Mensual										
ATEN	% de usuarios que participan en programas	Mensual										
ATEN	Tasa UPP post ingreso	Mensual										
ATEN	Tasa de caídas	Mensual										
ATEN	Tasa de caídas en personas con riesgo de caída identificado	Mensual										
ATEN	Nº de errores de medicación (fármaco, dosis, no toma)	Mensual										
ATEN	% Usuarios con más de 5 medicamentos	Mensual										
ATEN	% Usuarios con más de 9 medicamentos	Mensual										
ATEN	Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a la atención	Mensual										
ATEN	% de mejoras derivadas de la gestión de QRSI	Mensual										
ATEN	Grado de participación de familiares en el centro	Anual										
ATEN	% de usuarios que participan en actividades en la comunidad	Anual										
ATEN	Grado de satisfacción usuarios	Anual										
ATEN	Grado de satisfacción de familiares	Anual										
COMPRAS	% de productos socialmente responsables	Semestral										
COMPRAS	Quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a compras	Mensual										
COMPRAS	Tiempo de resolución de QRI	Mensual										
COMPRAS	% de mejoras derivadas de la gestión de QRSI	Mensual										
ALIM	Coste menú diario	Mensual										
ALIM	Nº de quejas, reclamaciones sugerencias en relación a la alimentación	Mensual										
ALIM	% de mejoras derivadas de la gestión de QRSI	Mensual										
ALIM	Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales y en mediciones microbiológicas) en relación a la alimentación	Mensual										
ALIM	Tiempo medio de resolución de incidencias	Mensual										
ALIM	Grado de satisfacción de los usuarios con la alimentación	Anual										
LIM	Coste limpieza por m2	Mensual										
LIM	Nº de quejas, reclamaciones sugerencias en relación a la limpieza	Mensual										
LIM	% de mejoras derivadas de la gestión de QRSI	Mensual										
LIM	Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales y en mediciones bacteriológicas) en relación a la limpieza	Mensual										
LIM	Tiempo medio de resolución de incidencias	Mensual										
LIM	Grado de satisfacción de los usuarios con la limpieza de equipos e instalaciones	Anual										
LIM	Grado de satisfacción de los familiares con la limpieza de equipos e instalaciones	Mensual										
LAVAN	Kg de ropa lavados por usuario	Mensual										
LAVAN	Coste del KG de ropa lavado	Mensual										
LAVAN	Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación al lavado de ropa	Mensual										
LAVAN	% de mejoras derivadas de QRSI	Mensual										
LAVAN	Satisfacción de residentes con el lavado de la ropa	Anual										
LAVAN	Satisfacción de familiares con el lavado de la ropa	Anual										
LAVAN	Satisfacción de personal con el lavado de ropa	Anual										
INFRA	% de individualización de habitaciones	Semestral										
INFRA	% de partes de avería cumplimentados (ok) respecto de los emitidos	Mensual										
INFRA	Nº de días medio de solución	Mensual										
INFRA	Grado de satisfacción de trabajadores respecto a infraestructuras y ambientes	Anual										
INFRA	Grado de satisfacción de usuarios respecto a infraestructuras y ambientes	Anual										
INFRA	Grado de satisfacción de familias respecto a infraestructuras y ambientes	Anual										
INFO	% de trabajadores que usan los sistemas de información / comunicación	Semestral										
INFO	Nº de quejas, reclamaciones sugerencias e incidencias con sistemas de información/comunicación	Mensual										
INFO	Tiempo de resolución de incidencias con sistemas de información /comunicación	Mensual										
INFO	Grado de satisfacción con la web externa	Anual										
INFO	Grado de satisfacción de los trabajadores en relación a los sistemas de información/comunicación	Anual										

Matriz de priorización

4. RESULTADOS

4.1 EL MODELO EFQM DE CALIDAD TOTAL. IMPLICACIONES PARA SU IMPLANTACIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES O SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

El modelo EFQM de calidad se basa en la premisa de que "La satisfacción de clientes y empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia, la gestión del personal, los recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados empresariales" (EFQM, 1996).

Por otra parte, y como aspecto importante, no hemos de olvidar que si partimos del convencimiento de que el refuerzo de la ética de la organización acompaña a ésta en la búsqueda de la excelencia, se debe saber qué camino es el apropiado para llegar a esa excelencia (Martín-Castilla, 2002).

A) EL MODELO EFQM: PRINCIPIOS DE CALIDAD TOTAL

Los principios fundamentales o conceptos base en los que se basa el MODELO EFQM de excelencia son los siguientes:

ORIENTACIÓN A RESULTADOS
La excelencia o calidad total consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.
ORIENTACIÓN AL CLIENTE
Las organizaciones excelentes crean valor sostenido para sus clientes, conocen sus necesidades y sus expectativas y dirigen su actividad a satisfacerlas
LIDERAZGO Y COHERENCIA
Este principio destaca la importancia de que los líderes sean capaces de inspirar a todos las demás personas de la organización, dirigirlas hacia la consecución de los objetivos, siendo ejemplo para todos y demostrando su capacidad para adaptarse y reorientar la organización al cambio.
GESTIÓN POR PROCESOS Y HECHOS
Excelencia es gestionar la organización mediante un sistema eficaz y eficiente basado en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés. Para ello se deberán identificar los procesos de la organización y gestionarlos con el objetivo claro de mejora continua en base a los resultados obtenidos. La gestión y control de los procesos mediante información representativa y fiable, permite la identificación e implantación de acciones preventivas adecuadas, inspirando y generando altos niveles de confianza y credibilidad entre los clientes.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DESARROLLO E IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS
Excelencia es maximizar la contribución de las personas de la organización a través del su desarrollo e implicación. Para ello, una organización excelente debe de fomentar el desarrollo personal de sus trabajadores, apoyar a los mismos ante los cambios, reconocer el trabajo bien hecho y el conocimiento del que disponen las personas, ofrecer oportunidades para la participación y asunción de responsabilidades en la organización, etc.
PROCESO CONTINUO DE APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y MEJORA
En este sentido, excelencia e desafiar el status quo y posibilitar el cambio a través del aprendizaje para innovar y crear oportunidades de mejora. Se entra así en una dinámica de aprendizaje continuo a partir de las actividades que se desarrollan y los resultados que se obtienen tanto a nivel interno como los que aportan los grupos de interés.
DESARROLLO DE ALIANZAS
Se trata de que la organización aproveche las relaciones con sus clientes, competidores, instituciones, proveedores, etc. con objeto de establecer el tipo de relación y comunicación, basado en el respeto y la confianza mutuos, que permita aportar mayor valor añadido al trabajo realizado.
RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN
Se refiere a exceder el marco legal mínimo y esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen los grupos de interés de cara a la sociedad. Se trata de adoptar un modelo ético de relaciones, minimizar los aspectos medioambientales, adoptar valores como la transparencia, la responsabilidad y la sostenibilidad.

Estos principios son aplicables a organizaciones de todo tipo, independientemente de su sector o tamaño (Club de gestión de calidad: 2002)

- GESTIÓN POR PROCESOS Y MEJORA CONTINUA

En relación al principio nº 4, la gestión por procesos y hechos, el modelo europeo indica que las organizaciones excelentes tienen que contar con un conjunto de procesos claro e integrado que haga posible y garantice la implantación sistemática de políticas, estrategias, objetivos y planes de la organización. Estos procesos tienen que desplegarse, gestionarse y mejorar de forma eficaz las actividades diarias de la organización. Las decisiones además se basarán en información – fiable y basada en datos- de los resultados actuales y previstos, de la capacidad de los procesos y sistemas, las necesidades, expectativas y experiencias de los grupos de interés, y el rendimiento de otras organizaciones, incluido cuando así convenga, el de la competencia. Los riesgos se identificarán a partir de medidas de rendimiento sólidas, gestionándose de manera eficaz, identificando e implantando medidas preventivas adecuadas, inspirando y manteniendo altos niveles de confianza en los grupos de interés.

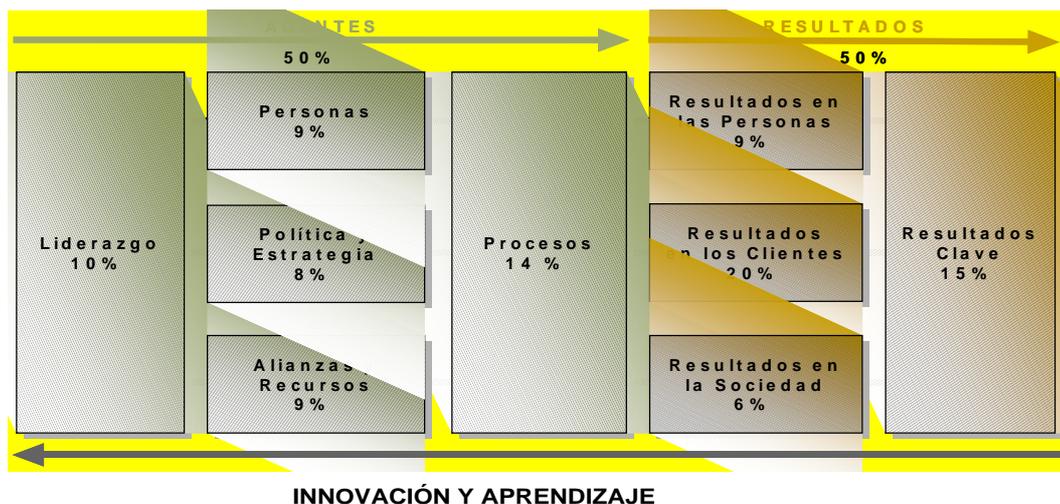
MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

En este sentido, para dotar de un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión, la organización deberá abordar estas 4 fases:

1. Identificación y estructura de los procesos
2. Descripción de cada uno de los procesos
3. Seguimiento y medición para conocer los resultados que se obtienen
4. Mejora de los procesos en base al seguimiento realizado

Por otro lado, el modelo EFQM se basa en otro principio fundamental que es el de la mejora continua a través del aprendizaje y de la innovación con objeto de añadir valor a las actividades que desempeña la organización (en nuestro caso, la atención a la persona mayor). Este proceso de mejora continua se construye a partir del aprendizaje realizado en relación a las actividades y resultados propios de la organización y en relación a las actividades y resultados de organizaciones excelentes así como a través de la incorporación de las oportunidades de innovación como práctica habitual.

B) EL MODELO Y SUS CRITERIOS. IMPLICACIONES PARA SU IMPLANTACIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES O SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO



El modelo se organiza en 9 criterios siendo los cinco primeros criterios causales y los 4 últimos criterios de resultados. Para cada uno de ellos, describe una serie de acciones que debería de llevar a cabo una organización o servicio en su camino hacia la mejora y la calidad total.

Como se ha comentado anteriormente, el modelo de calidad total-excelencia EFQM es un marco de trabajo no-prescriptivo basado en la siguiente premisa: "los resultados excelentes

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, que se hará realidad a través de las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos". En este sentido, el modelo aporta toda una serie de recomendaciones que orientan a la organización hacia una gestión excelente.

Desde la calidad de la gestión se consigue una buena calidad asistencial (en nuestro caso, proceso de atención a la persona mayor y su familia) además de toda una serie de resultados positivos en otras áreas sin los que la calidad asistencial no se mantendría.

Las áreas (criterios agentes) en las que debe centrarse la gestión en una organización y que propone el modelo EFQM de Excelencia son las siguientes: el Liderazgo, la Política y Estrategia, la Gestión de las Personas, la Gestión de los Recursos y las Alianzas y la Gestión de los Procesos Asistenciales.

El método para la gestión de estas 5 áreas es la GESTIÓN POR PROCESOS ya que permite a la organización el mantener siempre su Orientación permanente al cliente y, por otro lado, la Orientación a los resultados.

Una vez identificados todos los procesos de la organización, su gestión debe desarrollarse en función del ciclo de mejora continua propuesto por Shewhart:

- 1º se planifican los objetivos del proceso (P)
- 2º se despliegan los objetivos en planes de acción (D)
- 3º se controlan los resultados (C)
- 4º se ajustan y corrigen las desviaciones y se reinicia en base a ello la planificación de los nuevos objetivos de mejora (A)

La gestión de las áreas mencionadas anteriormente mediante el modelo de gestión por procesos lleva a la organización, o en este caso, a la residencia o SAD, a obtener resultados mejores de cada día en los clientes, en los trabajadores, en la sociedad y en la propia empresa.

No existe bibliografía sobre la adaptación y/o implantación del modelo EFQM de excelencia empresarial en organizaciones que tienen como objeto la atención a las personas mayores. No obstante y para contextualizar el modelo en el sector que nos ocupa, aportamos la "traducción" de las orientaciones del modelo EFQM al sector residencial o de Ayuda a domicilio resultando el siguiente guión de recomendaciones (igualmente útil para la

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

autoevaluación) que se contextualizan por cada uno de los criterios aportando su definición y los conceptos clave del mismo.

1. LIDERAZGO

LIDERAZGO: Los líderes excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y cuando resulta necesario son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

Qué es el liderazgo: liderazgo es aquello que estimula e incita a individuos y equipos a dar lo mejor de ellos mismos para alcanzar un resultado deseado.

Quién debe actuar como líder: el liderazgo debe ser ejercido por todas aquellas personas que coordinan y equilibran las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la organización. La gerencia y la dirección deben ejercer el liderazgo pero también las restantes personas que realicen labores de coordinación de equipos de trabajo. Es recomendable que el liderazgo vaya extendiéndose de forma progresiva a todas las personas de la organización.

Qué papel debe desempeñar el líder:

1. Impulsor de la mejora continua
2. Compromiso con los principios de calidad (orientación al cliente, gestión por procesos y hechos, desarrollo de alianzas, etc.)
3. Facilitador del proceso de cambio, reduciendo obstáculos y facilitando los medios necesarios para el mismo.

Cómo actúa el líder: equilibrando la autoridad de la dirección y la libertad/responsabilidad que otorga a sus colaboradores

Qué consigue el líder: Compromiso y cooperación del equipo, poner a las personas/equipos en acción para alcanzar los objetivos, hacer el mejor uso de las destrezas y el talento de las personas.

Las implicaciones de este criterio en la gestión de un centro residencial o de un SAD son las siguientes:

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

1. Los líderes de la residencia o del SAD deben definir y desarrollar la misión, la visión y los valores de la organización y actuar como modelo de referencia de una cultura de calidad destinada a satisfacer las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés (usuarios del servicio, familiares, trabajadores, instituciones contratantes, entorno próximo y sociedad)
2. Los líderes deben implicarse para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización. Deben asegurar que se implanta la gestión por procesos, identificar y nombrar a sus propietarios o responsables, definir un proceso en el cuál se elabore la planificación estratégica, se revise y controle los resultados clave, etc.
3. Los líderes deberán interactuar con clientes, aliados y representantes de la sociedad. El equipo directivo del centro o servicio deberá estar en contacto con los usuarios, familiares, instituciones, trabajadores, con objeto de conocer de primera mano sus necesidades y expectativas.
4. Deberán reforzar la cultura de la excelencia entre todas las personas de la organización. Así mismo, el equipo directivo y los demás líderes del centro o servicio, deberán comunicar personalmente la misión, visión y objetivos que se plantean, deberán ser accesibles y apoyar, motivar, implicar a los trabajadores mediante su ejemplo, mediante el reconocimiento, etc.
5. y deberán definir e impulsar el cambio en la organización, liderando las actuaciones necesarias ante los cambios, ofreciendo los recursos y los apoyo necesarios a las personas de la organización, siendo transparentes y comunicando los resultados y revisando la eficacia de los mismos.

Finalmente, cabe destacar la importancia del ejercicio del liderazgo no solamente en la figura del director o gestor del centro residencial o del servicio de ayuda a domicilio sino el liderazgo que deben ejercer las figuras clave del equipo de atención (trabajador/a social, DUE, Psicólogo/a, etc.) sin olvidar el liderazgo que necesariamente se debe dar en los equipos o personas que se responsabilizan de otras áreas de trabajo dentro de los servicios, como pueden ser los procesos soporte (gestión hostelera, etc.) u otros equipos relevantes.

Este nuevo concepto de liderazgo, choca con el liderazgo o jefaturas hasta hoy día implantadas en centros y servicios, más centrado en la organización de personal, resolución

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

de problemas, toma de decisiones, gestión de los recursos económicos, etc. El liderazgo que propone el modelo es un liderazgo basado en la comunicación, compartiendo responsabilidades, objetivos y toma de decisiones de una manera integrada pero más descentralizada, dando voz a las personas que lideran todos y cada uno de los equipos de los procesos, tanto de atención como de soporte. Por otro lado, no puede obviarse que para llevar a cabo el cambio en el estilo de liderazgo va a ser necesaria la formación de las personas en las habilidades necesarias para ello.

2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

POLÍTICA Y ESTRATEGIA: Las organizaciones excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el entorno. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes y objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Misión de la organización: finalidad o razón de ser de la organización. Describe quién soy, qué hago, para quién lo hago y como lo voy a hacer.

Visión: declaración que describe el tipo de organización que se aspira a ser. Qué quiero llegar a ser y cómo quiero que me vean los demás.

Objetivos estratégicos: la finalidad/es hacia la que se orientan las actuaciones de la organización

Proceso: conjuntos de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encuadran de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requisitos del cliente al que va dirigido

Mapa de procesos: representación gráfica de todos los procesos que constituyen la actividad de la organización y su interrelación.

Con objeto de dar respuesta a las recomendaciones que el modelo EFQM aporta en este criterio,

1. La residencia o el Servicio de Ayuda a Domicilio, deberán definir cuales son sus objetivos estratégicos basándose en las necesidades y expectativas actuales y futuras de sus grupos de interés (clientes, empleados, instituciones, sociedad,...)

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

2. La residencia o el Servicio de Ayuda a Domicilio, deberán definir cuales son sus objetivos estratégicos basándose en la información obtenida de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y la información del entorno.
3. La residencia o SAD deberán desarrollar, revisar y actualizar su política y estrategia mediante el desarrollo de planes, objetivos y procesos
4. La residencia debe comunicar y desplegar su política y estrategia mediante un esquema de procesos, hacer partícipes a las personas, hacer seguimiento de los resultados que se van obteniendo y analizar los progresos alcanzados.

Este criterio supone un cambio radical para el centro residencial o el servicio de ayuda a domicilio en el sentido que se deberá orientar la planificación a la satisfacción de todos sus grupos de interés, teniendo en cuenta no sólo al cliente principal o receptor del servicio, sino también a sus familias, a las propias personas del servicio, a las instituciones que contratan o regulan la prestación, a los proveedores, a los agentes del entorno próximo como ayuntamiento, otros servicios sociales y asociaciones, etc. Todos ellos esperan algo del servicio prestado, tienen unas necesidades y unas expectativas que el centro o servicio deberá conocer y cumplir.

Por otro lado, implica la necesidad de planificar a largo plazo los objetivos a conseguir en base a la información derivada del entorno y a los resultados obtenidos por la propia organización y es un hecho la falta de cultura y las dificultades que supone este tipo de planificación para las personas que forman los equipos en centros de recursos sociales, más acostumbrados a la planificación a corto plazo y a la gestión del día a día la cual consume todos los esfuerzos y actuaciones. Así mismo, pocos son los centros y servicios que gestionan adecuadamente la información / resultados de su actuación como para poder planificar en base a ellos en vez de en base a la intuición.

Va a ser necesaria pues, la formación de las personas que van a definir estas estrategias a largo plazo y la sensibilización en el concepto de orientación al cliente (teniendo en cuenta a todos ellos) y a la gestión con datos para poder llevar este criterio adelante con éxito.

3. PERSONAS

GESTION DE PERSONAS: Las organizaciones excelentes gestionan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

personas Se preocupan, comunican, dan recompensa reconocimiento a las personas para de este modo motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

En este criterio se abordan cuestiones como la necesidad de disponer de una adecuada política de personas, la identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización, el fomento y apoyo a la participación de todos en la mejora del servicio, la importancia del diálogo y la comunicación y la relevancia del reconocimiento y recompensa como fuente de implicación, satisfacción y compensación del trabajo bien hecho.

1. La residencia y el servicio de ayuda a domicilio deberán planificar, gestionar y mejorar sus recursos humanos. Establecer planes de selección, promoción y desarrollo de las personas, fomentar la equidad, establecer mecanismos para conocer la satisfacción de las personas trabajadoras, usar metodologías que permitan mejorar las maneras de trabajar, entre otros.
2. La residencia y/o SAD identifica, desarrolla y mantiene el conocimiento y la capacidad de sus personas. Se deberán identificar los conocimientos y competencias de las personas, establecer planes de formación y evaluar su eficacia, fomentar el trabajo en equipo, evaluar el rendimiento de los trabajadores y establecer los mecanismos para mejorarlo.
3. Fomenta la implicación y la asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización a través de la participación de las personas en equipo y proyectos de mejora.
4. Garantiza la existencia de un diálogo entre las personas y la organización a todos los niveles tanto ascendente como descendente y horizontal.

La residencia y/o SAD recompensa, da reconocimiento y atención a las personas de la organización como elemento clave de motivación. Así mismo debe proveer de sistemas que garanticen y promuevan la seguridad y salud de las personas, etc.

La importancia del capital humano de las organizaciones que dedican a la atención directa de las personas mayores es fundamental en el sentido que de su conocimiento, habilidades y actitudes depende la calidad del servicio prestado y consecuentemente, la calidad de vida del mayor. Existen hoy día dificultades en la mayor parte de las comunidades para

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

encontrar personal debidamente cualificado y/o con ganas de dedicarse a este sector de atención, frecuentemente infravalorado a nivel social y peor remunerado que otros sectores como el educativo y el sanitario. Por todo ello, cabe destacar la importancia de este criterio ya que fundamenta la estrategia y el desarrollo de políticas de personas tendentes al desarrollo personal y profesional de las personas y a generar su máxima satisfacción como elemento clave para la implicación, asunción de responsabilidades, mejora continua y fidelización.

4. ALIANZAS Y RECURSOS

GESTIÓN DE LAS ALIANZAS Y RECURSOS: Las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medioambiente.

Este criterio abarca cómo la organización realiza la:

- ❖ Gestión de sus de alianzas externas
- ❖ Gestión de recursos económicos y financieros
- ❖ Gestión de edificios, equipos y materiales
- ❖ Gestión de la tecnología
- ❖ Gestión de la información y el conocimiento

En este sentido:

1. La residencia y/o SAD debe gestionar sus alianzas externas (proveedores, otras asociaciones, instituciones, comunidad, etc.) con objeto de establecer sinergias que aporten valor a la organización. En este sentido cobran importancia el establecimiento de alianzas para compartir conocimiento y buenas prácticas en la atención a las personas mayores dependientes, alianzas que repercutan en la calidad del servicio prestado y en el cliente final (como pueden ser alianzas con asociaciones de voluntarios, experiencias intergeneracionales, etc.)
2. La residencia y/o SAD tiene que gestionar sus recursos económicos y financieros, asegurando una estructura de recursos eficaz y eficiente y debe establecer los

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

mecanismos oportunos para identificar y gestionar los riesgos económicos que puedan surgir.

3. Debe gestionar sus edificios, equipos y materiales con objeto de garantizar que siempre estén en las mejores condiciones apoyando a la prestación del servicio, optimizando su uso y consumo. Debe además gestionar su seguridad y el impacto ambiental que generan.
4. Debe gestionar también la tecnología, identificando las nuevas oportunidades que ofrece el mercado para apoyar la mejora de la atención y la gestión.
5. Y, finalmente, gestionar la información y el conocimiento de la organización como principal activo de la organización. En este sentido la identificación de la información y el conocimiento y la trazabilidad necesarios para la prestación del servicio son fundamentales y se deberán establecer planes para la adquisición, incremento y utilización del conocimiento y la información para garantizar la eficacia y la mejora del servicio.

5. GESTIÓN POR PROCESOS

GESTION POR PROCESOS: Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

Qué es un proceso:

Es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente a quien va dirigido.

Gestión por procesos y hechos:

Un conjunto de procesos claro e integrado hace posible y garantiza la implantación sistemática de la política y la estrategia del servicio u organización.

La gestión por procesos nos permite observar el modo en que se ejecutan realmente las diferentes tareas por medio de procesos que traspasan las fronteras funcionales tradicionales. (Departamentos/Áreas/Servicios).

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Las decisiones se basan en una información fiable y basada en datos, en base resultados actuales y previstos, de la capacidad de los procesos, de las necesidades y expectativas de los grupos de interés y del rendimiento de otras organizaciones

La gestión por procesos orienta la gestión a la obtención de resultados para satisfacer a todos los grupos de interés.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, se deberán

1. Identificar y estructurar los procesos
2. Describirlos,
3. Hacer seguimiento y medirlos para conocer los resultados que se obtienen
4. Mejorarlos en base al seguimiento realizado

El modelo establece en sus subcriterios, lo siguiente:

1. El centro residencial o el servicio de ayuda a domicilio deberá identificar y diseñar sus procesos y el sistema de gestión de los mismos. Se deberán identificar entonces los procesos estratégicos, los operativos y los procesos soporte y reflejar todas las actividades que comprenden así las relaciones entre ellos. Se deberán formar los equipos que los van a gestionar, identificar los indicadores para su seguimiento y medición, describir los procedimientos o protocolos fundamentales y establecer los tiempos y los recursos necesarios para garantizar su correcta gestión.

2. Deberán introducir en ellos las mejoras necesarias mediante la innovación, con el objetivo de satisfacer plenamente a sus grupos de interés, generando cada vez más valor, identificando oportunidades de mejora y cambios a incorporar a raíz del análisis de los resultados obtenidos, de la satisfacción de los usuarios y de los demás grupos de interés y de las actividades de aprendizaje. A su vez, se deberán establecer mecanismos que estimulen la participación y la creatividad de los trabajadores, usuarios, familias y otros grupos de interés con objeto de que aporten su saber a la mejora, comunicar los cambios y formar a las personas para que los afronten con garantías y seguridad.

3. Deberán diseñar y desarrollar la prestación del servicio en base a las necesidades y expectativas de sus clientes. Para ello se establecerán mecanismos para conocer cuáles son esas necesidades y expectativas (encuestas, entrevistas, etc.) y anticipar las necesidades futuras de la población objeto de atención.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4. Y debe gestionar y mejorar las relaciones con los clientes (usuarios, familias, instituciones) estableciendo contactos habituales mediante reuniones, comisiones de usuarios/familiares, grupos conjuntos de mejora, etc., gestionando sus comunicaciones (quejas, sugerencias, solicitudes de información), identificar y mejorar sus niveles de satisfacción, etc.

Cabe destacar que la gestión por procesos implica la identificación de todas las actividades que se llevan a cabo en el centro o servicio con objeto de "situarlas" a todas ellas en un proceso que va a ser objeto de gestión y evaluación para su mejora continuas. Esa gestión además, se llevará a cabo por parte de un equipo formalmente identificado y cualificado para ello por lo que el equipo va a tener plena responsabilidad y autoridad en las decisiones relacionadas. Por otro lado, la evaluación continua del proceso se llevará a cabo en base a datos y a hechos, es decir, de manera objetiva mediante indicadores que van a permitir al equipo gestor conocer cuál es el grado de avance del proceso en todo momento.

6. RESULTADOS EN CLIENTES

Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.

En este criterio, el modelo EFQM aborda la necesidad de contar con indicadores que determinen cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios. Para ello se deberá conocer cuál es la percepción de los usuarios en relación a la organización general del servicio, los servicios sanitarios prestados, la alimentación, la limpieza de las instalaciones, los equipamientos y las infraestructuras, las competencias de los profesionales que les atienden, el trato recibido, la información que se ofrece, la eficacia en la resolución de problemas e incidencias entre otros que se consideren oportunos y en función del servicio

Por otro lado, la residencia y el servicio de ayuda a domicilio deberán establecer aquellos indicadores que marquen la calidad de la atención que están prestando en relación a los resultados que se consiguen con los usuarios, destinatarios finales del servicio. Indicadores como mejora de la capacidad funcional, cognitiva y estado de ánimo, tasa de infección, de caídas, de úlceras, participación en la comunidad, tiempo dedicado a la atención personal, ... entre otros y siempre en función de los objetivos marcados en la atención son los que formarán parte de este criterio.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Este criterio hace referencia a qué logros está alcanzando la organización en relación a las personas que la integran

El centro residencial o el SAD deben aspirar a obtener los mejores resultados en sus personas, tanto en su satisfacción como en su rendimiento. Para ello la organización deberá conocer qué opinan sus trabajadores en relación a la organización del trabajo, el estilo de liderazgo, las condiciones laborales, la comunicación y el acceso a la información, las oportunidades de formación y desarrollo profesional, autonomía en la acción, reconocimiento que reciben, etc. así como otros indicadores que informen y permitan la toma de decisiones en relación al rendimiento de las personas y a la eficacia de las políticas de personal implantadas. En relación a esto último, los indicadores pueden referirse al grado de absentismo, accidentabilidad, % de personas que han recibido formación, eficacia de las acciones formativas, evaluación del desempeño, quejas y reclamaciones, rotación de personal, etc.

8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Hacen referencia a qué logros está alcanzando la organización en la sociedad: percepción de la organización por parte de la sociedad y a medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento así como para anticipar las percepciones de la sociedad

El modelo EFQM recomienda, igual que en los criterios de resultados anteriores, que la organización disponga de indicadores que reflejen tanto la percepción como el rendimiento que el centro o servicio tiene en la sociedad. La residencia o SAD debe reflejar entonces información acerca de su actuación responsable en la sociedad como miembro activo del entorno próximo, de su comportamiento ético, apoyo a la salud y a la prevención de la dependencia, actuación medioambiental e impacto ecológico, integración de voluntariado y su formación. Por otro lado también, se reflejaría el trabajo realizado con otros aliados e instituciones para compartir buenas prácticas, premios y felicitaciones obtenidos, permisos, autorizaciones, desviaciones en inspecciones, etc.

9. RESULTADOS CLAVE

Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a elementos clave de su planificación estratégica

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

La excelencia en la gestión y la atención debe llevar a la residencia o al SAD a la obtención de buenos resultados en indicadores de rentabilidad, aprovechamiento de recursos, gestión y control del presupuesto. Y, por otro lado, debe de controlar la fidelidad de los clientes tanto asistenciales como contratantes, entre otros.

Finalmente, y en relación a todos los criterios de resultados, la organización deberá compararse con otras organizaciones excelentes con objeto de disponer de información de qué resultados está obteniendo el mejor y aprender de él y fijarse metas cada día más elevadas que garanticen la mejora del servicio ofrecido.

Implantación del modelo EFQM en los sectores social y sanitario

INCIDENCIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM EN ESPAÑA.

Si bien la implantación del modelo EFQM en el estado español es todavía incipiente (o irregular en las diferentes CCAA), existen diversas comunidades autónomas que han creado organismos (Centros de Excelencia) para impulsar este modelo como modelo garante de la calidad en la gestión.

Por Centros de Excelencia se conoce la recientemente constituida Asociación de Centros Promotores de la Excelencia. Esta Asociación está formada por 13 entidades de toda España, cuyo principal objetivo es el de unir los esfuerzos que se están realizando en diferentes Comunidades Autónomas, para potenciar, de forma conjunta y coordinada entre sus asociados, el desarrollo de la cultura de la calidad, la innovación y la excelencia en la gestión empresarial de nuestro país.

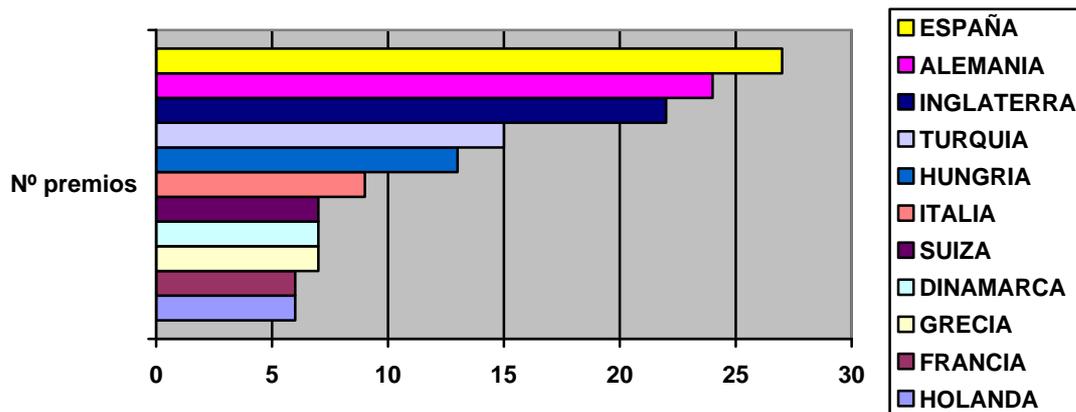
El día 2 de Noviembre de 2006 se constituye en Madrid la "Asociación de Centros Promotores de la Excelencia", como una organización con personalidad jurídica propia, de naturaleza asociativa y sin ánimo de lucro. Integran esta asociación los centros citados a continuación:

- Asociación Canaria para la Calidad
- Agencia de Inversiones y Servicios de Castilla y León
- Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión del IAT
- Club Asturiano de la Calidad
- Club de Marketing de La Rioja
- Fundación Madrid por la Excelencia
- Fundación Navarra para la Calidad
- Fundación para el Fomento de la Calidad Industrial de Galicia
- Fundación Valenciana de la Calidad
- Fundación Vasca para la Calidad (EUSKALIT)

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Instituto Aragonés de Fomento
- Instituto de Innovación Empresarial de las Islas Baleares (IDI)
- Sociedad par el Desarrollo Regional de Cantabria

España es el país europeo con mayor número de premios otorgados por la Fundación Europea para la Gestión de la calidad como puede observarse en el siguiente gráfico:



Fuente: Euskalit. 2008

Y, a su vez, el país vasco es quién lidera el número de premios y reconocimientos por dicha agencia siendo su aporte del 70,3% sobre el total.

ANTECEDENTES EN SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

Si bien en el ámbito de los servicios sanitarios ya encontramos referencias a la gestión de calidad desde finales de la década de los ochenta (Vuori, 1991) es relativamente reciente el interés por la gestión de calidad en el campo de los servicios sociales, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque el proceso de maduración de algunas organizaciones y profesionales y del sector de los servicios sociales en general permite u obliga a que se plantee la necesidad de un modelo global de gestión que integre los procesos de intervención más tradicionales y conocidos por los profesionales y los "procesos administrativos" que se habían ido asumiendo a medida que las organizaciones crecían e interactuaban con un entorno más complejo. Además, el hecho de que se esté dando un incremento de las interacciones entre los servicios sociales y otras organizaciones lleva a preguntarse en qué medida un modelo que se dice que funciona en otros ámbitos puede hacerlo en éste (Hernández Yáñez y otros, 2000).

Por su configuración, el Modelo europeo EFQM es bastante más adecuado para aplicar al sector servicios que las normas ISO, más desarrolladas y efectivas para los procesos de los

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

sectores industriales. Además, no está dirigido a auditoría externa, sino a AUTOEVALUACIÓN por parte de la organización (Barriga, L.A., 1999).

- Antecedentes en servicios sanitarios

Son varias las comunidades autónomas que están adoptando el modelo de calidad total EFQM sobre la gestión y autoevaluación de los servicios sanitarios (p.ej. País vasco y Madrid). Cataluña, ha definido un modelo multidimensional aplicable a todos los servicios sanitarios, basado en el modelo EFQM, aunque lo combina con las normas de la Joint Comisión y la norma ISO 9001:2000. Andalucía, por su parte, ha definido su propio modelo de acreditación. Potenciado por la normativa legal de algunas comunidades autónomas y los resultados de las investigaciones realizadas, el EFQM está siendo ampliamente aplicado en atención primaria, los hospitales y algunos servicios regionales de salud³⁰ como método de autoevaluación o de evaluación externa.

En este sentido, existen en la actualidad numerosas experiencias de implantación de la gestión de calidad de los servicios sanitarios. Cabe destacar las aplicaciones del modelo de calidad (autoevaluación según el EFQM) en servicios hospitalarios, ya que *en el marco de la transferencia de competencias sanitarias en España, se impone desarrollar una orientación estratégica de la organización siguiendo los principios y filosofía de la calidad total (TQM), orientación al cliente y mejora continua* (Zardoya, A., Guevara, I., García, J., Marzo, M., 2002). Sin embargo, se ha de tener en cuenta el hecho de que en las experiencias reseñadas se analizaron únicamente los criterios de resultados, por considerarse éstos consecuencia de los criterios facilitadores.

Hemos de tener en cuenta que en nuestro país, cuando hablamos de "servicios sanitarios" nos referimos mayoritariamente a la organización sanitaria pública, con un objeto de trabajo "especial": las personas y su salud.

Teniendo en cuenta los "principios de calidad total" del sistema EFQM, en el ámbito sanitario esto debería darse de la siguiente manera (Izarzugaza, 2005):

- Orientación hacia los resultados: Se trata de responder de manera equilibrada a las expectativas de tres grupos de interés, a saber, usuarios; planificadores, aseguradores y compradores; y proveedores de servicios.
- Orientación al cliente: Bien mejorando el servicio, bien haciendo más realistas las expectativas de los clientes.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Liderazgo y constancia en los objetivos: Poniendo especial interés, por ejemplo, en la detección y formación de líderes, tanto los establecidos por la propia estructura, como los naturales o emergentes.
- Gestión por procesos y hechos: procesos operativos (asistenciales), procesos de apoyo, y procesos estratégicos. Una organización puede considerarse como un conjunto de procesos interrelacionados entre sí.
- Desarrollo e implicación de las personas: La implicación del modelo EFQM comienza con la sensibilización e implicación del personal. En este sentido, cabe reseñar las diversas iniciativas que desde 2004 se están llevando a cabo en el sistema de Salud Mental de Bizkaia, orientadas a profesionales de la Salud (Izararzugaza, 2005).
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas:
- Responsabilidad social:

Cabe destacar igualmente otras investigaciones, que tratan de definir indicadores clave concretos, en procesos y sobre criterios definidos del modelo. Así, Para Oteo y Pérez, *en el sector sanitario, el interés por esta nueva cultura de la calidad ha sido propiciado en primer lugar por el compromiso de mejorar el valor del servicio asistencial al usuario, sobre la base de las credenciales éticas presentes en la misión de las instituciones, y en segundo lugar, por razones de revitalización organizativa y mejora de la eficiencia interna* (Oteo Ochoa, L. A., y Pérez Torrijos, G., 2002, p. 9). En el estudio presentado por estos autores, se utiliza como marco de referencia el criterio "resultados en los clientes", en cuanto a los procesos asistenciales, y se definen desde ahí, diferentes indicadores. Así, podemos encontrar aplicaciones del modelo de Excelencia en Gestión EFQM, tanto en lo concerniente a todos los procesos que se dan en la organización sanitaria, como en determinados ámbitos o procesos y aspectos.

- Antecedentes en servicios sociales

En lo referente a los servicios sociales en general, se observa en los últimos años una tendencia a la "toma de conciencia" de la importancia de la implantación de nuevos modelos de gestión de calidad, si bien aún no existen demasiadas experiencias reales.

Según Fernando Fontanova, se pueden definir los servicios sociales como *prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades*

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general (Casado y otros, 2005, citado en Fontanova, 2007). Según este autor, para la gestión de los servicios sociales es fundamental la diferenciación y articulación de procesos y actividades, así como conocer la configuración del entramado de agentes que participan en ellos. Sobre este aspecto, Fontanova diferencia entre diferentes aspectos:

- Conceptos y herramientas de gestión que surgen de las actividades operativas (micro).
- Conceptos y herramientas de gestión que surgen como respuesta a las necesidades estructurales (macro).

También se debería tener en cuenta si esos conceptos y herramientas surgen desde dentro del ámbito de los servicios sociales, o en cambio lo hacen desde fuera. Utilizando esta diferenciación conceptual, podemos enmarcar la creación de un *cuadro de mando integral*, o la aplicación del sistema EFQM, como modelos que surgen como respuesta a lo estructural, y desde fuera del ámbito de los servicios sociales.

Por otra parte, cabe señalar el esfuerzo que algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) y Organizaciones no Lucrativas (ONL) españolas están haciendo en el campo de la Gestión de Calidad y la Gestión por procesos (GP).

4.2 TRABAJO DE CAMPO Y RESULTADOS: PARTE RESIDENCIAL

4.2.1 TRABAJO DE CAMPO

En marzo de 2008 se inicia el trabajo de campo, en el que se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Formación a los grupos focales en el modelo EFQM de calidad total y gestión por procesos
- Elaboración y consenso del mapa de procesos para un centro residencial
- Diseño y consenso de la ficha de cada proceso identificado
- Definición de indicadores
- Elaboración del plan de implantación de la recogida de indicadores
- Seguimiento del plan de implantación
- Análisis de eficacia, eficiencia e idoneidad de los indicadores seleccionados
- Redefinición del cuadro de mando integral

A) GRUPOS FOCALES ATENCIÓN RESIDENCIAL

Tal y como se explica en el apartado de metodología, se realizaron 8 sesiones con una duración aproximada de 3 horas cada una en las que formaron parte los siguientes profesionales: dirección de centro, dirección de calidad de Fundación Matia, enfermería, trabajador social, encargada de servicios (o gobernanta) y la persona que desarrolla labores de adjuntía de dirección, además del equipo investigador (parte residencial) en el centro gerontológico Fraisoro y 8 sesiones en la residencia SAR Fontibre en las que formaron parte la dirección del centro, la trabajadora social, la coordinadora de enfermería, la jefa de servicios generales y dos investigadores del proyecto que asistieron cada uno a 4 de las sesiones realizadas.

Las sesiones con los grupos focales han sido prácticamente simultáneas en los dos centros. El contraste entre ambos se ha realizado por el investigador MFCP que ha participado en todos los grupos.

El objetivo de cada sesión se adjunta en la tabla siguiente:

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	OBJETIVO
1	MAPA DE PROCESOS
2	DISEÑO PROCESOS
3	INDICADORES
4	DEFINICIÓN FINAL INDICADORES Y DISEÑO PLAN DE IMPLANTACIÓN INDICADORES
5	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
6	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
7	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
8	SESIÓN CONCLUSIONES Y CONSENSO CUADRO DE MANDO INTEGRAL

A continuación se detalla el contenido de cada uno de los grupos focales y posteriormente se redacta el trabajo realizado para la obtención de los tres resultados principales:

- Mapa de procesos de un centro residencial
- Guía de procesos
- Batería de indicadores y cuadro de mando integral para la gestión de un centro residencial

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
1	MARZO	MAPA DE PROCESOS
ASISTENTES		METODOLOGÍA
<p>ASISTENTES FRAISORO: dirección de centro, adjuntía de dirección, enfermería, trabajo social, encargada de servicios. MIG, AU, MFC</p> <p>ASISTENTES SAR FONTIBRE: dirección del centro, trabajadora social, coordinadora de enfermería, jefa se servicios generales. IA</p>		<p>Aporte de la documentación previo a la sesión. Presentación del proyecto</p> <p>Sesión informativa: Se presenta el mapa de procesos elaborado por el equipo investigador en base a la metodología de identificación de procesos en una organización. Discusión y contraste.</p> <p>Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura de plazo para las aportaciones a posteriori</p>
CONTENIDO DE LA SESIÓN		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Presentación y objetivos del proyecto y la sesión 2 Presentación de las conclusiones derivadas de los antecedentes y de las implicaciones del modelo EFQM en su implantación en un centro residencial 3 Criterios para la identificación de los procesos en un centro residencial 4 Mapa de procesos elaborado por el equipo investigador: <ul style="list-style-type: none"> Procesos estratégicos: <i>G estratégica,</i> <i>G personas,</i> <i>G económica,</i> <i>G clientes,</i> <i>G procesos,</i> <i>G innovación</i> Proceso operativo: <i>Proceso de atención a la persona mayor y a su familia (subprocesos de:</i> <i>Ingreso y acogida,</i> <i>Valoración</i> <i>Intervención</i> <i>Seguimiento y evaluación</i> <i>Baja del servicio</i> Procesos Soporte: <i>Gestión hostelera</i> <i>Compras</i> <i>Infraestructuras y mantenimiento</i> <i>Sistemas de información</i> 5 Discusión sobre idoneidad de los procesos identificados 6 Recogida de propuestas y sugerencias de cambio: 7 Resultado de la sesión: cambia significativamente la identificación inicial de los procesos con objeto de simplificar la estructura de los procesos 		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
2	MAYO	DISEÑO DE LOS PROCESOS
ASISTENTES		METODOLOGÍA
<p>ASISTENTES FRAISORO: dirección de centro, adjuntía de dirección, enfermería, trabajo social, encargada de servicios. MIG, AU, MFC ASISTENTES SAR FONTIBRE: dirección del centro, trabajadora social, coordinadora de enfermería, jefa se servicios generales. MFC</p>		<p>Aporte de la documentación previo a la sesión. Sesión informativa: Se presenta al equipo el diseño de cada uno de los procesos. Discusión y contraste. Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura de plazo para las aportaciones a posteriori</p>
CONTENIDO DE LA SESIÓN		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Presentación y objetivos de la sesión 2 Mapa de procesos definitivo 3 Elementos objeto de descripción en la ficha de proceso 4 Diagrama de bloque: estructura PDCA 5 Fichas de los procesos identificados 6 Discusión 7 Resultado de la sesión: cambian los objetos de algunos de los procesos, se mejora la identificación de grupos de interés y definición de sus expectativas y requisitos de los mismos procesos identificados con las aportaciones de los profesionales de los centros. Surge debate de las personas/figuras que podrían formar parte del equipo de cada proceso (perfiles de gestión) 		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
3	JUNIO	IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES PARA CADA PROCESO
ASISTENTES		METODOLOGÍA
<p>ASISTENTES FRAISORO: dirección de centro, adjuntía de dirección, enfermería, trabajo social, encargada de servicios. MIG, AU, MFC ASISTENTES SAR FONTIBRE: dirección del centro, trabajadora social, coordinadora de enfermería, jefa se servicios generales. IA</p>		<p>Aporte de documentación previo a la sesión. Identificación de indicadores en base a la misión de cada proceso Discusión y contraste Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura de plazo para las aportaciones a posteriori</p>
CONTENIDO DE LA SESIÓN		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Presentación y objetivos de la sesión 2 Indicadores vs. datos. Tipología de indicadores 3 Presentación de la batería de indicadores elaborada por el equipo investigador 4 Discusión y contraste 5 Recogida de sugerencias y aportaciones 6 Resultado de la sesión: cambios en la definición de indicadores de los procesos. 		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
4	JULIO	DEFINICIÓN FINAL INDICADORES Y DISEÑO PLAN DE IMPLANTACIÓN INDICADORES
ASISTENTES		METODOLOGÍA
ASISTENTES FRAISORO: dirección de centro, adjuntía de dirección, enfermería, trabajo social, encargada de servicios. MIG, AU, MFC ASISTENTES SAR FONTIBRE: dirección del centro, trabajadora social, coordinadora de enfermería, jefa se servicios generales. MFC		En base a los resultados de la sesión anterior, recogida de aportaciones, puesta en común y definición final de indicadores. Asignación de responsables para su obtención y registro.
CONTENIDO DE LA SESIÓN		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Presentación y objetivos de la sesión 2 Presentación de la batería de indicadores con las aportaciones de la sesión anterior 3 Discusión y contraste 4 Definición final (acuerdo) 5 Elaboración del plan de implantación para la recogida de los resultados: responsable, plazo para la obtención del indicador. 6 Resultados de la sesión: <p>Se abre debate sobre la dificultad que puede generar obtener la información por parte de los profesionales asignados. Por otro lado se tiende a atribuir la mayoría de ellos a los perfiles de dirección lo que denota la falta de conciencia del perfil gestor del resto de profesionales del equipo de atención. Se apunta, por parte del equipo del centro Fraisoro, la necesidad de contar con un administrativo para poder recoger tanta información</p>		

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
5,6,7	SETIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE	SEGUIMIENTO PLAN IMPLANTACIÓN INDICADORES
ASISTENTES		METODOLOGÍA
ASISTENTES FRAISORO: dirección de centro, adjuntía de dirección, enfermería, trabajo social, encargada de servicios. MIG, AU, MFC ASISTENTES SAR FONTIBRE: dirección del centro, trabajadora social, coordinadora de enfermería, jefa se servicios generales EQUIPO INVESTIGADORES: IA sesiones 5 y 7 y MFC sesión 6		Entrevista estructurada abierta en base a: Análisis de resultados obtenidos para cada indicador con profesionales clave Análisis de Incidencias en la obtención e interpretación de los resultados Análisis de la Idoneidad para la toma de decisiones (matriz relevancia para la toma de decisión)
CONTENIDO DE LA SESIÓN		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Presentación y objetivos de cada sesión 		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

2	<p>Exposición de los resultados obtenidos en cada indicador por procesos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación indicador por indicador con la matriz de evaluación (dificultad obtención, impacto y toma de decisiones) - Inclusión de aportaciones - Reformulación de la batería de indicadores según resultados y aportaciones
3	<p>Resultado de las sesiones: Reformulación de la batería de indicadores. Se elabora el cuadro de mando para la gestión integral del centro residencial y el cuadro de mando para los equipos de proceso.</p>

SESIÓN	FECHA	OBJETIVO
8	DICIEMBRE	SESIÓN CONCLUSIONES Y ACUERDO CUADRO DE MANDO INTEGRAL
ASISTENTES		METODOLOGÍA
<p>ASISTENTES FRAISORO: dirección de centro, adjuntía de dirección, enfermería, trabajo social, encargada de servicios. MIG, AU, MFC</p> <p>ASISTENTES SAR FONTIBRE: dirección del centro, trabajadora social, coordinadora de enfermería, jefa de servicios generales. MFC</p>		<p>En base a las aportaciones que han ido surgiendo en las reuniones anteriores, se expone la batería final de indicadores que forma parte del cuadro de mando integral. Discusión y contraste Conclusiones.</p>
CONTENIDO DE LA SESIÓN		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Presentación y objetivos de la sesión 2 Revisión del mapa de procesos, fichas de los procesos e indicadores 3 Evaluación Plan de Implantación de Indicadores 4 Conclusiones y acuerdo del Cuadro de Mando Integral definitivo 		

B) ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL

Siguiendo las pautas definidas en el punto 4.1 "EL MODELO EFQM DE CALIDAD TOTAL. IMPLICACIONES PARA SU IMPLANTACIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES O SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO", inicialmente se identifican los procesos en base a las actividades que se desarrollan en los centros residenciales piloto. Dicha identificación se realiza siguiendo la metodología de identificación de procesos en una organización descrita en la Guía para una gestión basada en procesos (Instituto Andaluz de la Tecnología: 2002) y posteriormente los procesos se agrupan siguiendo la clasificación de estratégicos, operativos y de apoyo. Los procesos y su agrupación inicialmente seleccionados son los siguientes:

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Procesos Estratégicos	Gestión estratégica
	Gestión de procesos
	Gestión económica
	Gestión de la innovación
	Gestión de clientes
	Gestión de personas
Proceso Operativos	Proceso de atención: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso y acogida • Valoración • Plan de intervención individualizado • Prestación de servicios • Evaluación, seguimiento y revaloración • Fin de las prestaciones
Procesos Soporte	Compras
	Gestión hostelera: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Limpieza y desinfección, desratización y desinsectación (en adelante limpieza y DDD) • Lavandería
	Gestión de infraestructuras y mantenimiento
	Sistemas de información

De las sesiones de trabajo del equipo investigador y de la sesión de contraste con los grupos focales se derivan cambios que modifican el diseño inicial del mapa descartándose el proceso de gestión de procesos (entendiéndose que las pautas para el sistema de gestión por procesos se definirán desde el proceso de gestión estratégica) y se elimina el proceso de innovación entendiéndose ésta como un resultado del trabajo en cada uno de los procesos.

Así mismo, en una sesión posterior se decide incluir en el proceso de infraestructuras y mantenimiento la parte de ambientes (gestión de la decoración, confort, seguridad de los diferentes espacios de un centro residencial) por la importancia que tiene de cara a satisfacer las necesidades de los usuarios y familiares de los centros.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Los procesos finales son:

Procesos Estratégicos	Gestión estratégica
	Gestión económica
	Gestión de clientes
	Gestión de personas
Proceso Operativos	Proceso de atención: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso y acogida • Valoración • Plan de intervención individualizado • Prestación de servicios • Evaluación, seguimiento y revaloración Fin de las prestaciones
Procesos Soporte	Compras
	Gestión hostelera: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Limpieza y desinfección, desratización y desinsectación (en adelante limpieza y DDD) Lavandería
	Gestión de infraestructuras, mantenimiento y ambientes
	Sistemas de información

Cabe destacar las dificultades iniciales en los grupos focales para la asunción de los procesos estratégicos como procesos en un centro residencial debido la tendencia de centrar la gestión únicamente en el proceso de atención y procesos hosteleros.

C) DISEÑO Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS PROCESOS

Una vez identificados los procesos se procedió al diseño de los mismos en base a la metodología descrita en el punto 3.2. teniendo como herramienta base la tabla de elementos descriptores del proceso.

D) DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LOS INDICADORES

Una vez diseñados y aprobados los procesos que conforman las estructura del sistema de gestión de un centro residencial y descritas sus características, se ha procedido a la identificación de los indicadores que nos van a permitir la gestión y control de los mismos teniendo en cuenta su misión u objeto principal.

Para cada indicador se ha identificado su forma de cálculo y su periodicidad de recogida y el responsable de su obtención en los centros.

A continuación se presentan los indicadores identificados INICIALMENTE y que han sido objeto de implantación en los centros residenciales. Fruto de la implantación, algunos de los

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

indicadores han sufrido modificaciones (en su definición), se han añadido algunos y se han descartado otros para formar parte del cuadro de mando integral de un centro residencial, no descartándose para la gestión del proceso en sí, sino para aquel cúmulo de información necesaria para la gestión. La batería de indicadores inicial seleccionados para cada proceso fue la siguiente:

PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA: Definir, desplegar y evaluar la planificación estratégica de la residencia y marcar las pautas para la correcta gestión de los procesos facilitando el cumplimiento de los objetivos mediante una correcta gestión y administración de los recursos.				
INDICADOR	Numerador/Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
% de ocupación	Nº de estancias previstas/ Nº estancias reales	Mensual	Ratio %	
Resultados de explotación	Resultados reales - resultados previstos / resultados previstos	Mensual	Ratio	
Nº desviaciones de inspección no resueltas	Nº de desviaciones de inspección no resueltas	Mensual	Directo	
Grado de cumplimiento de los objetivos	Nº de objetivos cumplidos/ Nº de objetivos totales	Mensual	Ratio %	
Grado de cumplimiento de la planificación (plan de acción)	Nº de acciones planificadas realizadas / Nº de acciones planificadas	Mensual	Ratio %	
Satisfacción global de los residentes y familiares	Sumatorio de puntuaciones en los ítem indicados /Nº de respuestas a los ítem indicados	Anual	Ratio	
Satisfacción global trabajadores	Sumatorio de puntuaciones al ítem /Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Satisfacción global instituciones	Sumatorio de puntuaciones al ítem /nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Absentismo	Nº de horas no trabajadas/ Nº de horas a trabajar	Mensual	Ratio %	
% de usuarios con valoración integral y PAI actualizado	Nº de usuarios del centro con valoración integral y PAI actualizado (revisado en el último año) / Nº de usuarios en el centro	Mensual	%	

Los indicadores del proceso de gestión estratégica son en su mayoría indicadores del resto de procesos de la residencia, habiéndose considerado como propios del proceso únicamente los que hacen referencia al grado de cumplimiento del plan de acción y al grado de cumplimiento de los objetivos, así como el indicador de Nº de desviaciones de inspección no resueltas

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO GESTIÓN ECONÓMICA: Garantizar que la actividad desarrollada en la residencia se ajusta a la planificación económica de cara a cumplir los objetivos estratégicos de la organización

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
Ingresos de explotación	Ingresos real-previsto / prevista	Mensual	Ratio %	
Gastos de explotación	Gastos reales-previsto / Previsto	Mensual	Ratio %	
Resultado explotación	Resultados real-previsto / previsto	Mensual	Ratio %	
% de ocupación	Nº de estancias reales mes / Nº de estancias previstas mes	Mensual	Ratio %	

PROCESO RELACIONES CON EL CLIENTE: Captar y fidelizar a nuestros clientes actuales y potenciales satisfaciendo sus necesidades y planificando y desarrollando planes de actuación de cara a satisfacer sus expectativas actuales y futuras.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Mensual	Directo	
% de mejoras implantadas derivadas de la gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Nº de mejoras implantadas por QRSI / Nº de QRSI total	Mensual	Ratio %	
Índice de captación de clientes	Nº de clientes captados / Nº de entrevistas de captación realizadas	Mensual	Ratio %	
Bajas por insatisfacción	Nº de bajas por insatisfacción / Nº de bajas totales	Mensual	Ratio %	
Índice de satisfacción global de usuarios	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción global de familiares	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción global de Instituciones	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	

PROCESO GESTIÓN DE PERSONAS: Desarrollar el potencial del personal que presta sus servicios en la residencia asegurando su máxima implicación y asunción de responsabilidades a través de una adecuada Selección, Incorporación, Formación y Evaluación.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
Absentismo	Nº de horas no trabajadas/ Nº de horas a trabajar	Mensual	Ratio %	
Nº de accidentes con baja	Nº de accidentes laborales que causan baja	Mensual	Directo	
% de personas formadas en el último año	Nº de personas que han participado en cursos de formación / Nº de personas trabajadoras del centro	Semestral	Ratio %	
Horas de formación por persona año	Nº de horas de formación / Nº de personas trabajadoras	Anual	Ratio	
% de Personas que participan en equipos de mejora / de gestión	Nº de Personas que participan en equipos de mejora o de gestión / nº total de personas trabajadoras	Anual	Ratio %	
Índice de satisfacción global del personal	Sumatorio de puntuaciones al ítem de satisfacción global / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Evaluación media	Sumatorio de las puntuaciones obtenidas en evaluación del desempeño / N° de personas trabajadoras evaluadas	Anual	Ratio	
N° de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a la gestión de personas	N° de QRSI en gestión de personas	Mensual	Ratio	
% de mejoras derivadas de la gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en gestión de personas	N° de mejoras implantadas derivadas de la gestión de QRSI / N° de QRSI	Mensual	Ratio %	

PROCESO ATENCIÓN RESIDENCIAL: Alcanzar la mejor calidad de vida de las personas mayores y sus familias, entendida esta como el mantenimiento y/o mejora de su autonomía, capacidad funcional, bienestar, satisfacción, integración y mantenimiento de las relaciones sociales y familiares.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
% de usuarios con valoración integral y PAI actualizado	N° de usuarios del centro con valoración integral y PAI actualizado (revisado en el último año) / N° de usuarios en el centro	Mensual	%	
% de usuarios que participan en programas	N° de usuarios que participan en programas / N° de usuarios en el centro	Mensual	%	
Grado de participación de familiares en el centro	N° de usuarios que han tenido familiares en las reuniones programadas / N° de usuarios en el centro (con familia)	Anual	%	
% de usuarios que participan en actividades en la comunidad	N° de usuarios que participan en actividades en la comunidad / N° de usuarios en el centro	Anual	%	
Tasa UPP post ingreso	N° de usuarios con UPP post ingreso / N° de usuarios del centro	Mensual	Tasa	
Tasa de caídas	N° de caídas / N° de personas en el centro	Mensual	Tasa	
Tasa de caídas en personas con riesgo de caída identificado	N° de personas con riesgo de caída identificado que se caen / N° de personas con riesgo de caída identificado	Mensual	Tasa	
Tasa de prevalencia infección nosocomial	N° de personas con infección nosocomial / N° de personas en el centro	Semestral	Tasa	
N° de errores de medicación (desde prescripción hasta administración)	N° de errores de medicación (desde prescripción hasta administración)	Mensual	N°	
% Usuarios con más de 5 medicamentos	N° de usuarios con más de 5 medicamentos / N° de usuarios en el centro	Mensual	N°	
% Usuarios con más de 9 medicamentos	N° de usuarios con más de 9 medicamentos / N° de usuarios en el centro	Mensual	N°	
Índice de satisfacción usuarios con la atención	Grado de satisfacción en los diferentes ítems de la encuesta de satisfacción relacionados con la atención / N° de respuestas a los ítems	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción de familiares	Grado de satisfacción en los diferentes ítems de la encuesta de satisfacción relacionados con la atención / N° de respuestas a los ítems	Anual	Ratio	
N° de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a la atención	N° de QRSI en atención	Mensual	Ratio	

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

% de mejoras derivadas de la gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en la atención	Nº de mejoras implantadas derivadas de la gestión de QRSI / Nº de QRSI	Mensual	Ratio %	
---	--	---------	---------	--

PROCESO COMPRAS: Comprar y suministrar los productos y servicios según la definición y necesidades del solicitante (equipos de los procesos) y de acuerdo a las mejores condiciones de calidad, prevención de riesgos laborales, medio ambiente, precio y plazo, satisfaciendo las expectativas del demandante y de la organización.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
% de productos comprados socialmente responsables	Nº de productos que cumplen criterios de seguridad, medioambiente y comercio justo / Nº total de productos	Semestral	Ratio %	
Nº de Quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a compras	Sumatorio de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación a compras	Mensual	Directo	
% de mejoras derivadas de la gestión de Quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Nº de mejoras implantadas derivadas de la gestión de QRSI	Mensual	Ratio %	
Tiempo de resolución de quejas, reclamaciones e incidencias	Días que transcurren entre la recepción de la QRI hasta que se soluciona / Nº de QRI	Mensual	Ratio	

PROCESO ALIMENTACIÓN: Definir, desarrollar y controlar las actividades necesarias para garantizar que los usuarios atendidos en la residencia dispongan de la alimentación adecuada a sus necesidades nutricionales y a sus gustos, generando la máxima satisfacción, de la manera más segura posible y contando con las ayudas necesarias para su ingesta.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
Coste menú diario	Sumatorio de costes asignados a cocina (personal, materia prima, etc.) / nº de menús del mes	Mensual	Ratio	
Índice de satisfacción de los usuarios con la alimentación	Sumatorio de puntuaciones al ítem / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Nº de quejas, reclamaciones sugerencias en relación a la alimentación	Nº de QRS recibidas en el mes en relación a la alimentación	Mensual	Directo	
% de mejoras derivadas de la gestión de Quejas, reclamaciones, sugerencias	Nº de mejoras/ Nº de QRS	Mensual	Ratio %	
Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales y en mediciones microbiológicas) en relación a la alimentación	Nº de incidencias acaecidas en relación a la alimentación	Mensual	Directo	
Tiempo medio de resolución de incidencias	Horas entre que se detecta la incidencia / Nº de incidencias o desviaciones	Mensual	Ratio	

PROCESO LIMPIEZA: Mantener limpias y desinfectadas todas las instalaciones y equipamientos de la residencia mediante el cumplimiento de la planificación de limpieza y de la Prevención y Control de Plagas y la actuación inmediata ante situaciones no esperadas (aparición de vectores, etc.), generando la máxima satisfacción de usuarios y familiares.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
Coste limpieza por m2	Sumatorio de costes asignados a limpieza (personal, materiales, etc.) / Metros cuadrados de la residencia	Mensual	Ratio	
Índice de satisfacción de los usuarios con la limpieza de equipos e instalaciones	Sumatorio de puntuaciones al ítem / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción de los familiares con la limpieza de equipos e instalaciones	Sumatorio de puntuaciones al ítem / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Nº de quejas, reclamaciones y sugerencias en relación a la limpieza	Nº de QRS recibidas en el mes en relación a la limpieza	Mensual	Directo	
% de mejoras derivadas de la gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias en limpieza	Nº de mejoras/ Nº de QRS	Mensual	Ratio %	
Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales) en relación a la limpieza	Nº de incidencias acaecidas en relación a la limpieza	Mensual	Directo	
Tiempo medio de resolución de incidencias	Horas entre que se detecta la incidencia /Nº de incidencias o desviaciones	Mensual	Ratio	

PROCESO LAVANDERÍA: Recibir, lavar, desinfectar, planchar y distribuir la ropa personal del residente y la ropa del centro, con el objeto de que los usuarios y sus familias dispongan de la ropa en las mejores condiciones, generando su máxima satisfacción así como la del equipo asistencial.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
Kg de ropa lavados por estancia	Sumatorio de kg de ropa lavados / nº de estancias mes	Mensual	Ratio	
Coste del KG de ropa lavado	Costes totales lavandería /kg de ropa lavados (ropa personal residente y ropa del centro)	Mensual	Ratio	
Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias en relación al lavado de ropa	Nº de QRSI	Mensual	Directo	
% de mejoras derivadas de quejas, reclamaciones sugerencias e incidencias en lavandería	Nº de mejoras derivadas de QRSI / Nº de QRSI	Mensual	Ratio %	
Índice de satisfacción de residentes con el lavado de la ropa	Sumatorio de puntuaciones al ítem / nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción de familiares con el lavado de la ropa	Sumatorio de puntuaciones al ítem / nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción del personal con el lavado de ropa	Sumatorio de puntuaciones al ítem / nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	

PROCESO GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y AMBIENTES: Desarrollar todas las actividades relacionadas con el óptimo mantenimiento y conservación, reforma y mejora de los espacios e instalaciones, con el propósito de que los usuarios (residentes, familiares, trabajadores) disfruten ellos en las mejores condiciones y con la mayor seguridad proporcionando en la medida de lo posible dependencias e instalaciones confortables, cómodas y acordes a sus gustos y preferencias con objeto de conseguir su máxima satisfacción.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
% de partes de avería resueltos respecto de los emitidos	Nº de partes resueltos (ok) / Nº de partes emitidos	Mensual	Ratio %	
Nº de días medio de solución	Nº de días transcurridos entre la comunicación de avería y su solución /Nº de partes de avería	Mensual	Ratio	
% de individualización de habitaciones	Nº de habitaciones personalizadas / Nº de habitaciones total	Semestral	Ratio %	
Índice de satisfacción de usuarios respecto a infraestructuras y ambientes	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción de familias respecto a infraestructuras y ambientes	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción de trabajadores respecto a infraestructuras y ambientes	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	

PROCESO SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Dotar a la residencia de aquellos sistemas de información y comunicación

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

necesarios para apoyar y mejorar la eficacia de las actividades internas de la organización así como para difundir la organización hacia el exterior.

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo	Responsable
% de trabajadores que usan los sistemas de información	Nº de trabajadores que usan sistemas de información / Nº de trabajadores del centro	Semestral	Ratio %	
Nº de quejas, reclamaciones sugerencias e incidencias con sistemas de información	Nº de QRSI	Mensual	Directo	
Tempo de resolución de incidencias con sistemas de información	Días transcurridos entre recepción y resolución de incidencias / Nº de incidencias	Mensual	Ratio	
Grado de satisfacción con la Web externa	Grado de satisfacción con la Web externa	Anual	Ratio	
Índice de satisfacción de los trabajadores en relación a los sistemas de información/comunicación	Sumatorio de puntuaciones al ítem / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio	

Estos indicadores se han implantado en los dos centros residenciales piloto y han sido objeto de reflexión y trabajo en las sesiones de los grupos focales mantenidas al efecto. A lo largo de las sesiones se han producido cambios en este primer cuadro de mando que se exponen a continuación.

En un momento inicial el nº de indicadores identificados ha sido de 73. Todos ellos han sido incluidos en la base de datos de la aplicación informática Bikain. Dicha aplicación se usa en Matia Fundazioa e Ingema para el seguimiento de los objetivos de la organización a nivel general y en todos sus centros. Con objeto de este trabajo de investigación, se ha creado el cuadro de mando Gesquality para los centros residenciales Fraisoro y Fontibre y se han recogido allí los resultados obtenidos a lo largo de los meses de implantación.

De los 73 indicadores seleccionados, se ha recogido el resultado en 66 de ellos, siendo el porcentaje del 92.42% en el centro gerontológico Fraisoro y 71 en Sar Fontibre. Cabe destacar que algunos de los indicadores se definieron anuales y que la recogida del dato se ha realizado al inicio del proyecto en algunos casos (sin respetar el año natural) y/o para aquellos de satisfacción, se han recogido en el momento de realización de la encuesta.



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Los indicadores para los que no ha sido posible la recogida de los datos han sido los siguientes:

1. Grado de cumplimiento de objetivos
2. Grado de cumplimiento del plan de acción
3. % de productos socialmente responsables
4. Satisfacción de personal con el lavado de ropa
5. % de individualización de habitaciones
6. Grado de satisfacción con la Web externa
7. Grado de satisfacción de los trabajadores en relación a los sistemas de información/comunicación

Ninguno de ellos se incluye en la batería final de indicadores para la gestión integral del centro aunque sí en la batería de indicadores de 2º nivel (batería de cada proceso). La eficacia, eficiencia e idoneidad de estos indicadores deberá valorarse en base a los resultados reales obtenidos.

Para facilitar el análisis sobre la eficacia, eficiencia e idoneidad de los indicadores seleccionados, se ha contado con:

- A) Los resultados obtenidos cada mes en los dos centros
- B) Matriz de relevancia, impacto y dificultad en la obtención (ver apartado de metodología 3.2)

En base a las matrices de priorización de los indicadores inicialmente seleccionados se han derivado cambios en el nº y definición de los indicadores.

A continuación se presentan los indicadores que han sido descartados para formar parte del cuadro de mando la gestión integral de un centro, aquellos que se han agrupado en su proceso de origen y aquellos que pasarían a formar parte del cuadro de mando de segundo nivel.

También se anotan los casos en los que el indicador ha sufrido modificaciones fruto de la reflexión por parte del equipo investigador y los profesionales de los centros residenciales.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Evolución de nº de indicadores



INDICADORES DESCARTADOS

INDICADOR	PERIODICIDAD	MOTIVO
PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA		
Grado de cumplimiento de los objetivos	Mensual	Este indicador resulta confuso al carecer los centros de un plan estratégico definido y se adopta la decisión de no incluirlo en el cuadro de mando integral ni en el cuadro de mando del proceso.
Grado de cumplimiento de la planificación (plan de acción)	Mensual	Este indicador resulta confuso al carecer los centros de un plan estratégico definido y se adopta la decisión de no incluirlo en el cuadro de mando integral ni en el cuadro de mando del proceso.
PROCESO GESTIÓN ECONÓMICA		
Ingresos de explotación (desviación)	Mensual	El equipo considera que suficiente contar con el indicador de resultados de explotación y margen bruto.
Gastos de explotación (desviación)	Mensual	

INDICADORES QUE SE AGRUPAN EN PROCESO ORIGEN

Con objeto de simplificar el cuadro de mando del centro y atendiendo a los objetos del proceso de gestión de personas, proceso económico y proceso de relaciones con el cliente, el equipo de trabajo considera oportuno agrupar los indicadores siguientes en su proceso de origen.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADOR	Inicialmente:	MOTIVO DEL CAMBIO
PROCESO GESTIÓN ECONÓMICA		
Coste menú diario	Proceso de alimentación	Pasan al proceso económico. Cuando existan desviaciones en el resultado analítico se analizarán las causas
Coste limpieza por m2	Proceso de limpieza	
Coste del KG de ropa lavado	Proceso de lavandería	
PROCESO GESTIÓN DE CLIENTES		
Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Todos los procesos	Estos indicadores pasan a estar únicamente en el proceso de relaciones con el cliente. Desde éste se trasladan a cada proceso afectado.
% de mejoras derivadas de la gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Todos los procesos	
Tiempo medio de solución de quejas, reclamaciones e incidencias	Proceso de alimentación, compras, limpieza, sistemas de información	
Índices de satisfacción usuarios y familiares	Proceso de atención, alimentación, limpieza, lavandería, infraestructuras	
PROCESO GESTIÓN DE PERSONAS		
Índices de satisfacción del personal	Proceso de sistemas de información, infraestructuras, lavandería.	Se dejarían en el proceso de gestión de personas. Desde este se trasladan a cada proceso afectado

INDICADORES QUE SE PASAN A UN 2º NIVEL DE SEGUIMIENTO (BATERÍA DE INDICADORES DE CADA PROCESO)

Fruto de la reflexión los grupos focales, se diferencian los indicadores que deben ser objeto de control continuo por parte del equipo gestor de aquellos que serán o deberían ser objeto de control por parte de otros equipos de gestión (equipos de proceso). El motivo de la decisión es la dificultad de gestionar en el mismo foro tantos indicadores y datos. Para hacer la diferenciación se ha contado con los resultados de las valoraciones realizadas en cuanto a relevancia para la toma de decisiones y en cuanto al impacto del resultado en la calidad de atención, gestión de recursos, personas y sociedad.

Derivado del análisis, discusión y contraste, se considera que los indicadores que se apuntan a continuación estarían en el cuadro de indicadores de su proceso correspondiente pero no en el cuadro de mando integral (más sintético, manejable y reducido)

1. % de mejoras implantadas por la gestión de quejas, reclamaciones, incidencias y sugerencias: se considera relevante en el proceso de relaciones con el cliente.
2. Índice de captación de clientes: La forma de cálculo ha resultado confusa. Se plantea dejarlo en el proceso de relaciones con el cliente y de la siguiente manera: Indicador de información y orientación para el ingreso (% de ingresos sobre el total de visitas realizadas)

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

3. Bajas por insatisfacción: Se considera relevante en un 2º nivel de seguimiento aunque se valora que su importancia dependería de si la incidencia es alta.
4. % de personas formadas en el último año: se considera relevante en un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de gestión de personas.
5. Horas de formación por persona año: Se considera relevante a un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de gestión de personas.
6. % de Personas que participan en equipos de mejora / de gestión: Se considera relevante a un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de gestión de personas.
7. Evaluación media: puntuación media en la evaluación del desempeño del personal: Se dejaría en un 2º nivel de seguimiento. Por otro lado, se considera más relevante teniendo en cuenta la variación de la puntuación a lo largo de los años. De esta manera el cálculo propuesto sería: Personas que incrementan la puntuación en su evaluación de desempeño / total personas evaluadas.
8. Tasa de caídas en personas con riesgo de caída identificado: Se dejaría en un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de atención.
9. Tasa de prevalencia infección nosocomial: Se dejaría en un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de atención. Este indicador se utiliza para las comparaciones con otras organizaciones.
10. % Usuarios con más de 5 medicamentos: Se dejarían en un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de atención.
11. % Usuarios con más de 9 medicamentos: Se dejarían en un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de atención.
12. % de productos socialmente responsables: Se dejarían en un 2º nivel de seguimiento en el proceso de compras
13. Nº de días medio de solución de averías: Se dejarían en un 2º nivel de de seguimiento, en el proceso de infraestructuras, mantenimiento y ambientes

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- 14.% de individualización de habitaciones: Se dejarían en un 2º nivel de de seguimiento, en el proceso de infraestructuras, mantenimiento y ambientes
- 15.% de trabajadores que usan los sistemas de información / comunicación: Se dejarían en un 2º nivel de seguimiento, en el proceso de sistemas de información
- 16.Grado de satisfacción con la web externa: Se dejarían en un 2º nivel de seguimiento y se valora si debería estar en el proceso de sistemas de información o en el de gestión de clientes.

NUEVOS INDICADORES

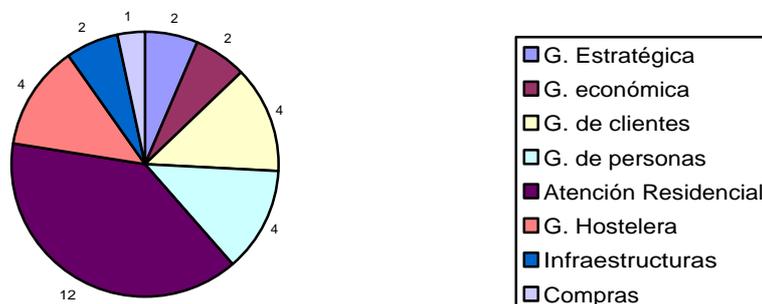
Por otro lado, fruto de la reflexión en los grupos focales, se determina la necesidad en los equipos de incorporar nuevos indicadores que en un primer momento no se identificaron. Estos indicadores, por su relevancia de cara a la toma de decisiones y el impacto de sus resultados en los grupos de interés y/o en la gestión de los recursos, son los que se han identificado:

- **Margen bruto mensual.** Los indicadores identificados en un primer momento, se consideran confusos de cara a su interpretación (son tasas que muestran la desviación en torno a 0). El equipo plantea y aprueba disponer de un indicador que manifieste mensualmente cuál es el resultado real en euros de la residencia.
- **% de formación planificada realizada mensual.** Este indicador se plantea con objeto de disponer de un mayor control del plan de formación para los profesionales.
- **Nº de bajas de personas usuarias al mes.** Se propone e incorpora este indicador por el impacto que tiene en la gestión de los recursos (humanos, materiales, etc.) de la residencia.
- **Nº de usuarios con SARM al mes:** Se propone e incorpora este indicador por el impacto que tiene en la gestión de los recursos (humanos, materiales, etc.) de la residencia.
- **Nº de usuarios con perfil psicogeriatrico al mes.** Se propone e incorpora este indicador por el impacto que tiene en la gestión de los recursos (humanos, materiales, etc.) de la residencia.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- **% de usuarios con restricción física al mes.** Este indicador se incorpora por la necesidad de llevar un control exhaustivo de las restricciones físicas pautadas para los usuarios y para garantizar sus revisiones mensuales.
- **Tasa de incidencia infección nosocomial mensual.** Este indicador se añade al de prevalencia con objeto de llevar un mayor control de la infección y de la eficacia de las medidas preventivas que se desarrollan en el centro. Impacta claramente en la calidad de la atención.
- **% de compra o inversión realizada respecto a la planificada.** Este indicador se incorpora para disponer de información actualizada de la cantidad económica destinada a las compras.
- **Nº de incidencias por pérdida o rotura de ropa/ objetos de los residentes.** Se considera necesaria la incorporación de este indicador para su control mensual por el impacto que tiene en la satisfacción del residente y su familiar.
- **Consumos energéticos por estancia mensuales.** Se propone con objeto de disponer de información sobre el impacto ambiental del centro.
- **Nº de buenas prácticas implantadas** (nº de BP que repercuten directamente en la calidad y mejora del servicio y en la satisfacción de los GI, documentadas en instrucciones de trabajo e implantadas en la organización). Se considera necesario incluir este indicador en el proceso de gestión estratégica con objeto de monitorizar la capacidad de la organización para la mejora y sistematización de la gestión y atención.

La distribución final de indicadores por procesos es la siguiente:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.2.2 RESULTADOS

4.2.2.1 PROCESOS DEL CENTRO RESIDENCIAL

A continuación se describe cada uno de los procesos identificados, sus principales actuaciones y su razón de ser en un centro residencial. Por otro lado se identifica el criterio del modelo EFQM al que da respuesta.

PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA:

La dirección y gerencia del centro residencial debe definir cuál es la misión, visión y valores de la organización y debe identificar cuál es la situación interna de la organización y analizar las amenazas y oportunidades que brinda el entorno con objeto de elaborar el plan estratégico y el plan de gestión de la organización. Para ello se identifica este proceso, que daría respuesta a las recomendaciones del modelo en el criterio de política y estrategia así como al criterio de liderazgo. En definitiva, y como se ha apuntado, este equipo de gestión define las líneas estratégicas, tanto en el modelo de atención como en la gestión, facilita y asegura su implantación en el centro y hace seguimiento de las mismas.

PROCESO DE GESTIÓN ECONÓMICA:

Asumida por las mismas personas que forman parte del proceso de gestión estratégica, se identifica esta área de gestión por la vital importancia que tiene actualmente la correcta gestión de los recursos económicos y financieros, siempre escasos, de la residencia con objeto de que éstos hagan posible el llevar a cabo la planificación estratégica del centro y garanticen la sostenibilidad del centro y la transparencia de cara a terceros contratantes en todo momento. Desde este proceso se asumen las recomendaciones del modelo en el criterio 4 de alianzas y recursos. Los resultados económicos de la organización configuran en gran medida el criterio 9 de resultados clave organizativos.

PROCESO DE GESTIÓN DE CLIENTES:

Cualquier proceso identificado en la residencia tiene como objeto satisfacer al cliente al que va dirigido. Todos, de una manera o de otra, impactarán en la satisfacción del cliente principal: los usuarios y sus familiares. No obstante se considera necesario disponer de un proceso en el que se planifique, gestione y evalúe como la organización en su conjunto está dando respuesta a los clientes finales del servicio y a los grupos de interés contratantes del mismo. Este proceso es el que se encarga de unificar una única visión en materia de cliente (a dónde queremos llegar en materia de satisfacción de nuestros clientes y sus familiares,

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

cómo queremos que nos vean las instituciones, etc.). Vital es también en este proceso la gestión continua de las quejas, reclamaciones y sugerencias.

Este proceso o área de gestión está íntimamente ligado con el criterio 5 de procesos en sus sub-criterios 5c,5d,5e que consideran las actividades de la organización cuando “entran en contacto con el cliente final” y a su vez está ligado al criterio 6, de resultados en los clientes y al criterio 2 de política y estrategia (el modelo dice que una organización excelente tiene que conocer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés para poder establecer el equilibrio entre ellas y las propias) y el criterio 1, cuando se expone la necesidad de que los líderes interactúen con los clientes.

PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS

Hoy día la importancia del capital humano para una organización es indiscutible y en el sector que nos ocupa, es el mayor valor. Todos los modelos de calidad total contemplan como principio clave de la calidad total el desarrollo e implicación de las personas. Y El modelo EFQM dedica un criterio específico a las personas de la organización “Las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran (...)” . Por otro lado cabe destacar que hoy día la importancia del capital humano para una organización es indiscutible y, en el sector que nos ocupa, es el mayor valor ya que nuestra actividad se sustenta en la calidad de atención que las personas que trabajan en la atención directa son capaces de ofrecer al colectivo de personas mayores.

La importancia de este proceso o área de gestión es entonces fundamental si queremos garantizar la implantación de las directrices del modelo EFQM de calidad total y contar así con personas motivadas, implicadas, alineadas con los objetivos de la organización, satisfechas con su trabajo, y en definitiva, con equipos competentes, cualificados e implicados, que al final son los artífices del proyecto. Desde este proceso se asumen las recomendaciones que marca el modelo en su criterio 3: personas. Por eso, este proceso será el encargado de diseñar, implantar y evaluar los principios avanzados de gestión de personas y de evaluar los resultados que de ello se deriven (criterio 7) tanto en percepción como en rendimiento.

PROCESO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

Este es el proceso operativo de la organización, la razón de ser de la residencia y en el que se engloban la mayoría de actividades que se desarrollan en el día a día del centro. Las personas más indicadas para gobernarlo serán aquellas que lideren las áreas de

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

conocimiento en las que se fundamenta la atención así como un representante de la dirección para garantizar la visión estratégica del mismo.

De su adecuada gestión dependerá el éxito de la residencia y por eso debe centrar los esfuerzos de todo el equipo. Este proceso se alinea con el criterio 5 de Procesos y engloba todas las actividades desde el ingreso del usuario, su acogida, valoración, plan de atención, intervención y hasta que es baja del servicio. Por otro lado, monitoriza los resultados derivados de los planes de intervención y diseña el modelo de atención y los procedimientos para llevarlo a cabo. Sus resultados se incorporan a los criterios 6 (RESULTADOS EN LOS CLIENTES) y en el criterio 9 (RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN).

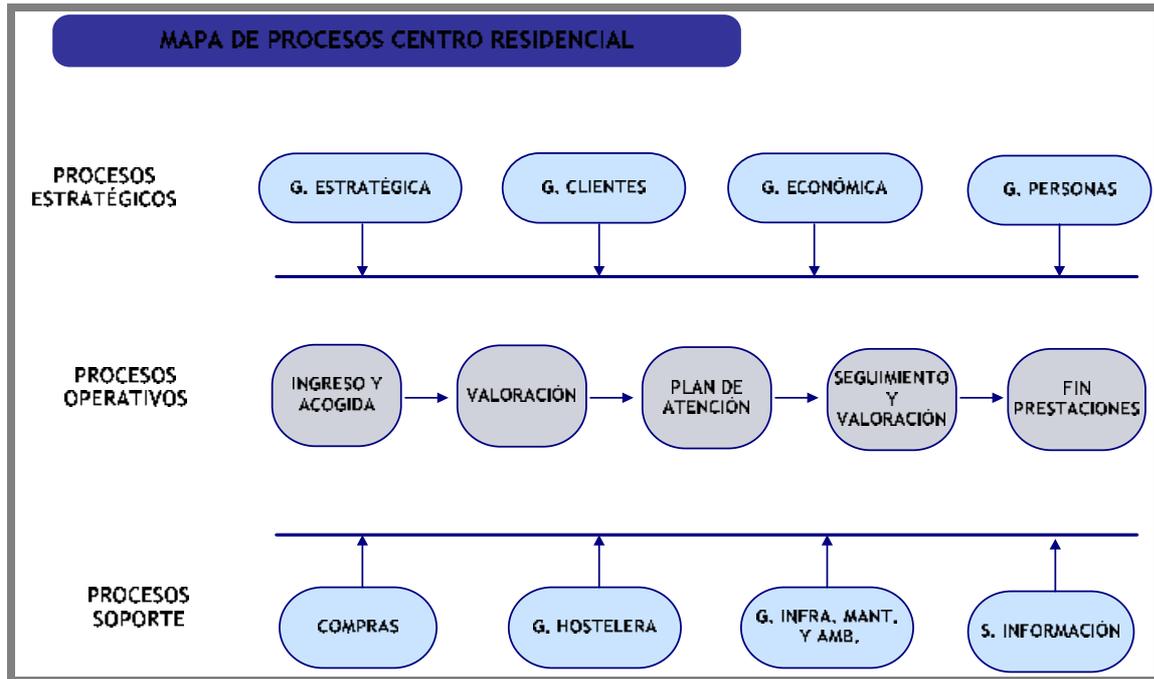
PROCESOS SOPORTE

Los procesos soporte engloban los grandes grupos de actividades que apoyan al proceso operativo, es decir, al proceso de atención residencial. Aunque no se puede generalizar, los procesos soporte elegidos y estructurados para un centro residencial basándonos en las actividades de los centros piloto, son los relacionados con la gestión hostelera, el mantenimiento y ambientes, compras y sistemas de información. Sobre este último, cabe destacar que su implantación dependerá del grado de avance e implantación de sistemas y aplicativos informáticos del que disponga la organización.

La definición de las actividades que comportan cada uno de estos procesos es necesaria para poder garantizar su posterior gestión y control ya que aunque estas actividades o procesos no sean la razón de ser del servicio, sí son indispensables para que éste se lleve a cabo con éxito. La importancia de los mismos radica entonces en lo expuesto anteriormente y en el impacto que los mismos tienen en la satisfacción del cliente, del trabajador, su impacto en temas organizativos y su relevancia por temas de seguridad en el caso del mantenimiento y la alimentación. En relación al modelo EFQM, estos procesos dan respuesta a las recomendaciones que se incluyen en el criterio 5 (procesos), en el criterio 4 (alianzas y recursos) en los subcriterios de gestión de edificios, equipos y materiales y gestión de la tecnología.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.2.2.2 MAPA DE PROCESOS DEL CENTRO RESIDENCIAL



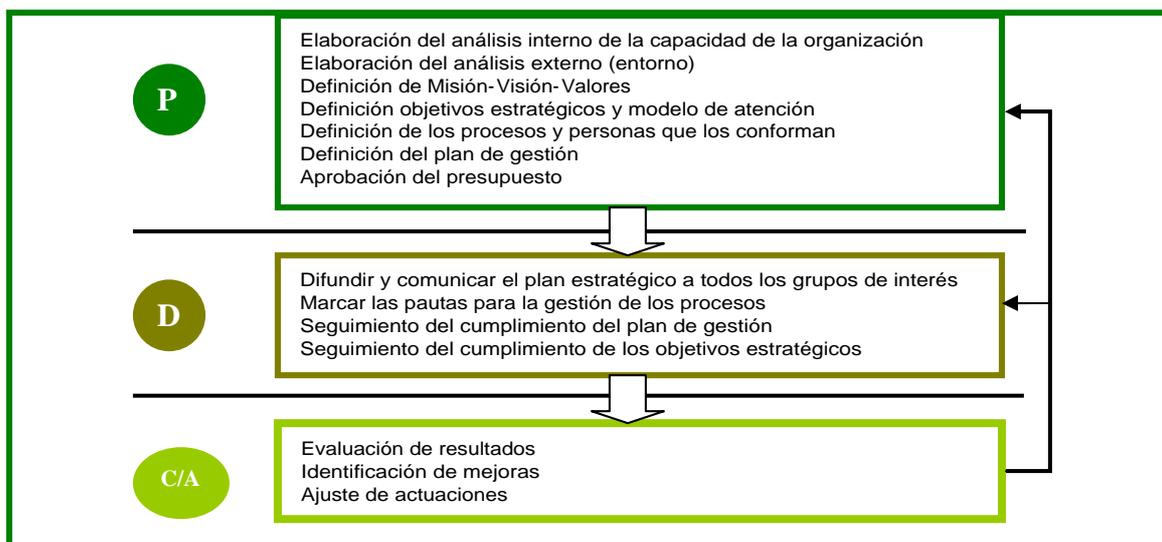
MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.2.2.3 GUÍA DE PROCESOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL

PROCESO de GESTION ESTRATEGICA		Nº
OBJETO DEL PROCESO		
Definir, desplegar y evaluar la planificación estratégica de la residencia y marcar las pautas para la correcta gestión de los procesos facilitando el cumplimiento de los objetivos mediante una correcta gestión y administración de los recursos.		
PROPIETARIO/A	EQUIPO	
Dirección/Gerencia	Equipo de dirección de centro	
LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL	
Análisis de Información interna y externa	Plan Estratégico	
ACTIVIDADES DEL PROCESO		
<ol style="list-style-type: none">1. Elabora el análisis interno de la capacidad de la organización y externo, del entorno2. Define la misión, visión y valores3. Define los objetivos estratégicos y el modelo de atención de la organización4. Define los procesos de la organización y las personas que van a formar los equipos5. Define el plan de gestión6. Aprueba presupuesto7. Difunde y comunica el plan estratégico a todos los grupos de interés8. Marca las pautas para la gestión de los procesos.9. Hace seguimiento del cumplimiento del plan de gestión y del cumplimiento de los OE.10. Evalúa resultados11. Planifica mejoras y ajusta actuaciones		

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Instituciones y sociedad	Planificación estratégica adecuada y sostenible en el tiempo que permita responder a necesidades presentes y futuras	Eficacia en la gestión Calidad en la atención Transparencia
Trabajadores	Planificación estratégica adecuada y sostenible en el tiempo Reconocimiento de la labor que desempeñan	Eficacia en la gestión Información / participación en la planificación
Residentes y familiares	Calidad en atención Modelo que de respuesta a necesidades	Buena organización y gestión de los recursos

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Instituciones Sociedad Procesos Trabajadores Residentes Familias	Información sobre capacidad interna Información externa Normativa Información sobre satisfacción de grupos de interés

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SALIDA	CLIENTE
Plan Estratégico Plan de Gestión Mapa de procesos Listado de propietarios y equipos de proceso	Instituciones Sociedad Centro/equipos de procesos
Acciones preventivas y acciones correctoras	Procesos
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

Los indicadores del proceso de gestión estratégica serán los que permitan medir la consecución de los objetivos estratégicos de la organización más los del cuadro de mando para la gestión integral del centro (ver en el apartado resultados 4.2.2.4)

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de GESTIÓN ECONÓMICA	Nº
-------------------------------------	-----------

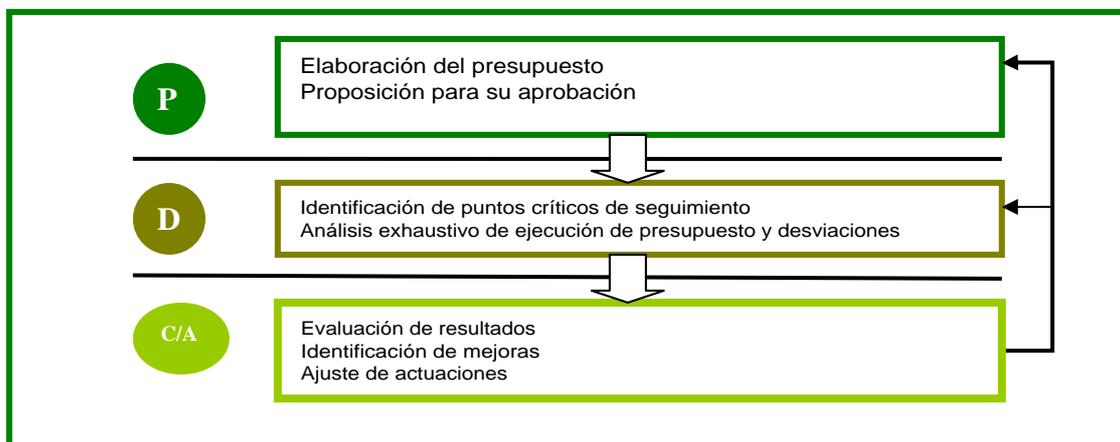
OBJETO DEL PROCESO
Garantizar que la actividad desarrollada en la residencia se ajusta a la planificación económica de cara a cumplir los objetivos estratégicos de la organización

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Dirección/Gerencia	Equipo de dirección

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Elaboración del Presupuesto Económico	Cierre del ejercicio

ACCIONES
<p>Elabora el presupuesto Propone para su aprobación Identifica puntos críticos de seguimiento Análisis exhaustivo de ejecución de presupuesto y desviaciones Adopta medidas correctoras y ajusta actuaciones</p>

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Instituciones	Ajuste a la legalidad	Eficiencia en la gestión económica Transparencia en la gestión de los recursos Ausencia de desviaciones
Trabajadores	Presupuesto justo, ajustado a la realidad,...	Información/comunicación. Conocimiento del presupuesto y criterios de ejecución Participación en la identificación de necesidades

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de gestión estratégica	Objetivos estratégicos Plan de gestión Presupuesto aprobado
Equipos de proceso	Indicadores de eficiencia

SALIDA	CLIENTE
Criterios de ejecución de presupuesto	Procesos
Informes de seguimiento	Proceso de gestión estratégica
Acciones preventivas y acciones correctoras	Equipos de Procesos
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Margen bruto		Mensual	Ratio %
Resultado explotación	Resultados real-previsto / previsto	Mensual	Ratio %
% de ocupación	Nº de estancias reales mes / Nº de estancias previstas mes	Mensual	Ratio %

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de GESTIÓN DE CLIENTES	Nº
---------------------------------------	-----------

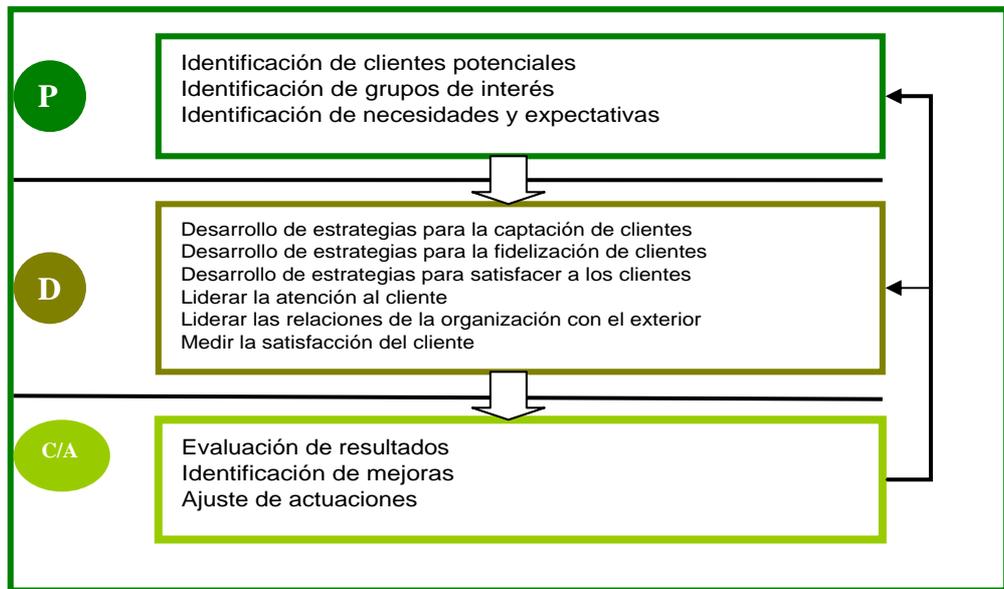
OBJETO DEL PROCESO
Captar y fidelizar a nuestros clientes actuales y potenciales satisfaciendo sus necesidades y planificando y desarrollando planes de actuación de cara a satisfacer sus expectativas actuales y futuras.

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Dirección/gerencia	Equipo interdisciplinar

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Cliente captado	Cliente satisfecho

ACCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica clientes potenciales/grupos de interés 2. Identifica sus necesidades y expectativas 3. Desarrolla estrategias para la captación de clientes 4. Desarrolla estrategias para la fidelización de clientes 5. Desarrolla estrategias para satisfacer a los clientes 6. Lidera la atención al cliente y las relaciones de la organización con el exterior 7. Mide la satisfacción del cliente 8. Planifica mejoras y ajusta actuaciones

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Residentes y familiares	Recibir un servicio personalizado Ver atendidas todas las demandas Apoyo emocional ...	Profesionalidad del equipo Buen trato Escucha y respuesta ágiles Información ...
Instituciones	Que la residencia satisfaga las necesidades de las personas mayores y de sus familias No recibir Quejas y Reclamaciones ...	Transparencia Información/comunicación Cumplimiento de todos los acuerdos/contratos Cumplimiento legislativo ...

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de gestión estratégica	Objetivos estratégicos y plan de gestión
Sociedad	Información sobre mercado y competencia
Residentes y familiares actuales	Necesidades y expectativas Quejas y sugerencias

SALIDA	CLIENTE
Plan comercial	Sociedad
Informe de satisfacción residentes y familiares	Todos procesos, Instituciones
Informe de satisfacción instituciones y sociedad	Todos los procesos
Buenas prácticas en la atención al cliente	Procesos
Acciones preventivas y acciones correctoras	Procesos
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Nº de Q/R/S/I	Nº de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias	Mensual	Directo
% de mejoras implantadas por Q/R/S/I	Nº de mejoras implantadas por QRSI / Nº de QRSI total	Mensual	Ratio %
Índice de captación de clientes	Nº de ingresos / Nº de visitas realizadas	Mensual	Ratio %
Bajas por insatisfacción	Nº de bajas por insatisfacción / Nº de bajas totales	Mensual	Ratio %
Índice de satisfacción global de usuarios	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio
Índice de satisfacción global de familiares	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio
Índice de satisfacción global de Instituciones	Sumatorio de puntuaciones al ítem/ Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de GESTIÓN DE PERSONAS	Nº
---------------------------------------	-----------

OBJETO DEL PROCESO
<p>Desarrollar el potencial del personal que presta sus servicios en la residencia asegurando su máxima implicación y asunción de responsabilidades a través de una adecuada Selección, Incorporación, Formación y Evaluación.</p>

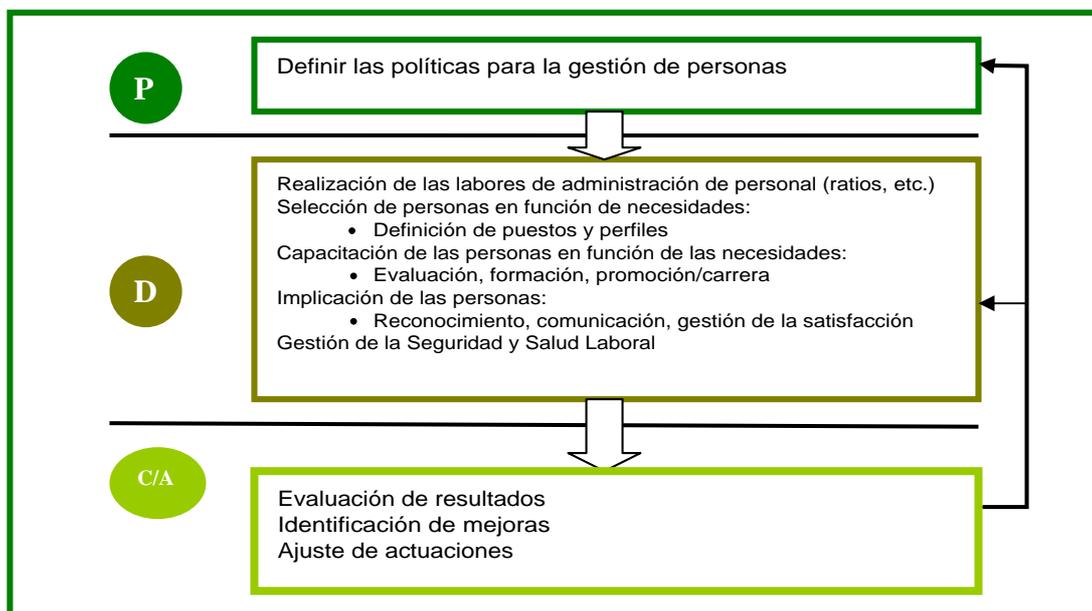
PROPIETARIO/A	EQUIPO
Dirección/Gerencia	Equipo interdisciplinar

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Necesidad de personal	Persona y equipo motivados, implicados, formados y satisfechos

ACCIONES
<p>Define políticas para la gestión de personas Realiza las labores de administración de personal (ratios, calendarios, nóminas, ss...) Selecciona personas en función de necesidades: define puestos y perfiles Capacitar a las personas en función de necesidades. Evalúa, forma, promoción/carrera Implica a las personas: Reconocimiento, comunicación y gestión de satisfacción Gestiona la Seguridad y salud laboral Planifica mejoras y ajusta actuaciones</p>

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Trabajadores	Acogida adecuada Formación continuada Continuidad Posibilidades de promoción/mejora Buenas condiciones económicas	Seguridad Igualdad de oportunidades Plan de Información/comunicación Política clara y conocida Eficacia en temas de administración de personal Beneficios sociales
Usuarios y familias	Total accesibilidad al equipo Respuesta ante cualquier demanda	Buen trato de los profesionales Competencia de los trabajadores Ratio de personal suficiente Accesibilidad del equipo

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de gestión estratégica	Objetivos estratégicos Plan de gestión
Equipos de Procesos	Necesidades cualitativas y cuantitativas de personal. Perfiles; competencias puesto Necesidades de formación
Administración	Requisitos normativos a cumplir

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SALIDA	CLIENTE
Definición de puestos de trabajo	Trabajadores y organización
Plan de formación	Trabajadores y organización
Resultados de gestión de la satisfacción	Trabajadores y organización
Plan de PRL	Trabajadores y organización
Acciones preventivas y acciones correctoras	Proceso de gestión de personas
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Absentismo	Nº de horas no trabajadas/ Nº de horas a trabajar	Mensual	Ratio %
Nº de accidentes con baja	Nº de accidentes laborales que causan baja	Mensual	Directo
% de personas formadas en el último año	Nº de personas que han participado en cursos de formación / Nº de personas trabajadoras del centro	Semestral	Ratio %
Horas de formación por persona año	Nº de horas de formación / Nº de personas trabajadoras	Anual	Ratio
% de Personas que participan en equipos de mejora / de gestión	Nº de Personas que participan en equipos de mejora o de gestión / nº total de personas trabajadoras	Anual	Ratio %
Índice de satisfacción global del personal	Sumatorio de puntuaciones al ítem de satisfacción global / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio
Personas que incrementan la puntuación en su evaluación de desempeño	Nº de Personas que incrementan la puntuación en su evaluación de desempeño / total personas evaluadas.	Anual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL	Nº
--	-----------

OBJETO DEL PROCESO

Alcanzar la mejor calidad de vida de las personas mayores y sus familias, entendida esta como el mantenimiento y/o mejora de su autonomía, capacidad funcional, bienestar, satisfacción, integración y mantenimiento de las relaciones sociales y familiares.

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Responsable equipo interdisciplinar	Miembros equipo interdisciplinar

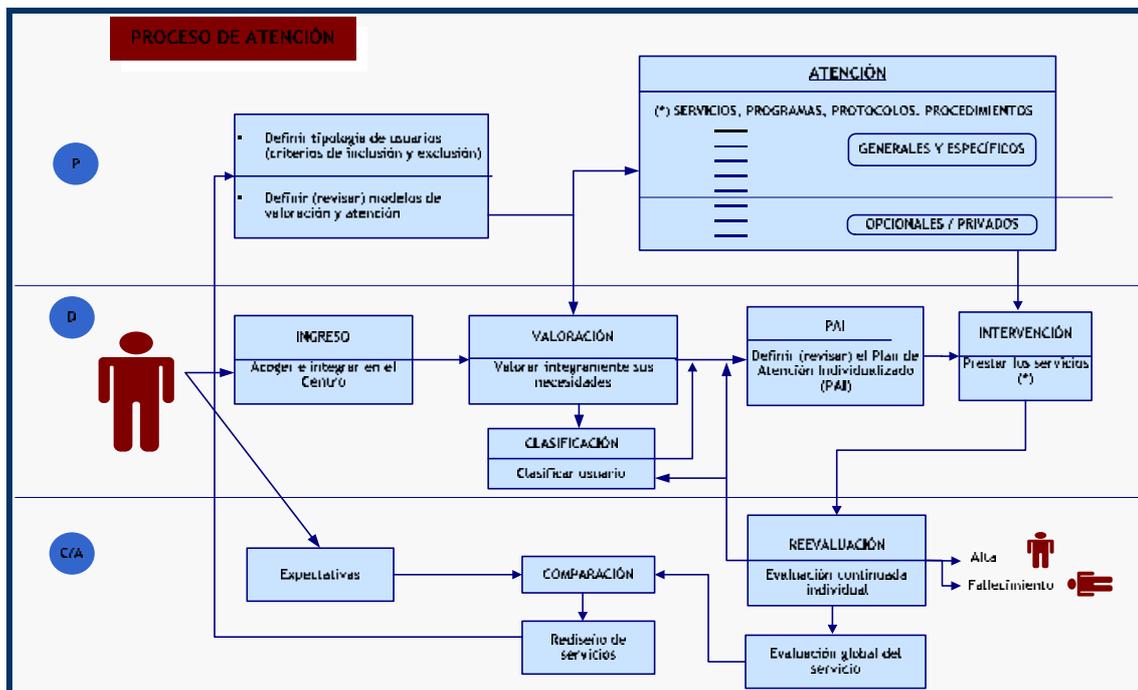
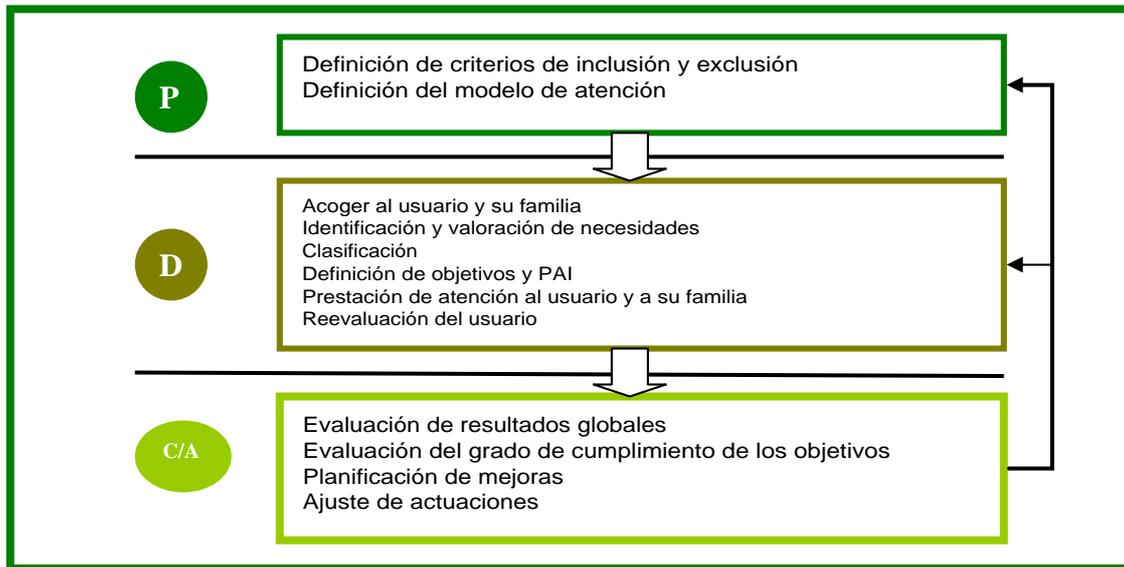
LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Acoger Residente y Familia	Baja del residente

ACCIONES

1. Define criterios de inclusión y exclusión
2. Define modelo de atención
3. Acoge al usuario y su familia
4. Identifica y Valora necesidades-Clasifica
5. Define objetivos y PAI
6. Presta la atención al usuario y a su familia
7. Reevalúa al usuario
8. Evalúa los resultados globales y el grado de cumplimiento de los objetivos
9. Planifica mejoras y ajusta actuaciones

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Instituciones	Calidad en la atención	Información Cumplimiento legislativo y de acuerdos
Residentes y familiares	Calidad en la atención	Información Respuesta ante demandas y necesidades Trato adecuado Profesionalidad
Sociedad	Calidad en la atención	Información Transparencia

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Instituciones	Normativas a cumplir
G. Estratégica	Objetivos estratégicos Plan de gestión
P. Gestión Personas	RRHHH Capacitados
Compras	Recursos materiales

SALIDA	CLIENTE
Modelo de atención e intervención	Personas
Cartera de servicios, programas de actividades	Residentes y familiares
Intervención	Residentes y familiares
Acciones preventivas y acciones correctoras	Procesos
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
% de usuarios con valoración integral y PAI actualizado	Nº de usuarios del centro con valoración integral y PAI actualizado (revisado en el último año) / Nº de usuarios en el centro	Mensual	%
Nº de bajas	Nº de bajas acaecidas en el centro durante el mes	Mensual	Directo
Nº de usuarios con SARM	Nº de usuarios con SARM	Mensual	Directo
Nº de usuarios UPSI	Nº de usuarios con perfil psicogeriatrico	Mensual	Directo
% de usuarios con restricción física	Nº de usuarios con restricción física / Nº de usuarios totales en el centro	Mensual	Ratio %
% de usuarios que participan en programas	Nº de usuarios que participan en programas /nº de usuarios en el centro	Mensual	%
Grado de participación de familiares en el centro	Nº de usuarios que han tenido familiares en las reuniones programadas / Nº de usuarios en el centro (con familia)	Anual	%
% de usuarios que participan en actividades en la comunidad	Nº de usuarios que participan en actividades en la comunidad / Nº de usuarios en el centro	Anual	%
Tasa UPP post ingreso	Nº de usuarios con UPP post ingreso / Nº de usuarios del centro	Mensual	Tasa
Tasa de caídas	Nº de caídas /Nº de personas en el centro	Mensual	Tasa
Tasa de caídas en personas con riesgo de caída identificado	Nº de personas con riesgo de caída identificado que se caen /Nº de personas con riesgo de caída identificado	Mensual	Tasa
Tasa de incidencia infección nosocomial	Nº de personas con infección nosocomial en todo el mes / Nº de personas en el centro	Mensual	Tasa
Tasa de prevalencia infección nosocomial	Nº de personas con infección nosocomial en momento de corte /Nº de personas en el centro	Semestral	Tasa
Nº de errores de medicación (desde prescripción hasta administración)	Nº de errores de medicación (desde prescripción hasta administración)	Mensual	Nº
% Usuarios con más de 5 medicamentos	Nº de usuarios con más de 5 medicamentos /Nº de usuarios en el centro	Mensual	Nº
% Usuarios con más de 9 medicamentos	Nº de usuarios con más de 9 medicamentos /Nº de usuarios en el centro	Mensual	Nº

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de COMPRAS	Nº
---------------------------	-----------

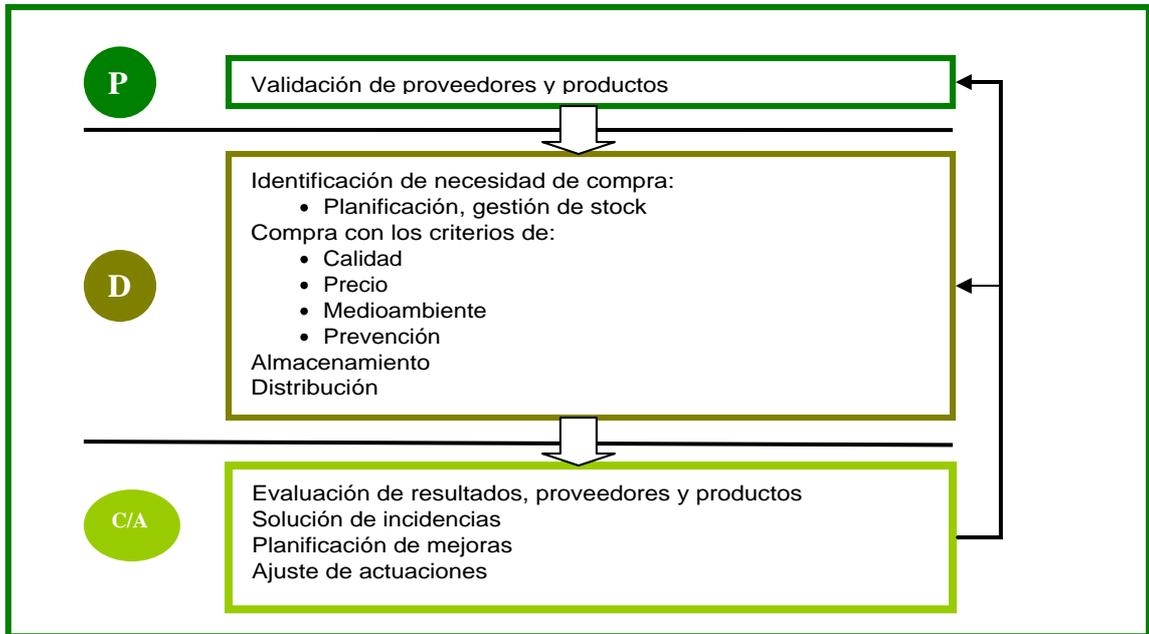
OBJETO DEL PROCESO
<p>Comprar y suministrar los productos y servicios según la definición y necesidades del solicitante (equipos de los procesos) y de acuerdo a las mejores condiciones de calidad, prevención de riesgos laborales, medio ambiente, precio y plazo, satisfaciendo las expectativas del demandante y de la organización.</p>

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Dirección/gerencia/responsable de compras	Representante de equipo de atención y representante equipo gestión hostelera

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Homologación proveedores	Validación producto / servicio

ACCIONES
<p>Validar proveedores y productos Identifica necesidad de compra (planificación, gestión de stock) Compra con los criterios de calidad, precio, medioambiente y prevención Almacena y distribuye Evalúa proveedores y productos Soluciona incidencias Planifica mejoras y ajusta actuaciones</p>

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITO
Usuarios y familiares	Recursos materiales de calidad	Adecuada dotación de recursos materiales
Trabajadores	Disponer en todo momento de lo necesario, que los productos y servicios comprados sean de calidad y seguros	Adecuada dotación de recursos materiales
Sociedad	Compra responsable	Compra con criterios de calidad, seguridad, medioambiente y comercio justo

CUADRO DE ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de gestión económica	Presupuesto
Procesos	Necesidades de recursos materiales con especificidades de calidad Informes de prueba de los productos
Sociedad, Administraciones	Criterios de medioambiente, seguridad y comercio justo

SALIDA	CLIENTE
Evaluación de proveedores / Listado de proveedores homologados	Dirección
Recursos materiales que cumplen todas los requisitos establecidos	Procesos
Acciones preventivas y/o correctoras Áreas de mejora	Procesos Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
% de productos comprados socialmente responsables	Nº de productos que cumplen criterios de seguridad, medioambiente y comercio justo / Nº total de productos	Semestral	Ratio %
% de compra o inversión realizada no planificada	Sumatorio costes compras realizada/	Mensual	Ratio %

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

respecto a la planificada	Sumatorio costes compra planificada		
---------------------------	-------------------------------------	--	--

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de ALIMENTACIÓN	Nº
--------------------------------	-----------

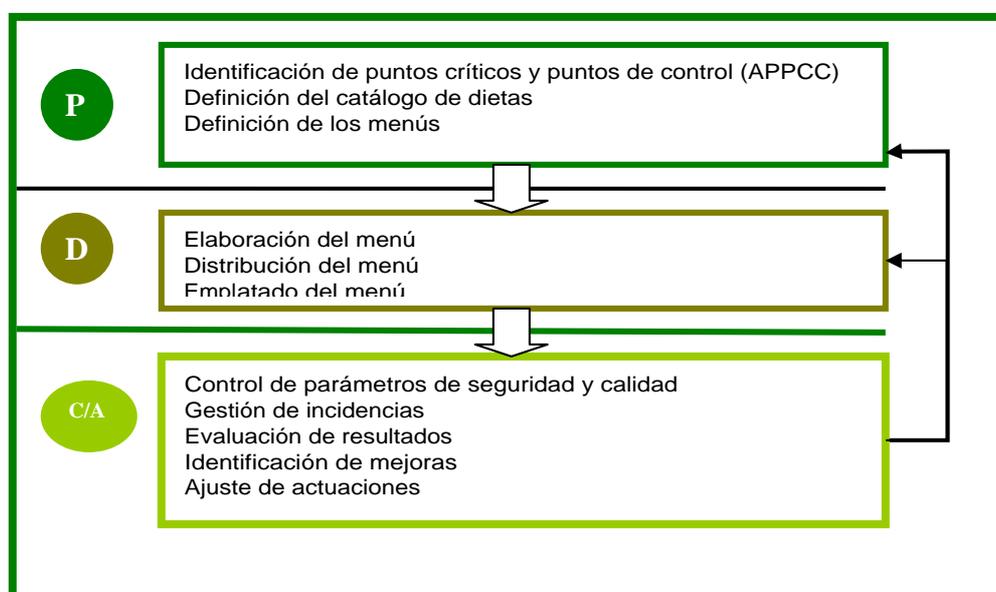
OBJETO DEL PROCESO
<p>Definir, desarrollar y controlar las actividades necesarias para garantizar que los usuarios atendidos en la residencia dispongan de la alimentación adecuada a sus necesidades nutricionales y a sus gustos, generando la máxima satisfacción, de la manera más segura posible y contando con las ayudas necesarias para su ingesta.</p>

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Dirección de centro	Enfermería, Responsable de cocina, otros equipo atención.

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Prescripción de la dieta	Administración de la dieta y valoración de ingesta

ACCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de puntos críticos y puntos de control (APPCC) 2. Definición del catálogo de dietas 3. Definición de los menús 4. Elaboración, distribución y emplatado del menú 5. Control de parámetros de seguridad y calidad 6. Gestión de incidencias 7. Planificación de mejoras

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Residentes	Comer rico	Adaptación de los menús a preferencias/gustos
Familias	Comer sano	Correcto aporte/prescripción nutricional Seguridad
Instituciones	Que el servicio de manutención cumpla con los requisitos acordados y legales	APPCC Prescripción dietas por facultativo Gestión de incidencias

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de atención Proceso de relaciones con el cliente	Necesidades de dietas Gustos y preferencias usuarios y familiares
Instituciones	Normativa legal (Residuos, carné de manipulador, APPCC...)
Compras	Materias primas
Consultor	Plan de APPCC

SALIDA	CLIENTE
Catálogo de dietas Catálogo de menús por dieta Especificaciones para compra de materias primas Especificaciones de seguridad en la gestión de materias primas, equipos e instalaciones	Proceso de atención Residentes y familiares Proceso de compras Trabajadores de cocina
Menús	Residentes
Acciones preventivas y/o correctoras Áreas de mejora	Procesos Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales y en mediciones microbiológicas) en relación a la alimentación	Nº de incidencias acaecidas en relación a la alimentación	Mensual	Directo

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de LIMPIEZA Y DDD	Nº
----------------------------------	-----------

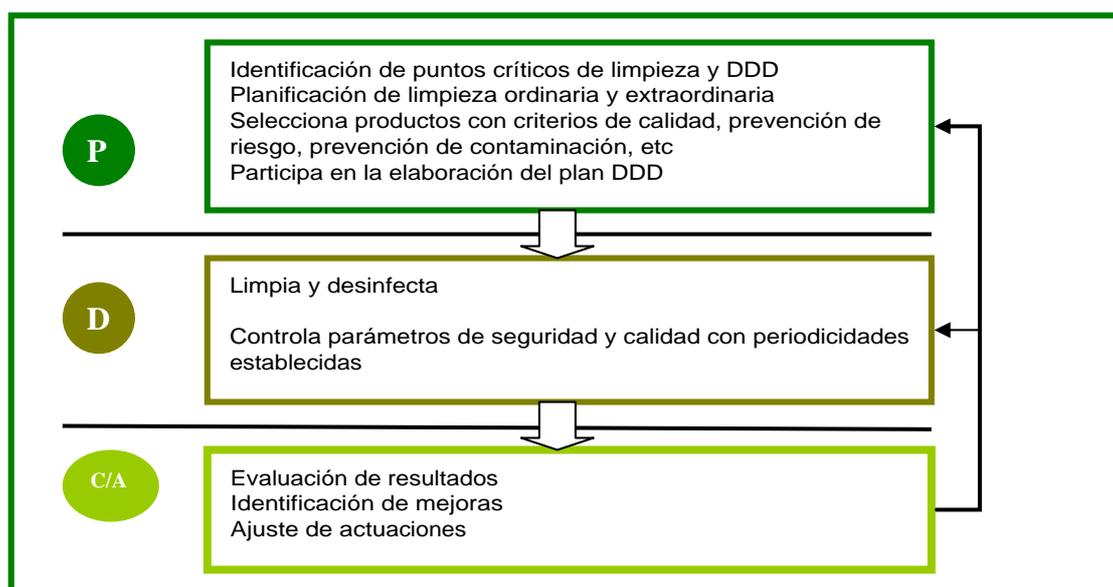
OBJETO DEL PROCESO
Mantener limpias y desinfectadas todas las instalaciones y equipamientos de la residencia mediante el cumplimiento de la planificación de limpieza y de la Prevención y Control de Plagas y la actuación inmediata ante situaciones no esperadas (aparición de vectores, etc.), generando la máxima satisfacción de usuarios y familiares.

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Gobernanta	Dirección, oficial de mantenimiento, auxiliar

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Identificación áreas de limpieza y DDD	Implantación y evaluación de acción correctora ante una desviación en limpieza y DDD

ACCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica puntos críticos de limpieza y DDD 2. Planifica limpieza ordinaria y extraordinaria 3. Selecciona productos con criterios de calidad, prevención de riesgo, prevención de contaminación, etc. 4. Participa en la elaboración del plan DDD 5. Limpia y desinfecta 6. Controla parámetros de seguridad y calidad con periodicidades establecidas 7. Gestiona incidencias, evalúa resultados y planifica mejoras

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Residentes	Que esté limpia la residencia	Limpieza de instalaciones y equipamientos
Familiares	Que esté limpia la residencia	Limpieza de instalaciones y equipamientos
Instituciones	Limpieza y seguridad.	No desviaciones en inspecciones reglamentarias
Sociedad	Seguridad	Uso de productos no contaminantes

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Administración	Legislación
Proveedor DDD	Plan de Prevención y Control de plagas
Mercado / Expertos	Productos de limpieza y DDD (eficaces, no contaminantes)

SALIDA	CLIENTE
Plan de limpieza (frecuencias, productos y materiales, método, etc.)	Dirección
Informes de inspección de limpieza	Dirección
Acciones preventivas y/o correctoras Áreas de mejora	Procesos Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales) en relación a la limpieza	Nº de incidencias acaecidas en relación a la limpieza	Mensual	Directo

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO DE LAVADO DE ROPA PLANA Y ROPA PERSONAL	Nº
--	-----------

OBJETO DEL PROCESO
<p>Recibir, lavar, desinfectar, planchar y distribuir la ropa personal del residente y la ropa del centro, con el objeto de que los usuarios y sus familias dispongan de la ropa en las mejores condiciones, generando su máxima satisfacción así como la del equipo asistencial.</p>

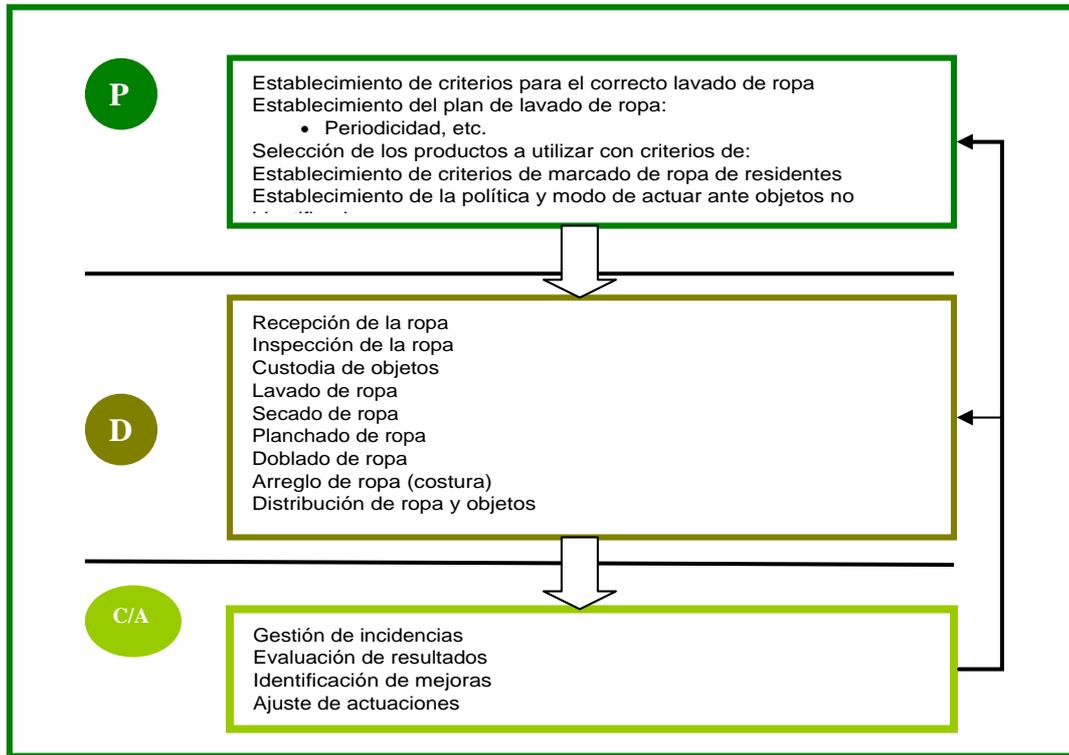
PROPIETARIO/A	EQUIPO
Gobernanta	Dirección, personal auxiliar

LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Recepción de la ropa	Ropa distribuida

ACCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establece criterios para el correcto lavado de la ropa, 2. Establece el plan de lavado de ropa –periodicidad, etc.- 3. Selecciona los productos a utilizar con criterios de calidad, prevención de riesgos, contaminación, etc. 4. Establece los criterios de marcado de ropa de residentes 5. Establece la política y modo de actuar ante objetos no identificados, 6. Recibe la ropa, inspecciona ropa, custodia objetos, lava ropa, seca ropa, plancha ropa, dobla ropa, 7. Arregla ropa (costura), 8. Distribuye la ropa y objetos 9. Gestiona incidencias, 10. Evalúa resultados y planifica mejoras

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Trabajadores	Ropa siempre disponible, en buen estado y limpia	Correcto estado de limpieza Cumplimiento de plazos Correcta distribución de la ropa
Residentes y familiares	Lavado de la ropa como en casa Compensación ante pérdida o deterioro	Correcto estado de limpieza Mantenimiento de la ropa en buen estado, sin deterioros Gestión eficaz de incidencias
Gerencia	Costes de lavado adecuados Que no existan pérdidas, roturas, etc. injustificadas Satisfacer a usuarios con el lavado y cuidado de ropa	Coste adecuado KG ropa lavado Gestión eficaz de incidencias

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Mercado	Productos para el lavado de ropa
Proceso de atención residencial	Necesidades de los usuarios, principales características de sus ropas
Procesos	Necesidades de los trabajadores, principales características de sus ropas

SALIDA	CLIENTE
Plan de lavandería (frecuencias, productos, métodos, etc.)	Procesos
Ropa limpia, en buen estado y en su sitio	Usuarios y trabajadores
Informes de incidencias	Dirección
Acciones preventivas y/o correctoras Áreas de mejora	Procesos Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Kg de ropa lavados por estancia	Sumatorio de Kg. de ropa lavados / nº de estancias mes	Mensual	Ratio
Nº de incidencias por pérdida o rotura de ropa/objetos de los residentes	Sumatorio de incidencias por pérdida o rotura de prendas u objetos de los residentes durante el proceso de lavado	Mensual	Directo

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y AMBIENTES

Nº

OBJETO DEL PROCESO

Desarrollar todas las actividades relacionadas con el óptimo mantenimiento y conservación, reforma y mejora de los espacios e instalaciones, con el propósito de que los usuarios (residentes, familiares, trabajadores) disfruten ellos en las mejores condiciones y con la mayor seguridad proporcionando en la medida de lo posible dependencias e instalaciones confortables, cómodas y acordes a sus gustos y preferencias con objeto de conseguir su máxima satisfacción.

PROPIETARIO/A	EQUIPO
Oficial de mantenimiento	Dirección, personal auxiliar

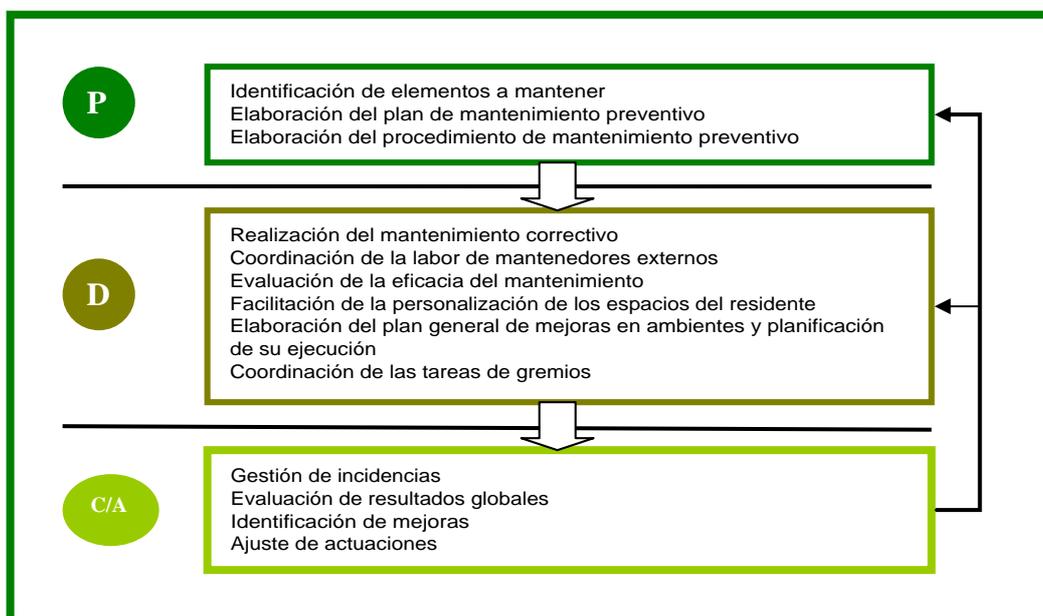
LIMITE INICIAL	LIMITE FINAL
Identificación de elementos a mantener/ mejorar	Intervención/mejora realizada OK

ACCIONES

1. Identifica elementos a mantener
2. Elabora el plan de mantenimiento preventivo
3. Elabora el procedimiento de mantenimiento preventivo
4. Hace el mantenimiento correctivo
5. Coordina la labor de mantenedores externos
6. Evalúa la eficacia del mantenimiento
7. Facilita la personalización de los espacios del residente
8. Elaboración del plan general de mejoras en ambientes y planifica ejecución
9. Coordina las tareas de gremios
10. Gestiona incidencias
11. Evalúa resultados globales y planifica mejoras

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Residentes y familiares	Que todo funcione correctamente Sentirse como en casa Ambientes confortables y seguros	Máxima seguridad de equipos e instalaciones Correcto funcionamiento de equipos e instalaciones Capacidad para poder personalizar su habitación Seguridad
Trabajadores	Que todo funcione correctamente Rapidez en solución de averías	Máxima seguridad de equipos e instalaciones Correcto funcionamiento de equipos e instalaciones Gestión eficaz ante averías
Instituciones	Que todo funcione correctamente	Cumplimiento de requisitos legales

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de gestión estratégica	Proyectos de obra o reforma
Usuarios y familiares	Necesidades preferencias y expectativas y satisfacción en relación a ambientes
Trabajadores	Partes de avería
Proceso de compras	Materiales y equipos para trabajos e instalaciones y elementos a mantener

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

P. Económico	Dotación presupuestaria
--------------	-------------------------

SALIDA	CLIENTE
Plan de mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones Procedimiento de mantenimiento correctivo ante avería Arreglo o intervención realizada	Procesos
Plan de mejora de ambientes	Proceso de gestión estratégica Usuarios, familiares y trabajadores
Acciones preventivas y/o correctoras	Procesos
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
% de partes de avería resueltos respecto de los emitidos	Nº de partes resueltos (ok) / Nº de partes emitidos	Mensual	Ratio %
Nº de días medio de solución	Nº de días transcurridos entre la comunicación de avería y su solución / Nº de partes de avería	Mensual	Ratio
% de individualización de habitaciones	Nº de habitaciones personalizadas / Nº de habitaciones total	Semestral	Ratio %
Consumos energéticos y de agua por estancia	Sumatorio de los consumos energéticos (Kwh.) y de agua (m3) por estancias del mes	Mensual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Nº

OBJETO DEL PROCESO

Dotar a la residencia de aquellos sistemas de información y comunicación necesarios para apoyar y mejorar la eficacia en la gestión de las actividades internas de la organización así como para difundir la organización hacia el exterior.

PROPIETARIO/A

Dirección

EQUIPO

Equipo interdisciplinar

LIMITE INICIAL

Detección de necesidades de sistemas de información

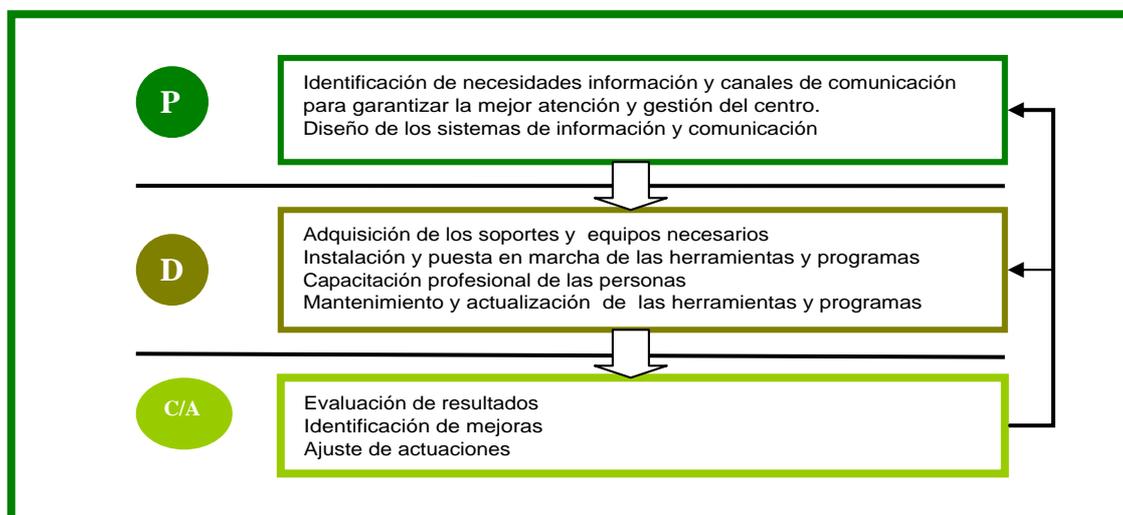
LIMITE FINAL

Sistema de información implantados con óptimo uso

ACCIONES

Identificación de necesidades información y canales de comunicación para garantizar la mejor atención y gestión del centro.
 Diseño de los sistemas de información y comunicación
 Adquisición de los soportes y equipos necesarios
 Instalación y puesta en marcha de las herramientas y programas
 Capacitación profesional de las personas
 Mantenimiento y actualización de las herramientas y programas
 Evaluación de resultados, identificación de mejoras y ajuste actuaciones

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	REQUISITOS
Trabajadores	Disponer de herramientas que faciliten el trabajo	Sistemas de Información y comunicación eficaces Formación adecuada Gestión eficaz de incidencias
Familiares y sociedad	Disponer de un canal de información/comunicación WEB accesible, fácil, interactivo y actualizado	Fácil acceso y navegación Actualización periódica Respuesta ante consultas

ENTRADAS Y SALIDAS

PROVEEDOR	ENTRADA
Procesos	Necesidades de sistemas de información
Mercado y proveedores	Sistemas de Información
P. Gestión de Personas	Recursos humanos formados

SALIDA	CLIENTE
Sistemas de información adecuados/adaptados a la organización	Procesos
Acciones preventivas y acciones correctoras	Procesos
Áreas de mejora	Proceso de gestión estratégica

INDICADORES

INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
% de trabajadores que usan los sistemas de información	Nº de trabajadores que usan sistemas de información / Nº de trabajadores del centro	Semestral	Ratio %
Índice de satisfacción de los trabajadores en relación a los sistemas de información/comunicación	Sumatorio de puntuaciones al ítem / Nº de respuestas al ítem	Anual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Grado de satisfacción con la Web externa	Grado de satisfacción con la Web externa	Anual	Ratio
--	--	-------	-------

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.2.2.4 CUADRO DE MANDO PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE UN CENTRO RESIDENCIAL

El cuadro de mando para la gestión integral de un centro residencial resultante es el siguiente:

PROCESO	Nº	INDICADOR	Periodicidad
PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	1	Nº de desviaciones en inspección	Mensual
	2	Nº de buenas prácticas implantadas	Anual
PROCESO ECONÓMICO	3	Margen bruto	Mensual
	4	% de ocupación	Mensual
PROCESO DE GESTIÓN DE CLIENTES	5	Nº de Q/R/S/I	Mensual
	6	Índice de satisfacción global de usuarios	Anual
	7	Índice de satisfacción global de familiares	Anual
	8	Índice de satisfacción global de Instituciones	Anual
PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS	9	Absentismo	Mensual
	10	Nº de accidentes con baja	Mensual
	11	% de formación planificada realizada	Mensual
	12	Nivel de satisfacción global del personal	Anual
ATENCIÓN RESIDENCIAL	13	% de usuarios con valoración integral y PAI actualizado	Mensual
	14	Nº de bajas	Mensual
	15	Nº de usuarios con SARM	Mensual
	16	Nº de usuarios UPSI	Mensual
	17	% de usuarios con restricción física	Mensual
	18	Tasa de incidencia infección nosocomial	Mensual
	19	Tasa UPP post ingreso	Mensual
	20	Tasa de caídas	Mensual
	21	Nº de errores de medicación	Mensual
	22	% de usuarios que participan en programas	Mensual
	23	Grado de participación de familiares en el centro	Anual
	24	% de usuarios que participan en actividades en la comunidad	Anual
GESTIÓN HOSTELERA	25	Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales y en mediciones microbiológicas) en relación a la alimentación	Mensual
	26	Nº de incidencias (desviaciones en inspecciones visuales) en relación a la limpieza	Mensual
	27	Kg. de ropa lavados por usuario	Mensual
	28	Nº de incidencias por rotura/perdida de ropa de residentes	Mensual
INFRAESTRUCTURAS	29	% de partes de avería cumplimentados (OK) respecto de los emitidos	Mensual
	30	Consumos energéticos y de agua por estancia	Mensual
COMPRAS	31	% de compra o inversión realizada respecto a la planificada	Mensual

4.3 TRABAJO DE CAMPO Y RESULTADOS: PARTE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

4.3.1 TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se inicia en febrero de 2008 y comprende las siguientes acciones:

- Diseño y formación de los grupos focales en el modelo EFQM
- Realización de los grupos focales y análisis de contenido
- Proceso de construcción del mapa de procesos y de las fichas de proceso correspondientes
- Definición de indicadores
- Implantación de indicadores y seguimiento
- Análisis de idoneidad de los indicadores seleccionados
- Reestructuración del mapa de procesos, indicadores y cuadro de mando definitivo

a) Grupos focales

Tal como se expuso en el apartado de metodología, se realizaron ocho sesiones de aproximadamente cuatro horas de duración con los equipos de atención directa (auxiliares de ayuda a domicilio/trabajadoras familiares) y de dirección y gestión de ServiSAR (Director Operativo, Director de I+D, coordinadoras de servicio y coordinadoras de zona). Cada sesión fue preparada previamente por el equipo investigador, con los siguientes objetivos:

GRUPOS FOCALES: SAD	
SESIÓN	OBJETIVO
1	FORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL SERVICIO
2	DATOS DE CAMPO PARA CONSTRUCCIÓN DE MAPA DE PROCESOS
3	DATOS DE CAMPO PARA CONSTRUCCIÓN DE MAPA DE PROCESOS
4	DEFINICIÓN DE MAPA DE PROCESOS E INDICADORES INICIALES
5	REVISIÓN DEL MAPA DE PROCESOS Y DEFINICIÓN FINAL DE INDICADORES. DISEÑO DE IMPLANTACIÓN
6	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN
7	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN
8	ANÁLISIS FINAL. SESIÓN DE CONCLUSIONES Y ACUERDO DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

La organización de las sesiones está dirigida a obtener datos sobre el servicio en un momento inicial para posteriormente abordar la construcción del mapa de procesos, la definición y selección de indicadores y la revisión del proceso de implantación planificado. El objetivo principal del trabajo de campo es recabar información suficiente sobre la utilidad de los indicadores y la dificultad de su registro para su inclusión en el cuadro de mando definitivo.

SESIÓN 1. GRUPO FOCAL Zaragoza, febrero 2008	
Objetivo: Formación y conocimiento del servicio	
PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Director operativo servicio ▪ Director de I+D ▪ Coordinadora de zona ▪ Coordinadora de servicio ▪ Auxiliar de ayuda a domicilio ▪ Equipo investigador: IA, CB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aporte de la documentación previa a la sesión. ▪ Presentación de los objetivos del proyecto y de la sesión ▪ Formación: Modelo EFQM – características e implicaciones ▪ Discusión sobre el SAD: estructura, modelo de organización, procesos, necesidades, puntos fuertes y débiles. ▪ Recogida de propuestas y sugerencias en el momento de la sesión y apertura del plazo para las aportaciones.

CONTENIDO DE LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación y objetivos del proyecto ▪ Formación en el modelo EFQM: posibilidades de su implantación en un servicio de ayuda a domicilio. ▪ Ausencia de sistemas de calidad establecidos para SAD: resultados de la revisión bibliográfica preliminar ▪ Identificación inicial de procesos: <ul style="list-style-type: none"> - Captación de usuarios/as-marketing - Gestión de recursos humanos - Establecimiento del Plan de Intervención - Proceso de atención en el domicilio: tareas, acompañamiento - Formación - Apoyo/soporte a Trabajadoras familiares - Coordinación: interna y externa ▪ Se plantea la necesidad de elaborar un mapa de procesos inicial para visualizar las relaciones entre las áreas y los diferentes actores. Se proponen nuevos procesos y la reorganización de otros.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Se sugieren algunos aspectos que sería necesario medir: identificación inicial de indicadores
- Resultados de la sesión: mayor conocimiento y comprensión del servicio por parte del equipo investigador. A partir del material obtenido se plantea la construcción del mapa de procesos a revisar en una sesión posterior.

SESIÓN 2. GRUPO FOCAL Zaragoza, abril 2008

Objetivo: Datos de campo para construcción de mapa de procesos

PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinadora Servicio Zaragoza ▪ Auxiliares de Ayuda a Domicilio ▪ Equipo investigador: IA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aporte de la documentación previa a la sesión. ▪ Presentación y objetivos del proyecto y de la sesión ▪ Discusión sobre la actividad realizada por las trabajadoras: necesidades, tareas, tipo de coordinación, expectativas, puntos fuertes y débiles del trabajo.

CONTENIDO DE LA SESIÓN

- Presentación y objetivos del proyecto y la sesión
- Descripción del trabajo: la sesión se plantea con un guión semi-estructurado para orientar la discusión y obtener información relevante que ayude a conceptualizar el servicio y terminar de perfilar el mapa de procesos. Las áreas que surgen y se trabajan durante esta sesión son las siguientes:
 - Diferencias según zonas
 - Especificación de tareas
 - Número de usuarios/as a los que atiende cada trabajadora
 - Confidencialidad y acuerdo de no discutir con los/as usuarios/as
 - Importancia de que el usuario/a se sienta acompañado/a por la trabajadora.
 - Descripción del trabajo como una sustitución del cuidado informal tradicionalmente proporcionado por las familias (trabajo feminizado)
 - Importancia de los momentos iniciales, presentación y conocimiento del usuario/a, sus necesidades y el plan de intervención pautado.
 - Evolución del servicio
 - Eficacia, registro y control en el trabajo
 - Necesidades de las trabajadoras: formación para abordar situaciones conflictivas con los/as usuarios/as, necesidad de apoyo por parte de las Coordinadoras y la empresa
- Resultados de la sesión: obtención de datos de campo sobre el desarrollo del servicio y su conceptualización por parte de las profesionales.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN 3. GRUPO FOCAL Barcelona, abril 2008	
Objetivo: Datos de campo para construcción de mapa de procesos	
PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none">▪ Coordinadora Servicio Barcelona▪ Auxiliares de Ayuda a Domicilio▪ Auxiliar de Limpieza▪ Equipo investigador: IA	<ul style="list-style-type: none">▪ Aporte de la documentación previa a la sesión.▪ Presentación y objetivos del proyecto y de la sesión▪ Discusión sobre la actividad realizada por las trabajadoras: necesidades, tareas, tipo de coordinación, expectativas, puntos fuertes y débiles del trabajo.

CONTENIDO DE LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none">▪ Presentación y objetivos del proyecto y la sesión▪ Descripción del trabajo: al igual que en la sesión de Zaragoza, se plantea con un guión semi-estructurado para orientar la discusión y obtener información relevante que ayude a conceptualizar el servicio y terminar de perfilar el mapa de procesos. Las áreas que surgen y se trabajan durante esta sesión son las siguientes:<ul style="list-style-type: none">- Diferencias según zonas y tipos de usuarios/as- Diferencias según tipo de trabajadoras- Especificación de tareas- Número de usuarios/as a los que atiende cada trabajadora- Importancia de que el usuario/a se sienta acompañado/a por la trabajadora.- Importancia de los momentos iniciales, presentación y conocimiento del usuario/a, sus necesidades y el plan de intervención pautado.- Evolución del servicio y comparación con otros servicios ¿Qué es el SAD? ¿en qué consiste?- Eficacia, registro y control en el trabajo- Necesidades de las trabajadoras: formación para abordar situaciones conflictivas con los/as usuarios/as, necesidad de apoyo por parte de las Coordinadoras y la empresa▪ Resultados de la sesión: contraste de datos obtenidos en la sesión de Zaragoza, lo que permite la identificación de los puntos en común y las diferencias. El material se analiza para completar una primer

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN 4. GRUPO FOCAL Zaragoza, mayo 2008	
Objetivo: Definición de mapa de procesos e indicadores iniciales	
PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none">▪ Director operativo▪ Director I+D▪ Equipo investigador: IA	<ul style="list-style-type: none">▪ Se presentan el mapa de procesos global, las fichas de los procesos estratégicos y los primeros indicadores elaborados por el equipo investigador en base a la información recogida, siguiendo la metodología de identificación de procesos en una organización.▪ Discusión y recogida de propuestas y sugerencias

CONTENIDO DE LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none">▪ Se presenta y discute el mapa de procesos, analizando la adecuación de los procesos presentados y su organización. Se sugieren cambios para incorporar en una versión posterior.▪ Se presentan y discuten las fichas de proceso de los procesos estratégicos<ul style="list-style-type: none">- Ficha del proceso contratación- Ficha del proceso de Gestión del Sistema de Calidad- Ficha de coordinación- Ficha de gestión de clientes- Ficha de gestión de personas- Ficha de gestión económica▪ Discusión de los indicadores iniciales presentados por el equipo investigador.▪ Valoración de propuestas y sugerencias▪ Resultados de la sesión: se acuerda que el proceso de coordinación desaparezca como tal y que se englobe dentro de un más amplio de comunicación interna que incluye tanto la comunicación vertical como la horizontal. Se desarrolla el proceso clave, especificando las acciones intermedias. Se proponen ajustes en las fichas y en los indicadores para adecuarse a la realidad del servicio.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN 5. GRUPO FOCAL Zaragoza, junio 2008	
Objetivo: Revisión del mapa de procesos y definición final de indicadores. diseño de implantación	
PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none">▪ Director operativo▪ Coordinadora de zona▪ Coordinadora de servicio▪ Director I+D▪ Equipo investigador: IA	<ul style="list-style-type: none">▪ Se presentan el mapa de procesos revisado, las fichas de todos los procesos y los indicadores elaborados en base a la información obtenida en la sesión anterior▪ Discusión de fichas e indicadores y recogida de propuestas y sugerencias

CONTENIDO DE LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none">▪ Se revisa el mapa de procesos definitivo, modificado con las aportaciones realizadas en la sesión anterior.▪ Se presentan y discuten las fichas de los procesos estratégicos, según los cambios sugeridos anteriormente y se revisan todas las fichas restantes<ul style="list-style-type: none">- Ficha de proceso de Atención en el Domicilio- Ficha de proceso de Soporte a Trabajadores/as Familiares-Auxiliares de Ayuda a Domicilio- Ficha de proceso de Formación- Ficha de proceso de Sistemas▪ Se revisa la parrilla de indicadores uno a uno y se elabora un plan de implantación en los servicios piloto.▪ Resultados de la sesión: Se acuerda tener revisadas las fichas con las aportaciones realizadas y definidos los indicadores definitivos en julio para su implantación. En la discusión de las fichas, las mayores dificultades se encuentran en el proceso de atención a domicilio y en el de soporte a las trabajadoras familiares. En el primer caso se plantea la dificultad que puede haber en recoger datos para algunos de los indicadores definidos, mientras que en el proceso de soporte a trabajadoras familiares, se plantean dudas acerca de si este proceso como tal no está ya incluido en el estratégico de gestión de personas. Finalmente, se decide dejarlo como proceso independiente dado el valor añadido que aporta a la calidad del servicio. Se acuerda también que el director de I+D sea responsable de la recogida de datos y de referencia para el equipo investigador en caso de tener dudas en el contraste de algunos procesos o indicadores.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

SESIÓN 6 y 7. GRUPO FOCAL Zaragoza, septiembre y noviembre 2008	
Objetivo: Seguimiento de la implantación	
PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Director operativo ▪ Coordinadora de zona ▪ Coordinadora de servicio ▪ Director I+D ▪ Equipo investigador: IA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se utiliza un guión de entrevista con los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la idoneidad de los indicadores - Análisis de las incidencias en las obtención e interpretación de los resultados - Decisiones sobre el mantenimiento o exclusión de los indicadores para elaboración de cuadro de mando final

CONTENIDO DE LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se presenta la parrilla de indicadores junto con los resultados preliminares y se evalúa cada indicador por separado: se analiza su idoneidad, dificultad de obtención y su impacto en el cuadro de mando final para el control del servicio. ▪ Resultados de la sesión: Se eliminan algunos indicadores y se reformulan otros en base a los datos obtenidos en la implantación. La batería de indicadores se reestructura. Se muestra un alto grado de acuerdo sobre las diferentes dimensiones de las fichas y los responsables de los procesos.

SESIÓN 8. GRUPO FOCAL Zaragoza, diciembre 2008	
Objetivo: Análisis final. Sesión de conclusiones y acuerdo de cuadro de mando integral	
PARTICIPANTES	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Director operativo ▪ Dos coordinadoras de zona ▪ Director de I+D ▪ Equipo investigador: IA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En base a los datos obtenidos en la sesión anterior, se elabora la batería final de indicadores y se discute el cuadro de mando integral. ▪ Comentarios y conclusiones.

CONTENIDO DE LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del mapa de procesos, fichas de los procesos e indicadores definitivos. ▪ Conclusiones generales del procesos de implantación y acuerdo del Cuadro de Mando Integral

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

b) Análisis de contenido de los grupos focales

A lo largo de todo el proyecto, se recogió una importante cantidad de material cualitativo en los distintos grupos focales con el objetivo de llevar a cabo un análisis de contenido que orientara la definición de procesos y de indicadores. De hecho, la primera fase del proyecto se dedicó principalmente a conocer la gestión del servicio y a identificar las principales áreas de actuación y para lo que este tipo de análisis resultó de gran utilidad. Todas las sesiones fueron grabadas lo que permitió explorar el material y desarrollar categorías a partir de la información obtenida. De acuerdo con los guiones elaborados, las discusiones de los grupos giraron en torno a dos cuestiones generales:

1. Definición y desarrollo del mapa de procesos, indicadores y cuadro de mando (en grupos focales con Director Operativo del Servicio, Coordinadoras, Auxiliares, Director de I+D y Equipo Investigador).
2. Caracterización y definición de tareas y aspectos concretos relativos al desarrollo del servicio en el domicilio (en grupos focales con auxiliares, coordinadoras y equipo investigador).

A continuación se presentan de forma resumida los datos más relevantes obtenidos en las sesiones del trabajo de campo, ya que constituyen la base de los resultados preliminares y permiten contrastar las decisiones que se van tomando en las distintas fases del proyecto.

1. Definición y desarrollo del mapa de procesos

Para llevar a cabo la investigación se parte de la experiencia y cultura organizativa de ServiSAR que tiene adjudicada la gestión de los servicios de ayuda a domicilio con los que se trabaja en Zaragoza y Barcelona. En las sesiones iniciales, se presta especial atención a la importancia de definir los procesos de manera exhaustiva, ya que éste constituye el punto de partida para introducir mejoras en los procesos, dentro del marco del Modelo EFQM mediante la innovación, el desarrollo y diseño procesos, la provisión del servicio de atención y la gestión y mejora de las relaciones con los clientes (criterios 6, 7, 8 y 9 del EFQM enfocados a resultados).

Dentro de este apartado, se trabajan las siguientes áreas:

- Sistemas de Gestión de Calidad
- Procesos

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Indicadores de eficiencia en la gestión y calidad

Sistemas de Gestión de Calidad:

Se parte de la organización de ServiSAR que posee una certificación de calidad según la Norma ISO 9001, pero exclusivamente centrada aspectos estratégicos y de coordinación. Así, la ausencia de modelos integrales de calidad y documentación asociada sobre el Servicio de Atención a Domicilio impide comparar aspectos de mejora en un inicio y el trabajo implica el desarrollo de todo el material desde el principio.

Se revisa la documentación aportada por ServiSAR junto a todo el análisis bibliográfico llevado cabo. Se comprueba que cada indicador tiene asociado un documento de actividad (registros y documentación) sin más referencia a manuales, protocolos o procedimientos.

Por otro lado, resulta interesante constatar que para la gestión diaria, el sistema de registro de actividades y tareas se considera muy difícil de objetivar, por lo que se identifica como un aspecto a mejorar del sistema. Actualmente, se estudia la posibilidad de utilizar las agendas de las trabajadoras familiares como sistema de registro diario de incidencias con el servicio.

Procesos:

El grupo, sobre todo a nivel operativo, se centra fundamentalmente en la dificultad para desarrollar los procesos concretos de la organización, siendo sus clientes las diferentes Administraciones locales con las que trabaja la empresa. Los servicios desarrollados se ejecutan de acuerdo con contrato firmado con la Administración correspondiente, cuyo panorama se caracteriza por la heterogeneidad.

Se trabajan todos los procesos, destacando la discusión en las siguientes áreas:

- *Gestión de recursos humanos:* Es el proceso clave para toda la organización. Las Coordinadoras señalan que es la parte más importante de su gestión. La selección del personal, su formación y cómo se les comunican las tareas a las trabajadoras constituyen los trabajos previos más relevantes. Una vez que el cérvico se está proporcionando, se debe dar mucho valor a su eficacia en el seguimiento y la evaluación.
- *Establecimiento del Plan de Intervención:* Este Plan de Intervención se realiza a partir de la valoración del usuario/a en su domicilio, según la aplicación de un baremo. En la

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

mayoría de los conciertos, las valoraciones iniciales se realizan desde la misma Administración. Por este motivo resulta fundamental la coordinación y comunicación fluida entre la Administración y la empresa que gestiona. El plan de intervención se va actualizando y modificando de acuerdo con el seguimiento realizado, pero siempre con la limitaciones propias de la gestión de un servicio de este tipo.

Pero con un matiz muy importante. Nosotros no podemos modificar eso (el plan de intervención). Nosotros por medio del seguimiento y en esas coordinaciones informamos de lo que sería correcto... porque la potestad para establecer cambios en el PIA la tiene cada técnico... nosotros por mucho acuerdo que exista entre la auxiliar y la coordinadora no lo podemos hacer. Nosotros emitimos un informe social, por ejemplo, diciendo, que se incluya hacer compras que no se habían determinado y la administración tiene que aprobarlo... (Director Operativo).

En el PIA se establecen una serie de tareas. Estas tareas son de tres tipos, tal como se describe en el proceso de atención en el domicilio. Una vez establecidas, es importante se comunican las tareas a realizar a las Trabajadoras Familiares /Auxiliares de Ayuda a Domicilio.

- *Atención en el domicilio:* La dificultad para establecer pautas claras sobre su realización está basada en la individualización de la atención y las diferencias en cada caso según el plan establecido. De manera general se observa que las tareas son de tres tipos:
 - Tareas domésticas: limpieza, compra, preparación de la comida.
 - Tareas de atención personal: Aseo.
 - Tareas de relación con el entorno o gestiones o ayudas técnicas.

No obstante, los/as profesionales subrayan la importancia del acompañamiento, dentro de las labores del trabajador/a familiar, aunque esto no se encuentre especificado como tarea dentro del PIA. Surge repetidas veces la pregunta de cómo se define y mide esta tarea, que se considera la fundamental de este servicio.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

En las diferentes sesiones se trabaja en la definición y desglose de las tareas en base a las experiencias y los pliegos técnicos de diferentes concursos, como resultado se elabora un listado de tareas que trata de ser exhaustivo y recoger la variabilidad existente en las diferentes áreas. Como se puede observar las tareas identificadas son de corte puramente social:

LISTADO DE TAREAS DE PIA

CATEGORIA	FAMILIA DE TAREA	TAREA
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Detección de incidencias o alteraciones de su estado
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Potenciar valores positivos para superar situación personal
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Apoyo ante sentimiento de soledad
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Dinamización
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Supervisión de toma de medicamentos
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Potenciar relación en el domicilio
<i>Atención personal</i>	Preventivas	Apoyo escolar
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Recogida y gestión de recetas
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Acompañamiento a centro escolar
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Acompañamiento a gestión imprescindibles (instituciones)
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Acompañamiento centro de día
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Acompañamiento Consulta medica
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Acompañamiento medio de transporte
<i>Atención personal</i>	Gestiones/ Acompañamientos	Paseos
<i>Atención personal</i>	Apoyo personal	Supervisión de aseo personal
<i>Atención personal</i>	Apoyo personal	Ayuda para levantarse y acostarse
<i>Atención personal</i>	Apoyo personal	Ayuda para vestirse y desvestirse
<i>Atención personal</i>	Apoyo personal	Ayuda en aseo personal periódico
<i>Atención personal</i>	Apoyo personal	Ayuda en aseo personal diario

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

LISTADO DE TAREAS DE PIA

CATEGORIA	FAMILIA DE TAREA	TAREA
<i>Atención Doméstica</i>	Preventivas	Supervisión estado de la casa, control de fuegos, electricidad etc....
<i>Atención Doméstica</i>	Preventivas	Asesoramiento sobre mobiliario, ropa de cama etc....
<i>Atención Doméstica</i>	Preventivas	Control de llaves
<i>Atención Doméstica</i>	Preventivas	Control de estado/seguridad puertas y ventanas
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Limpieza general de casa - inicial
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Limpieza de casa - mantenimiento
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Limpieza reforzada áreas específicas (cocina, baños)
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Realización de tareas menajeras de especial dureza o riesgo (cristales)
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Hacer cama y habitación del usuario
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Lavado de ropa
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Lavado, planchado y repaso de ropa
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Realización/ organización de compras
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Transporte de compras a domicilio
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Apoyo en confección de comida
<i>Atención Doméstica</i>	Apoyo Doméstico	Fregado de vajilla

LISTADO DE TAREAS DE PIA

CATEGORIA	FAMILIA DE TAREA	TAREA
<i>Ayudas técnicas</i>	Movilizaciones	Uso de grúas para movilización
<i>Ayudas técnicas</i>	Movilizaciones	Uso de camas articuladas
<i>Ayudas técnicas</i>	Prevención	Supervisión de la movilidad

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Se establecen dos procesos considerados muy importantes para dar valor a los recursos humanos de la organización: la *Formación* y el *Apoyo/Soporte a las Trabajadoras Familiares*.
- *Coordinación*: Todo el proceso de coordinación se considera en un primer momento un proceso estratégico diferenciado. Se diferencia claramente la coordinación *interna* de la *externa*.

Aunque la Administración es la responsable de la relación directa con el usuario en la mayoría de los casos, la coordinadora de zona también tiene que intervenir, bien por lejanía de los responsables de la Administración, bien por derivación. Se establecen dos tipos de coordinación:

Coordinación externa: Cualquier relación con la administración.

Coordinación interna: Cualquier relación con los/as trabajadores/as.

El desarrollo del trabajo realizado conduce a la inclusión de este proceso como comunicación interna para darle unidad de criterio a todos los aspectos de comunicación de la organización.

Indicadores de evaluación

Se reconoce la gran dificultad de los profesionales de atención directa para registrar en este servicio, lo que puede plantear limitaciones para encontrar indicadores objetivos de eficacia relacionados con los distintos procesos. Se ha realizado un esfuerzo de sistematización con aquellos que más sencillos de registra en dos áreas específicas:

Eficacia en el trabajo:

- Visitas al domicilio (inicial, de seguimiento y final)
- Llamadas al domicilio
- Informes entregados a las Administraciones Locales o informes internos (periodicidad).
- Actas de las reuniones de coordinación (interna y externa).
- Documentos de incidencias.
- Entrevistas cerradas con los usuarios/as y encuestas de satisfacción con el servicio.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Valoración de auxiliares-trabajadoras familiares. En personal no indefinido se ha de definir el número de veces al año que se realiza.
- Número de quejas de usuarios/as.
- Número de altas.
- Tiempo de respuesta ante altas normales y urgentes (días que se tarda en acudir al domicilio una vez el usuario/a está dado de alta).
- Incidencias solucionadas exitosamente.

Calidad en la atención:

- Número de visitas por parte de la Coordinadora
- Número de acompañamientos
- Periodicidad de las visitas realizadas
- Número de comunicaciones con la Administración correspondiente
- Horas empleadas
- Planes de formación
- Ayudas técnicas
- Número de contactos con familias
- Número de informes de seguimiento
- Número de quejas y gestión de éstas

Todos estos indicadores se reformulan y algunos se incluyen en el cuadro de mando final, mientras que otros quedan descartados

2. Definición y desarrollo de las tareas del servicio en el domicilio

Se llevaron a cabo sesiones específicas con Auxiliares de Ayuda a Domicilio/Trabajadoras Familiares para recoger sus apreciaciones y valoraciones sobre el servicio que realizan. Los principales aspectos tratados son los siguientes:

- Caracterización del trabajo
- Evolución del servicio
- Eficacia, registro y control en el trabajo
- Necesidades de las trabajadoras

Caracterización del trabajo

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

A la hora de describir el trabajo, se pone especial énfasis en las diferencias, la especificación de tareas, la confidencialidad, y la importancia del acompañamiento. Se destaca dos temas:

- *Las diferencias según zonas y tipología de usuarios/as:* Una de las diferencias que más se remarca es el tipo de usuarios con el que se trabaja: Personas con demencia, personas con necesidades asistenciales y personas con necesidades educativas, muchos/as dentro de la Red de Salud Mental Comunitaria. En muchos casos, también servicios infantiles, en familias con dificultades. A esto se añade que los barrios y el ámbito (rural o urbano) diferencian los servicios. También hay diferentes categorías profesionales dentro de las trabajadoras; auxiliares de limpieza y auxiliares de ayuda a domicilio o trabajadoras familiares. Esto se debería tener en cuenta cuando se asigna el PIA y se realiza la especificación de tareas, aunque no siempre es el caso en función de la Administraciones.
- *El número de usuarios/as por trabajadora:* Según concierto de cada Administración, cada trabajadora cuida a entre siete y diez personas, aunque en casos excepcionales se puede llegar a 20 domicilios. La variabilidad está también en el número de horas (entre media hora/día y seis horas por semana). En ocasiones se puede llegar hasta las tres horas diarias por persona. El momento clave es la presentación y conocimiento del usuario, con la comunicación del plan de intervención. Es entonces cuando la trabajadora debe comprender las diferentes tareas a realizar, así como la relevancia de la confidencialidad y la importancia de no discutir con los/as usuarios/as.

Evolución del servicio y comparación con otros servicios. ¿Qué es el SAD?

En general, se opina que el SAD inicialmente no era como hoy en día. Las profesionales que trabajan en este servicio desde hace más de quince años consideran que la evolución no se ha encaminado hacia un trabajo más cualificado, centrado en el apoyo de las Actividades Básicas e Instrumentales de la persona atendida y su acompañamiento, con un enfoque más reeducativo y de psicológico. Se considera que el trabajo realizado es de sustitución del cuidado informal, tradicionalmente proporcionado por las familias y orientado a las tareas domésticas, especialmente la limpieza. También se comenta que el número de usuarios por trabajadora era menor hace unos años, lo que concuerda con el aumento de la demanda.

Ante los hallazgos obtenidos, el equipo investigador se plantea diferentes preguntas que sirven de base para reflexiones posteriores, sin poder ofrecer una respuesta directa: ¿Hay una evolución del SAD hacia la no diferenciación entre el servicio de limpieza y la atención

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

especializada en la mayoría de los territorios? ¿La eficacia del servicio se valora más por el ahorro en horas que por una gestión eficiente? ¿Qué significado tiene hablar de un servicio de ayuda a domicilio que proporciona una atención integral si la evidencia muestra claramente que el enfoque es fundamentalmente de servicios domésticos y atención social?

Eficacia, registro y control en el trabajo

No hay una sistemática de registro, si bien actualmente las trabajadoras suelen utilizar un diario de campo, en el que van anotando las incidencias del servicio diariamente. Ante una pregunta directa: "¿Cómo sabéis que hacéis bien vuestro trabajo?" se responde en todo momento con valoraciones subjetivas.

No se describen indicadores claros de eficacia, aunque las trabajadoras, por su experiencia, conocen cuáles son los criterios subjetivos que hacen que ellas, o sus compañeras, sean buenas en el trabajo.

Lo más importante, es lo que no te dicen. Es lo que no está marcado, es lo que no está pautado... es lo que no está definido (Director de I+D).

Sin duda este es un factor que caracteriza al SAD y que es el origen

Necesidades de las trabajadoras

- Necesidad de formación y experiencia para abordar situaciones conflictivas con los/as usuarios/as, tanto a nivel formal como informal.
- Necesidad de apoyo por parte de las Coordinadoras y la empresa.

Dadas las diferencias en las tipologías de usuarios que se atienden, en algunos servicios, se comenta la necesidad de realizar formación básica en técnicas de modificación conductual y sintomatología en trastornos mentales, de manera que esto pueda resultar útil y aplicarlo en el trabajo. Se pide, por tanto, formación específica para afrontar perfiles complejos de atención a los que atienden diariamente.

Se describen algunas situaciones conflictivas o difíciles con los/as usuarios/as, surgidas en el propio desempeño del trabajo, que repercuten negativamente en la situación emocional de las trabajadoras.

Dado el trabajo y la presión que se puede tener en un domicilio, ¿sería conveniente que, además del soporte de la propia coordinadora, la Administración tuviera en cuenta la

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

atención de un psicólogo/a? Se constata que esto sucede en determinadas ciudades, pero no de manera generalizada y que no resulta prioritario para la Administración.

Antes teníamos a una psicóloga, que si la necesitábamos iba, pero ahora no está. Que es lo que te he dicho, que al principio, cuando empezamos nosotras, se hacía de otra manera, pero se atendían menos usuarios (Trabajadora Familiar).

También hay que tener en cuenta que la formación y el soporte emocional ayudan a evitar el *burnout*, siendo éste un factor con un efecto directo en la calidad del servicio.

c) Diseño e implantación de indicadores el servicio piloto

A medida que se trabaja en la configuración del mapa de procesos, se van definiendo los indicadores que permitan gestionar y controlar dichos procesos considerando su objetivo y características.

A continuación, se presenta la batería inicial de indicadores que fueron objeto de discusión para su implantación en el servicio de ayuda a domicilio participante.

1. PROCESO DE CONTRATACIÓN: Cumplimiento de todos los requisitos y condiciones administrativas para la firma del contrato, y realización de la reunión entre equipo de concurso.		
INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Efectividad en la presentación de concursos	Conformidad con el pliego de condiciones	Anual
Porcentaje	Anual	Porcentaje
Contrato firmado	Anual	Sí/no

2. PROCESO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD: Documento marco de gestión del Sistema. Dirigir y velar por la calidad del servicio de la organización		
INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Definición modelo organizativo	Anual	Sí/no
Documentación elaborada: manuales o guías	Anual	Sí/No
Nº AC	Anual	Puntuación directa
Nº AM	Anual	Puntuación directa

3. PROCESO DE GESTIÓN DE CLIENTES: ADMINISTRACIONES: Establecimiento de circuitos de comunicación entre el contratante y el contratado (proveedor del servicio) para el funcionamiento del mismo.		
INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Número de reuniones de	Mensual	Puntuación directa

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

seguimiento de clientes internos y externos		
---	--	--

4. PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS: Mantener un contacto y comunicación fluidos con los profesionales, realizando una gestión efectiva de las incidencias y de los cambios o problemas del personal.

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Reuniones realizadas (según nivel)	Mensual	Puntuación directa
Número de contactos realizados con las trabajadoras familiares	Mensual	Puntuación directa
Incidencias solucionadas por las coordinadoras	Mensual	Porcentaje

5. PROCESO DE GESTIÓN ECONÓMICA: Garantizar que la actividad desarrollada en la residencia se ajusta a la planificación económica de cara a cumplir los objetivos estratégicos de la organización

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Cumplimiento de presupuesto	Mensual	Ratio

6. PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA: Establecer los circuitos horizontales y verticales de comunicación con el fin de coordinar los procesos, evaluarlos y definir acciones de mejora.

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Cumplimiento del calendario de reuniones	Semanal	Puntuación directa

7. PROCESO DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO: Proporcionar asistencia a los usuarios/as en diferentes actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con el objetivo de mantener o mejorar su bienestar y autonomía, de forma que puedan permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible, controlando su propia vida.

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Índice de satisfacción de las personas usuarias	Anual	Porcentaje
Seguimiento en domicilio (si procede)	Trimestral	Porcentaje
Tiempo de respuesta desde la comunicación de alta del servicio hasta el inicio de la prestación (más de un año de antigüedad)	Mensual	Puntuación directa
Resolución de incidencias	Mensual	Porcentaje
Tiempo promedio de inicio del servicio	Mensual	Ratio
Bajas por insatisfacción	Trimestral/semestral	Porcentaje
Número de reclamaciones o quedas sobre el total de personas usuarias	Mensual	Porcentaje
Quejas a la Administración	Mensual	Porcentaje
Horas de servicio a la semana	Mensual	Ratio
Estabilidad de horarios de las auxiliares	Mensual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

8. PROCESO DE SOPORTE A TF/AUXILIARES DE AYUDA A DOMICILIO: Proporcionar apoyo emocional y personal a los profesionales de atención directa.

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Soporte emocional a trabajadoras familiares	Mensual	Porcentaje
Carga emocional de trabajadoras familiares	Trimestral	Porcentaje
Contactos con trabajadoras familiares	Mensual	Porcentaje

9. PROCESO DE FORMACIÓN: Proporcionar la formación necesaria para que los profesionales alcancen los niveles de competencia requeridos

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Horas de formación con respecto al número de trabajadores	Anual	Puntuación directa
Training inicial	Anual	Puntuación directa

10. PROCESO DE SISTEMAS: Disponer de los recursos técnicos necesarios para la adecuada gestión y seguimiento del servicio y realización de las tareas.

INDICADOR	Periodicidad	Método cálculo
Satisfacción con los sistemas de información de los/as profesionales	Anual	Ratio
Eficacia en la resolución de incidencias	Mensual	Porcentaje
Tiempo medio de resolución de incidencias	Mensual	Ratio

El proceso de implantación puso de manifiesto la necesidad de modificar diversos indicadores eliminando algunos, desdoblado otros e incluyendo indicadores nuevos ya que el planteamiento inicial realizado resultó limitado considerando las necesidades de gestión del servicio. En los indicadores anuales los resultados se recogieron en el mes de noviembre para valorar los resultados de forma puntual.

Los criterios utilizados a lo largo de los grupos focales de seguimiento para la definición final de indicadores fueron los siguientes:

- *Idoneidad*: adecuación del indicador para medir el proceso correspondiente.
- *Relevancia*: capacidad para orientar o determinar la toma de decisiones.
- *Dificultad de obtención*: esfuerzo en tiempo requerido para la obtención del dato.

En el siguiente cuadro se resume el proceso de discusión sobre los indicadores, incluyendo el número inicial y final de los mismos y las decisiones tomadas en cada proceso:

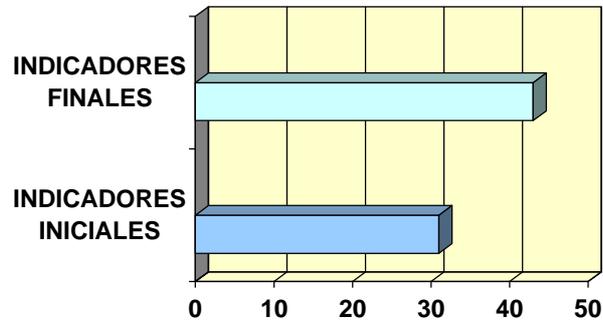
MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO	Nº INICIAL	Nº FINAL	DECISIONES
1	3	2	De los indicadores propuestos se elimina el del contrato firmado al considerarse que no aporta valor a la gestión del proceso
2	4	5	Se añade el indicador de cumplimiento de objetivos que responde a la necesidad de evaluar los planes de acción (estratégicos)
3	1	4	Se elimina el indicador inicial sobre el número de reuniones de coordinación realizadas ya que se considera que el dato obtenido no refleja la realidad del proceso. Dicho indicador se sustituye por otros cuatro centrados en las reuniones de seguimiento, la comunicación, las quejas sobre el servicio y la satisfacción de los clientes.
4	3	4	Se eliminan dos indicadores vinculados a reuniones y contactos ya que se consideran incluidos en otros procesos (principalmente en el coordinación, luego comunicación interna) y se mantiene el de incidencias solucionadas por las coordinadoras que entiende como un dato relevante y de fácil obtención. Asimismo, se incluyen otros tres indicadores de absentismo, porcentaje de trabajadores indefinidos y satisfacción del personal.
5	1	3	El indicador planteado inicialmente de cumplimiento del presupuesto se desdobra en tres: ingresos, gastos y margen de explotación, ya que contempla las diferencias entre lo presupuestado y lo real.
6	1	4	Se elimina como tal el indicador de cumplimiento de calendario de reuniones para desglosarlo en cuatro que reflejan los distintos niveles de coordinación y comunicación del servicio.
7	10	10	De los propuestos inicialmente se mantienen ocho y se eliminan dos porque los datos obtenidos se consideran redundantes. Se añaden dos nuevos indicadores: un índice global de reclamaciones, ya que se entiende que este aspecto incide directamente en la calidad del servicio y un indicador sobre rotación de personal por usuario ya que es algo que los éstos valoran de manera muy significativa como un factor de cercanía y confianza en el servicio.
8	3	2	Se eliminan los indicadores propuestos porque no se considera factible la recogida de información fiable y se incluyen dos nuevos para valorar el soporte continuado y especializado a las trabajadoras familiares.
9	2	5	Se mantiene el indicador que evalúa la recepción de un training previo a la incorporación al servicio y el segundo propuesto inicialmente se desglosa en tres en función del perfil del profesional. Además, se añade otro indicador de prevención de riesgos ya que se detecta durante la implantación que no se cubría este tema en el proceso de formación.
10	3	4	Se mantienen los tres indicadores iniciales cuya recogida de datos se considera sencilla y necesaria y se añade un cuarto que valora la capacidad de apoyo técnico al servicio. Se considera que los sistemas de información constituyen un soporte fundamental para la gestión de datos del servicio y el resto de áreas estratégicas. Su papel es esencial en la gestión de calidad, ya que proporciona los medios necesarios para documentar y controlar la mejora continua, respondiendo de forma directa al criterio del EFQM que marca que la toma de decisiones basadas en datos y hechos objetivos.

El trabajo descrito muestra que la intención inicial de presentar el menor número de indicadores posible que proporcionen información sobre todos los procesos resultó poco adecuado, ya que la implantación demostró la necesidad de ser más específicos si se pretende que los datos sean útiles para los gestores y profesionales.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Así, como se muestra en la siguiente figura se parte de 31 indicadores y finalmente se incluyen 43 en el cuadro de mando integral del servicio.



En definitiva, la estrategia de selección e implantación ha permitido contar con un número adecuado de indicadores suficientemente informativos de todos los procesos, teniendo en cuenta las características del servicio y la escasa cultura de registro de los profesionales de atención directa que, de alguna forma, limita el tipo de indicadores a considerar. El cuadro de mando final responde a esta filosofía y trata de contemplar todos los criterios del modelo EFQM.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.3.2. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se agrupan en tres apartados diferenciados, pero interrelacionados entre sí. En primer lugar, se presenta los pasos dados para construcción del mapa de procesos cuya versión definitiva permite avanzar en la definición de las fichas de cada uno de los procesos que se presentan en otro apartado. Por último, se muestra la versión definitiva del cuadro de mando integral del SAD.

4.3.2.1 CONSTRUCCIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

Tras la primera reunión del grupo focal se empieza a trabajar en el mapa de procesos, diferenciando, como primera aproximación, cinco procesos dentro del SAD. Éstos fueron los siguientes:

- Plan Individual de Atención del usuario.
- Coordinación. Dentro de este proceso se separaron dos subprocesos. Gestión de clientes y Gestión de Personas.
- Soporte a cuidadores/as
- Formación
- Sistemas

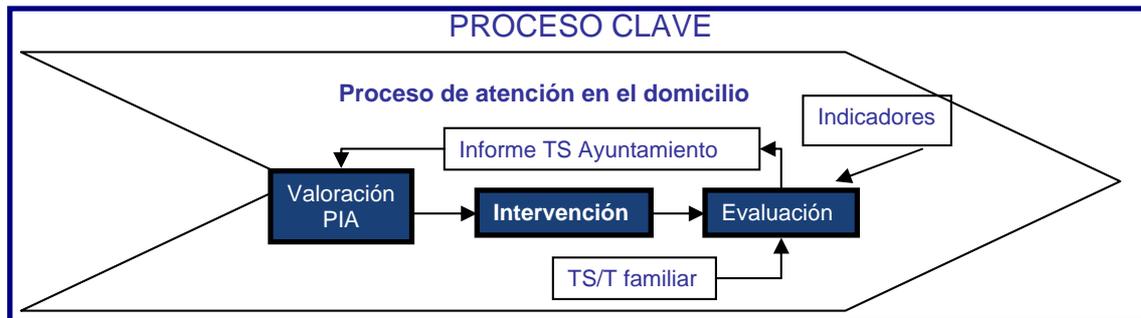
Definición de procesos

A partir de esta primera aproximación y de acuerdo con lo analizado en las siguientes reuniones del equipo investigador con equipos de gestión y atención directa, el mapa de procesos fue evolucionando de la siguiente forma:

Proceso clave:

Inicialmente, se consideró que el proceso clave era el establecimiento del Plan Individual de Atención (PIA). Sin embargo, en posteriores revisiones y tras las entrevistas con profesionales de atención directa y con el equipo de gestión, éste se incluyó como el subproceso inicial dentro de un proceso más amplio: el **Proceso de Atención en el Domicilio**. Este proceso se fue definiendo siguiendo el siguiente esquema, que explica las tres etapas principales de la evaluación del proceso:

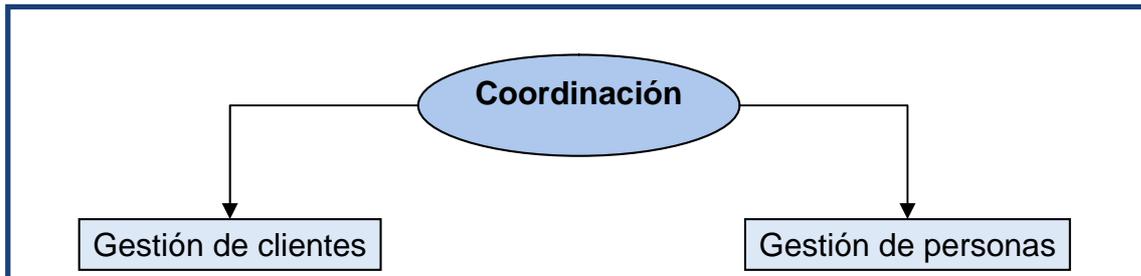
MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

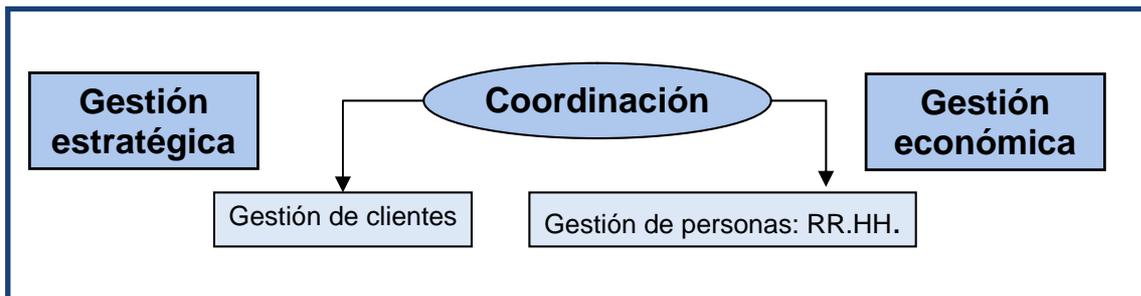
Procesos estratégicos:

En este caso, el proceso de construcción se realizó de la siguiente manera:



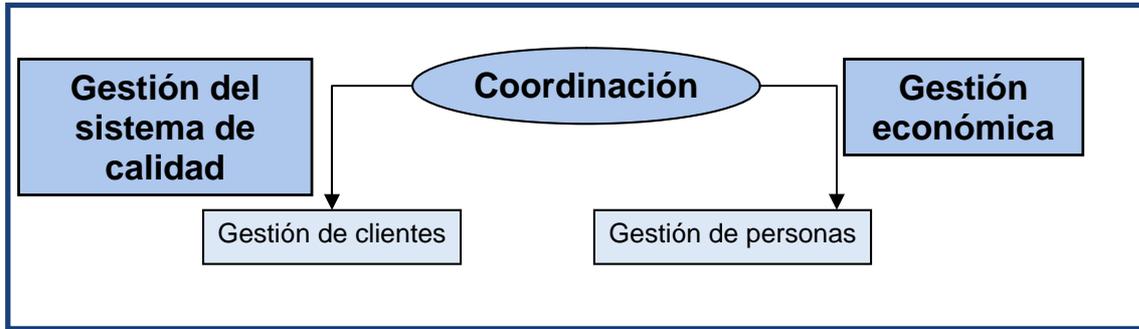
Se añaden los siguientes procesos a los descritos inicialmente:

- Proceso de coordinación: se mantienen los subprocesos de Gestión de Clientes y Gestión de Personas- RRHH.
- Proceso de Gestión Estratégica
- Proceso de Gestión Económica



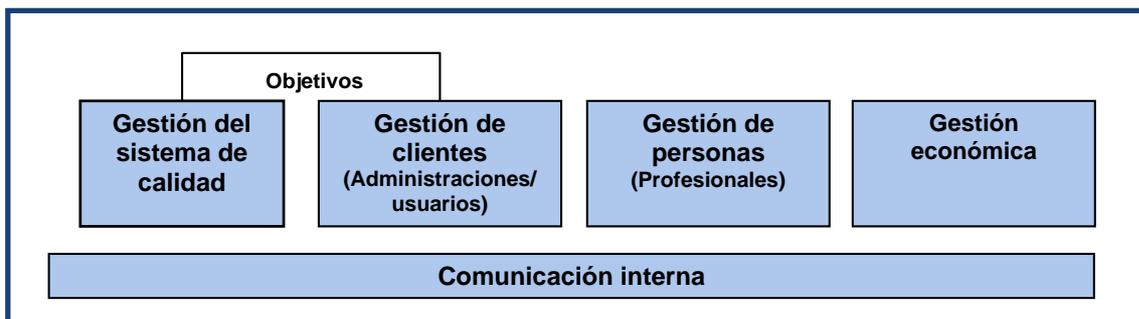
Posteriormente, se elimina el Proceso de Gestión Estratégica, sustituyendo éste por el **proceso de Gestión del Sistema de Calidad**, al quedar incluida la primera en el segundo proceso. El **Proceso de Coordinación** y el **Proceso de Gestión Económica** se mantienen.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY



Tras la implantación de los indicadores, en el seguimiento inicial, se evidencia la importancia de los dos Subprocesos anteriormente incluidos dentro del Proceso de Coordinación, de **Gestión de Clientes** y de **Gestión de Personas**, considerándose ambos como procesos principales dentro del grupo de Procesos Estratégicos. El Proceso de Coordinación, por su parte, es sustituido por un **Proceso de Comunicación Interna**, dentro del que la Coordinación sería uno de los elementos más importantes (en una etapa intermedia, se considera al Proceso de Coordinación como un proceso transversal a la parte clave y estratégica, eliminándose finalmente del mapa de procesos por verse incluido en el de Comunicación Interna). La Gestión Económica se mantiene como proceso estratégico.

En una última versión del mapa el proceso de Comunicación Interna se considera como transversal a los otros tres procesos estratégicos y así se obtiene la versión final de procesos estratégicos:



Por otra parte, se incluyó un proceso transversal a los procesos estratégicos y al proceso clave: El **Proceso de Contratación (en un SAD público)**, tal como se muestra en la versión definitiva del mapa de procesos.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Procesos de soporte

Se introducen en el mapa, desde las primeras sesiones, tras el análisis de contenido de los grupos focales. Se mantienen en la versión final. Son los siguientes:

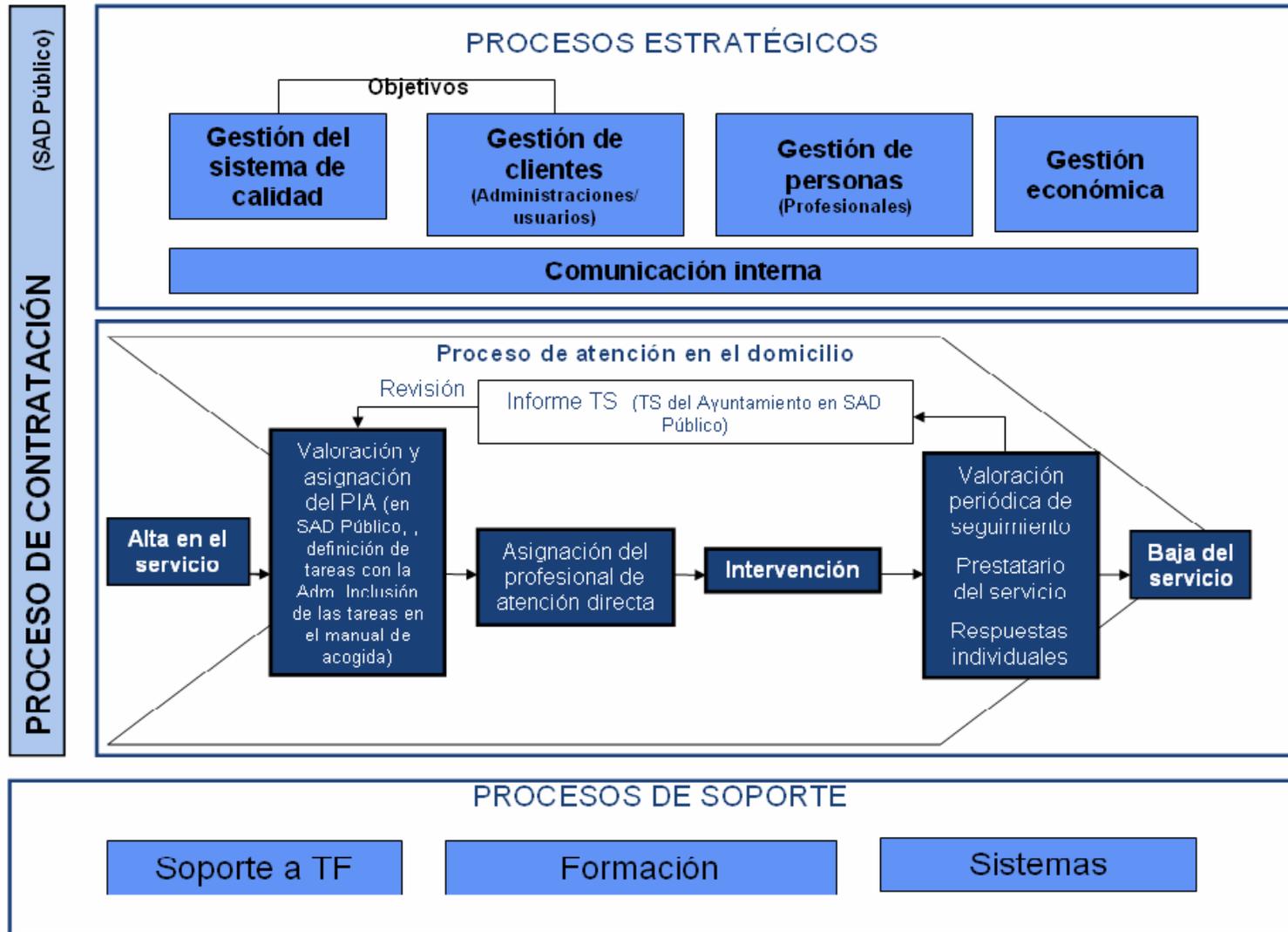
- Proceso de soporte a Trabajadores/as Familiares
- Proceso de Formación
- Proceso de Sistemas

La siguiente tabla muestra los procesos incluidos en el mapa final junto al criterio EFQM al que dan respuesta:

PROCESOS		CRITERIO EFQM
PROCESOS ESTRATÉGICOS	Proceso de contratación	Política y estrategia (2) Alianzas y recursos (4)
	Proceso de Gestión del Sistema de calidad	Liderazgo (1) Política y estrategia (2)
	Proceso de Gestión de Clientes	Liderazgo (1) Política y estrategia (2) Alianzas y recursos (4) Resultados en los clientes (6)
	Proceso de Gestión de Personas	Liderazgo (1) Personas (3) Resultados en las personas (7)
	Proceso de Gestión Económica	Política y estrategia (2) Resultados clave (7)
	Proceso de Comunicación Interna	Política y estrategia (2) Personas (3) Resultados en las personas (7)
PROCESO CLAVE	Proceso de Atención en el Domicilio	Procesos (5) Resultados en los clientes (6) Resultados clave (9)
PROCESOS DE SOPORTE	Soporte a Trabajadores/as Familiares	Personas (3) Resultados en las personas (7)
	Formación	Procesos (5) Personas (3) Resultados en las personas (7)
	Sistemas	Procesos (5) Resultados en los clientes (6) Resultados en las personas (7)

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Mapa de procesos definitivo



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.3.2.2 FICHAS DE PROCESO

A continuación, se describen cada uno de los procesos enumerados anteriormente en su ficha correspondiente según lo parámetros definidos en el apartado de metodología.

PROCESO de CONTRATACIÓN		Nº 1
OBJETO DEL PROCESO		
Cumplimiento de todos los requisitos y condiciones administrativas para la firma del contrato, y realización de la reunión entre equipo de concurso.		
RESPONSABLE	EQUIPO	
Responsable de concursos y firma del contrato	Departamento de contratación/Equipo de concursos	
ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO		
INICIO	FINAL	
Adjudicación del concurso público	Firma del contrato	

ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Trámites administrativos empresa adjudicataria - Actualización documentación presentada - Cumplimiento de requisitos Responsable: empresa adjudicataria

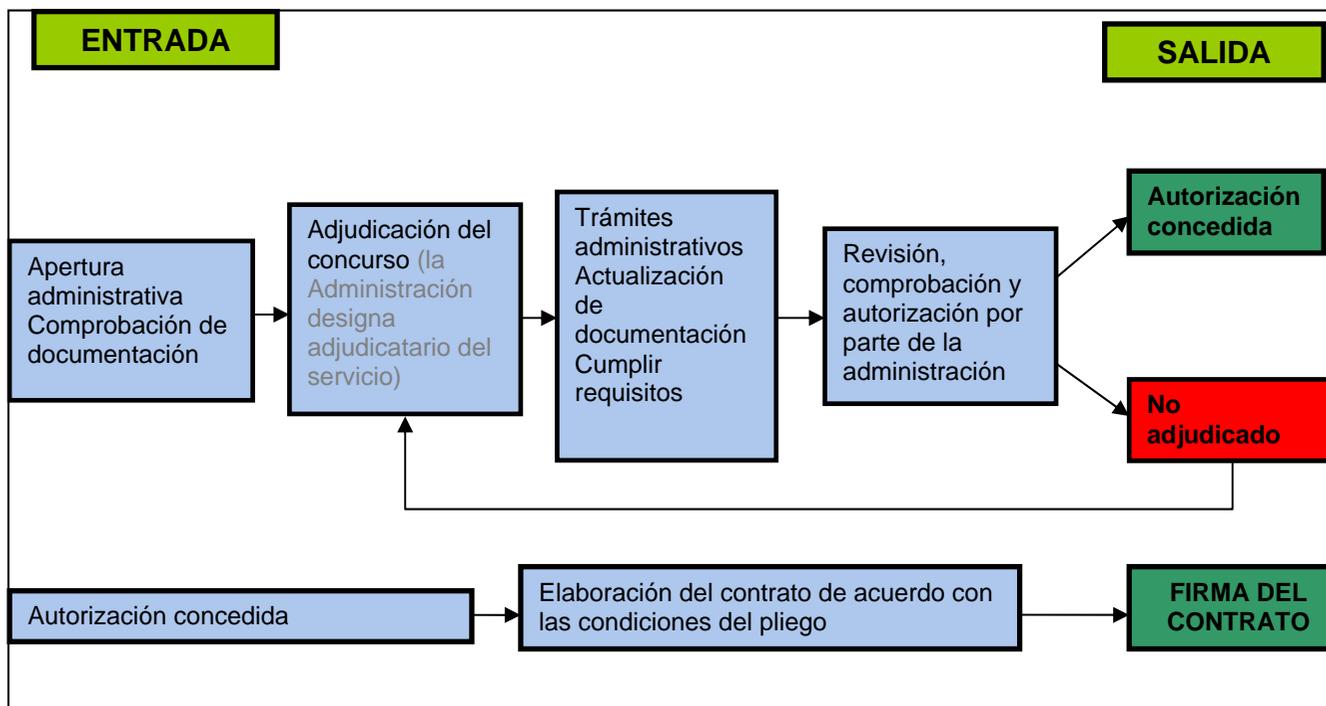
GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	NECESIDADES
Administración/empresa adjudicataria	Firma contrato	Condiciones administrativas

PROVEEDOR	ENTRADA
Administración	Definición de requisitos
Empresa adjudicataria	Documentación aportada

SALIDA	CLIENTE
Firma de contrato	Administración/Empresa adjudicataria

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de Gestión del sistema de calidad. Documento marco de gestión del Sistema

Nº 2

OBJETO DEL PROCESO

Dirigir y velar por la calidad del servicio de la organización.

RESPONSABLE

Director/a de calidad/

EQUIPO

Equipo de calidad

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Decisión de implantación por parte de Dirección General

FINAL

Certificación y seguimiento del sistema

ACCIONES

- Definición de procesos y circuitos
- Elaboración de documentación
- Definición del modelo de intervención
- Desarrollo del plan de calidad
- Seguimiento y mejora continua
- Plan de objetivos

GRUPO DE INTERÉS

Empresa/administración/profesionales

Empresa/administración/profesionales
Sociedad/usuarios

EXPECTATIVAS

Modelo organizativo de calidad

Seguridad y certificación

NECESIDADES

Requisitos- SGC

Seguimiento de la implantación

PROVEEDOR

Dirección general

Equipo de calidad/Coordinadoras/Equipo técnico

ENTRADA

Decisión

Acción

SALIDA

SGC certificado

SGC no certificado

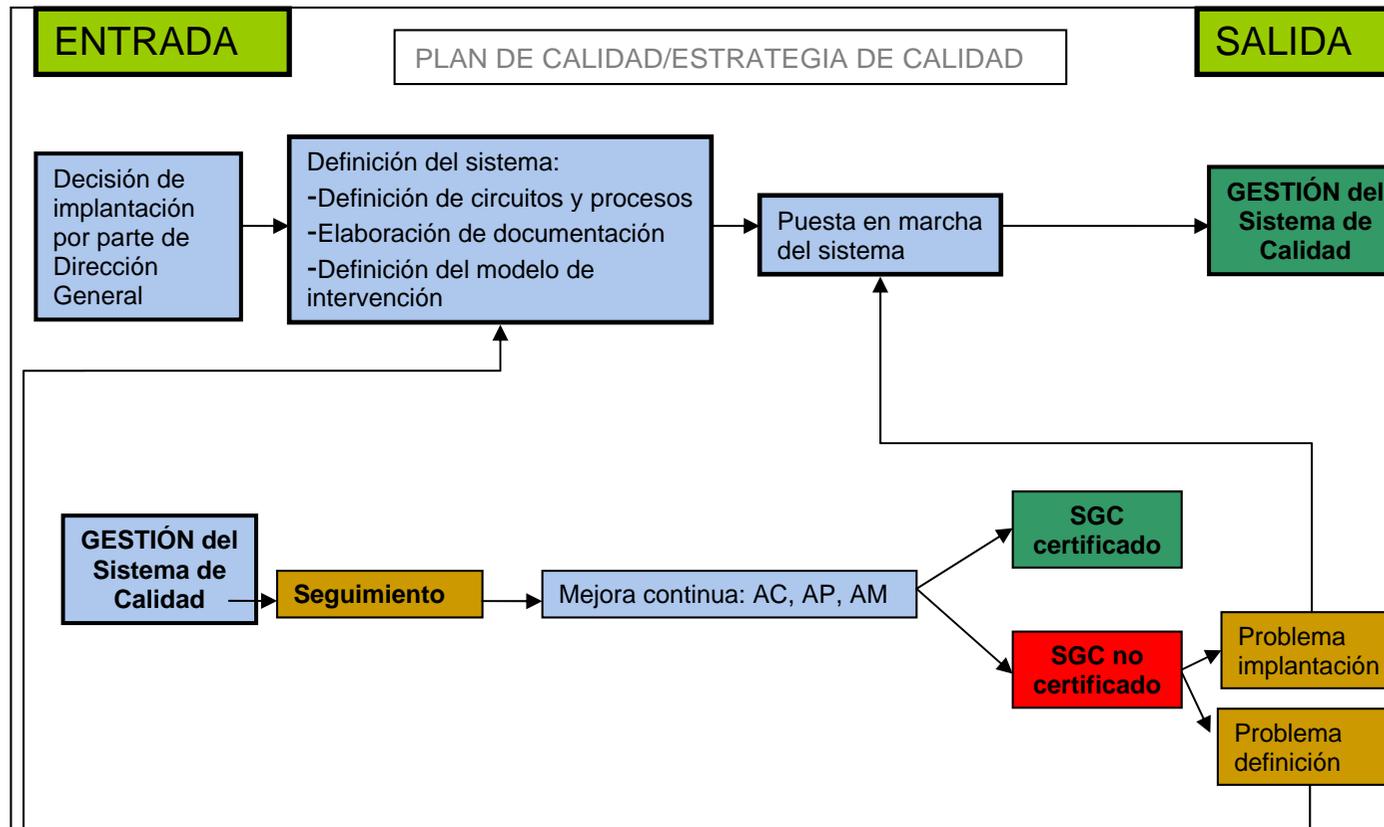
CLIENTE

Servicio

Servicio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de GESTIÓN DE CLIENTES: ADMINISTRACIONES

Nº 3

OBJETO DEL PROCESO

Establecimiento de circuitos de comunicación entre el contratante y el contratado (proveedor del servicio) para el funcionamiento del mismo.

RESPONSABLE

Dirección operativa

EQUIPO

Equipo de coordinación

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Puesta en marcha del servicio

FINAL

Finalización del contrato

ACCIONES

- Reporte periódico del funcionamiento del servicio (semestral o a demanda)
- Reuniones de coordinación (coordinadores/as municipales y de empresa) con Director/a operativo/a y responsable de proyecto (mensuales)
- Revisión de la facturación: Control presupuestario (mensual)
- Comunicación de altas y bajas (mensual/semanal/diario)
- Seguimiento de casos para informar a la Administración (visitas conjuntas)
- Revisión de necesidades y asignación de recursos
- Comunicación de las incidencias del servicio (semanal/diarias)

GRUPO DE INTERÉS

Administración
Empresa adjudicataria

EXPECTATIVAS

Comunicación y cumplimiento de las condiciones del contrato

NECESIDADES

Calidad del servicio y comunicación fluida

PROVEEDOR

Administración

ENTRADA

Información y casos

SALIDA

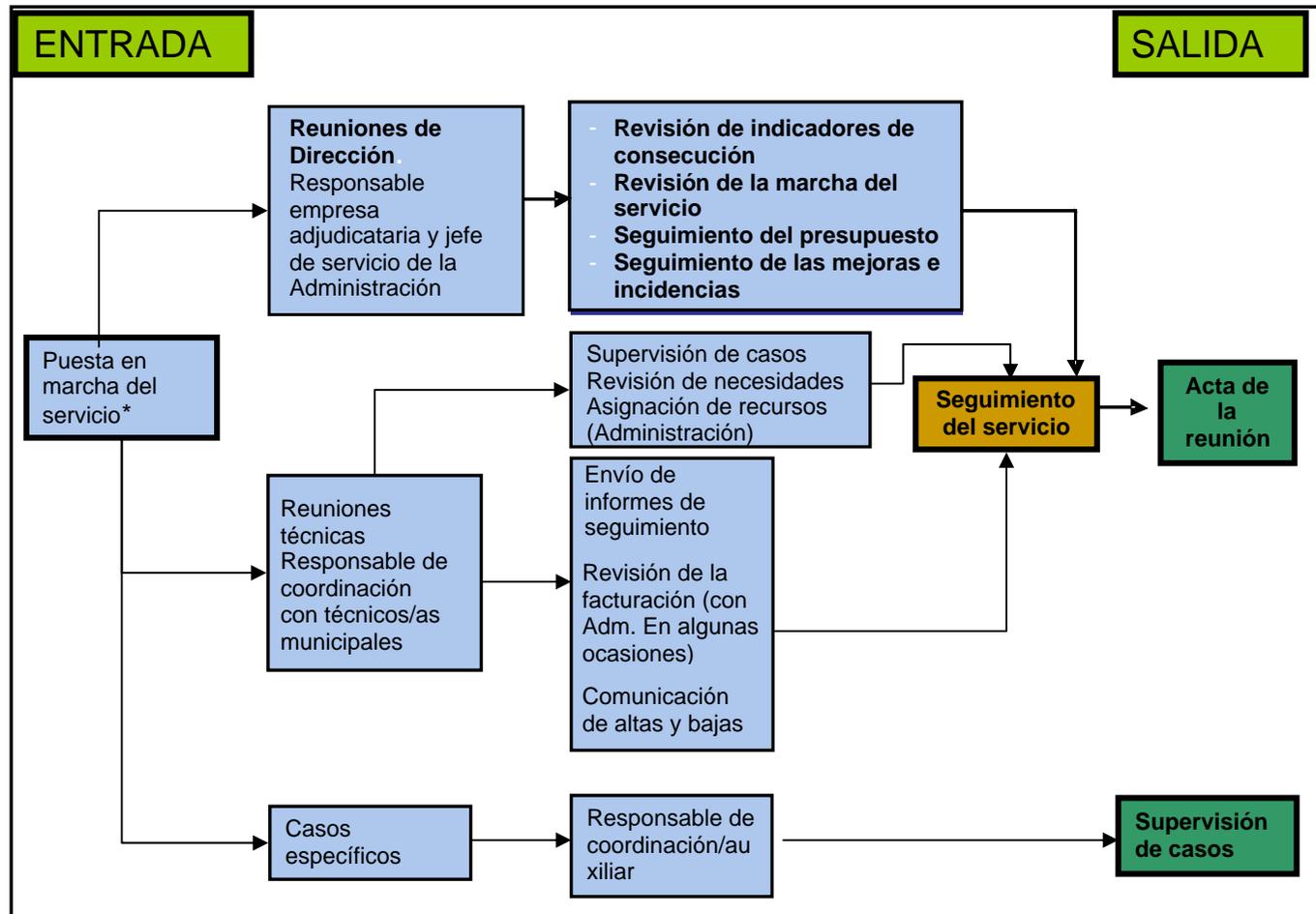
Seguimiento de ejecución del contrato

CLIENTE

Empresa/organización prestadora del servicio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



* En el caso de un SAD Privado este proceso de Gestión de Clientes se simplificaría, ya que el seguimiento se realiza entre el/la trabajador/a social y el cliente final. Seguimiento mensual por caso.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de GESTIÓN DE PERSONAS

Nº 4

OBJETO DEL PROCESO

Mantener un contacto y comunicación fluidos con los profesionales, realizando una gestión efectiva de las incidencias y de los cambios o problemas del personal.

RESPONSABLE

Director/a de Operaciones

EQUIPO

Equipo de coordinadoras/es (delegación)

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Puesta en marcha del servicio

FINAL

Fin del servicio

ACCIONES:

- Organización y puesta en marcha del servicio
- Gestión de la bolsa de empleo: evaluación y selección del personal
- Comunicación vertical y horizontal
- Gestión de incidencias de personal
- Organización y soporte a auxiliares (calendarios)
- Supervisión y evaluación del desempeño
- Supervisión y evaluación de demandas de profesionales
- Respuesta a las demandas

GRUPO DE INTERÉS

Trabajadores/as
Dirección

EXPECTATIVAS

Soporte, organización
Coordinación, gestión

NECESIDADES

Orientación y formación

PROVEEDOR

Coordinadoras/es

ENTRADA

Información de casos e incidencias

SALIDA

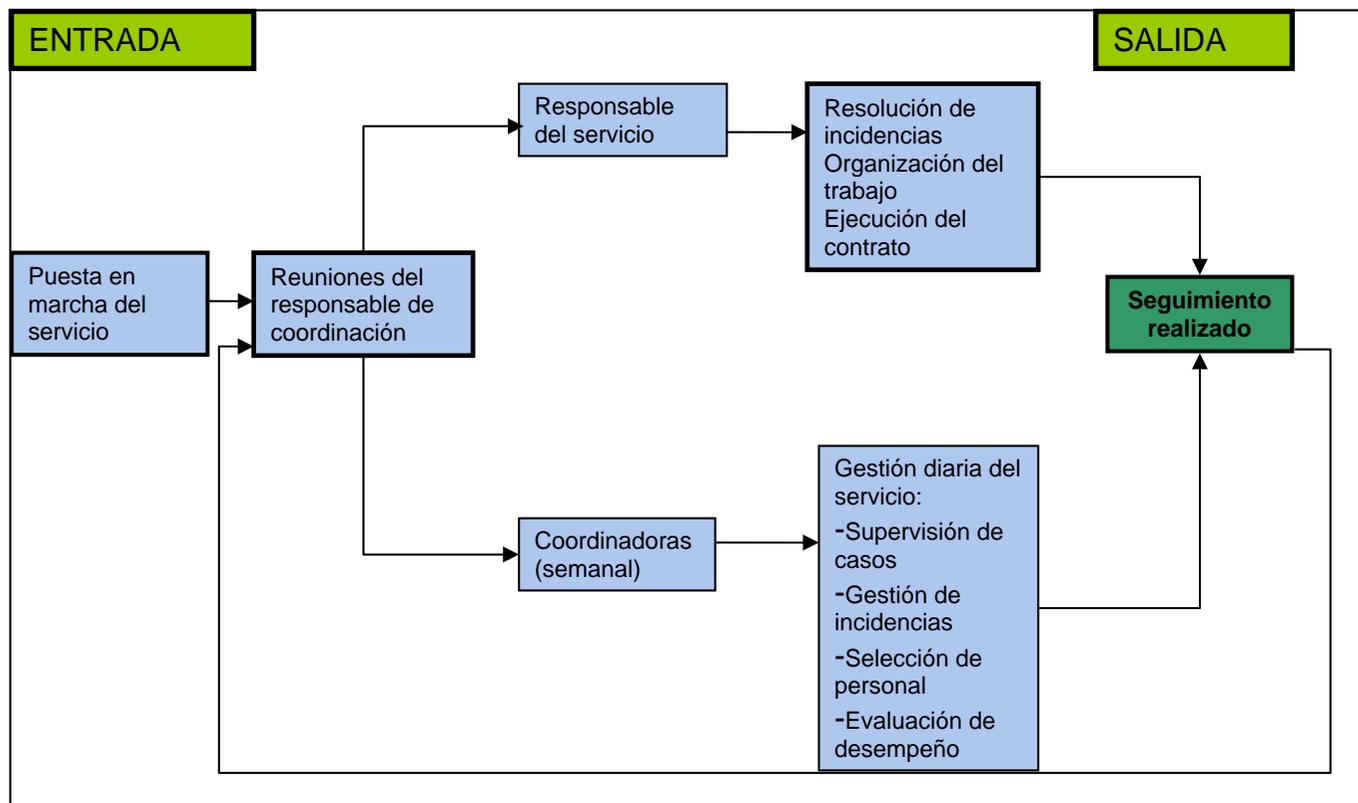
Seguimiento realizado

CLIENTE

Profesionales

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de GESTIÓN ECONÓMICA

Nº 5

OBJETO DEL PROCESO

Garantizar que la actividad desarrollada en la residencia se ajusta a la planificación económica de cara a cumplir los objetivos estratégicos de la organización

RESPONSABLE

Dirección

EQUIPO

Equipo de dirección

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

LIMITE INICIAL

Elaboración del Presupuesto Económico

LIMITE FINAL

Cierre del ejercicio

ACCIONES

1. Elaboración del presupuesto
2. Aprobación
3. Identificación de puntos críticos de seguimiento
4. Análisis exhaustivo de la ejecución del presupuesto y desviaciones
5. Adopción de medidas correctoras y ajuste de actuaciones

GRUPO DE INTERÉS

Instituciones

EXPECTATIVAS

Ajuste a la legalidad

REQUISITOS

Eficiencia en la gestión económica
Transparencia en la gestión de los recursos
Ausencia de desviaciones

Trabajadores

Presupuesto justo

Información/comunicación. Conocimiento del presupuesto y criterios de ejecución
Participación en la identificación de necesidades

PROVEEDOR

Comité de Dirección

ENTRADA

Presupuesto aprobado

SALIDA

Control de ejecución de presupuesto

Informes mensuales de seguimiento

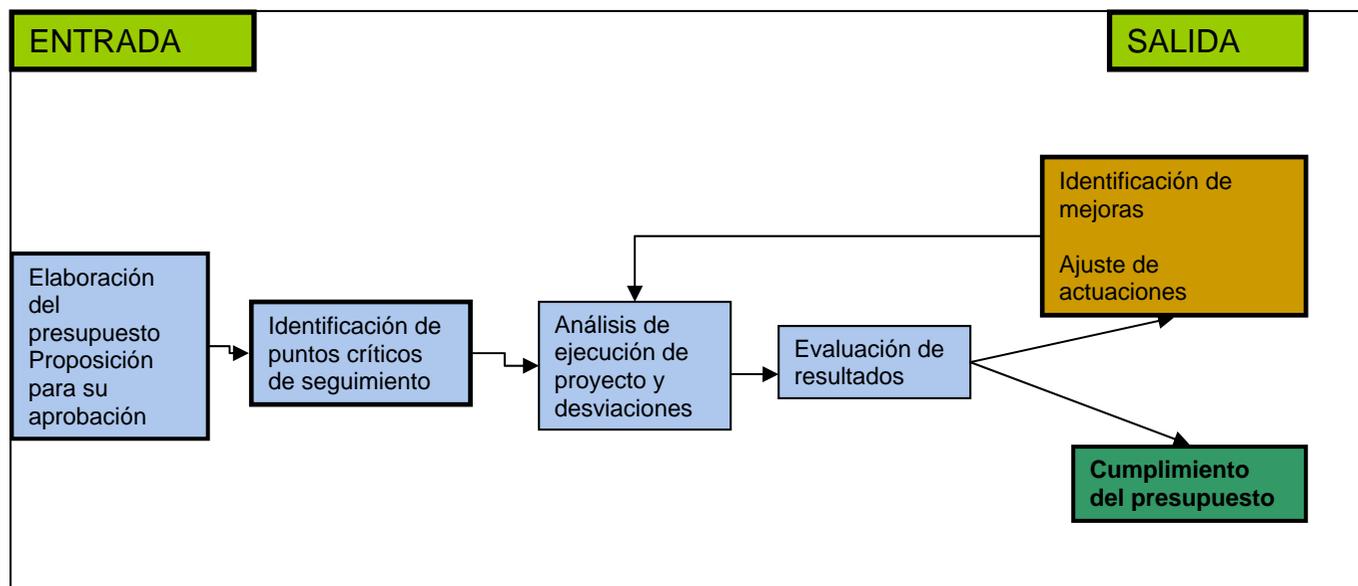
CLIENTE

Servicio/Delegaciones

Comité de Dirección y Delegaciones

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de COMUNICACIÓN INTERNA

Nº 6

OBJETO DEL PROCESO

Establecer los circuitos horizontales y verticales de comunicación con el fin de coordinar los procesos, evaluarlos y definir acciones de mejora.

RESPONSABLE

Dirección

EQUIPO

Equipo de coordinación

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Puesta en marcha del servicio

FINAL

Finalización del servicio

ACCIONES

Comité de Dirección:

- Definición de niveles de comunicación
- Establecimiento de circuitos de comunicación vertical y horizontal
- Definición de reuniones y periodicidades
- Establecimiento de objetivos y sistemas de seguimiento

Grupos de mejora (mensuales)

GRUPO DE INTERÉS

Dirección, profesionales de base, mandos intermedios

EXPECTATIVAS

Comunicación y circuitos

NECESIDADES

Organización, coordinación y gestión

PROVEEDOR

Equipos de profesionales

ENTRADA

Información-datos (según los equipos)

SALIDA

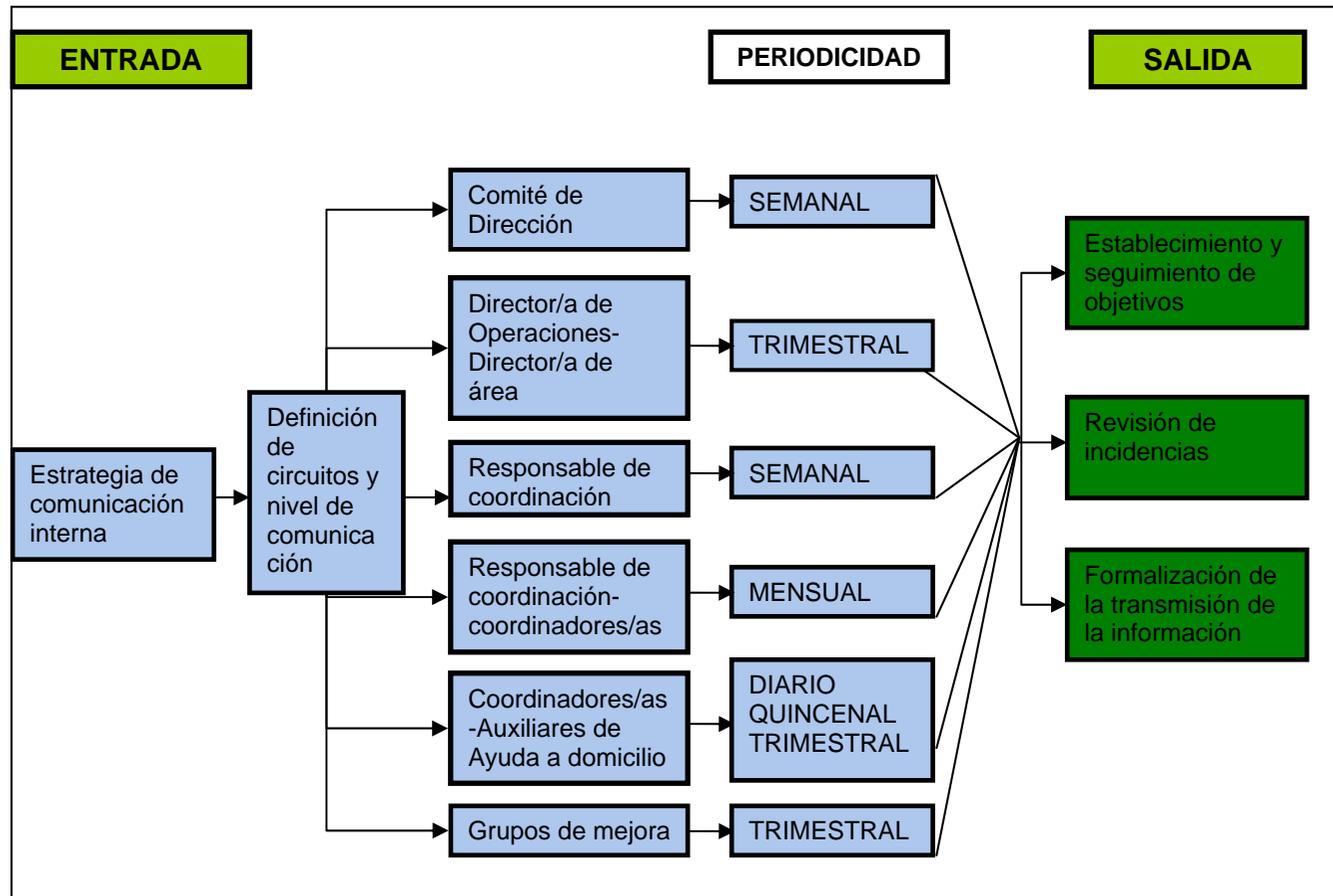
Gestión/resolución de incidencias

CLIENTE

Equipos de profesionales

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de ATENCIÓN A DOMICILIO

Nº 7

OBJETO DEL PROCESO

Proporcionar asistencia a los usuarios/as en diferentes actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con el objetivo de mantener o mejorar su bienestar y autonomía, de forma que puedan permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible, controlando su propia vida.

RESPONSABLE

Coordinadora del servicio/TS

EQUIPO

Trabajadoras familiares/Auxiliar de ayuda a domicilio

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Alta en el servicio (asignación por parte de la Administración en el SAD público)

FINAL

Baja del servicio

ACCIONES

1. Alta en el servicio: Asignación del servicio, dossier documental disponible y comunicación al usuario
2. Valoración inicial, visita de TS y asignación del PIA.
3. Asignación del personal de atención directa.
4. Presentación del Auxiliar de Ayuda a Domicilio/TF por parte de la coordinadora del servicio.
5. Prestación de la atención al usuario.
6. Evaluación periódica, elaboración y comunicación del informe de seguimiento.
7. Revisión del PIA y de los resultados de la atención: ajuste de actuaciones.
8. Finalización del servicio.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

GRUPO DE INTERÉS	EXPECTATIVAS	NECESIDADES
Administración	Cobertura de las necesidades en función de los recursos disponibles	Recursos económicos Personal propio de coordinación
Usuarios/Familia	Atención de calidad	Atención personalizada
Usuarios/Familia	Mantenimiento de la autonomía	Ayuda en diferentes ABVD/AIVB
		Apoyo psicosocial/Acompañamiento
Auxiliares ayuda a domicilio	Proporcionar un buen servicio	Recursos funcionales, materiales, formativos
Coordinadora	Continuidad de la prestación	Personal formado
	Resolución de incidencias	Coordinación con el equipo horizontal y vertical

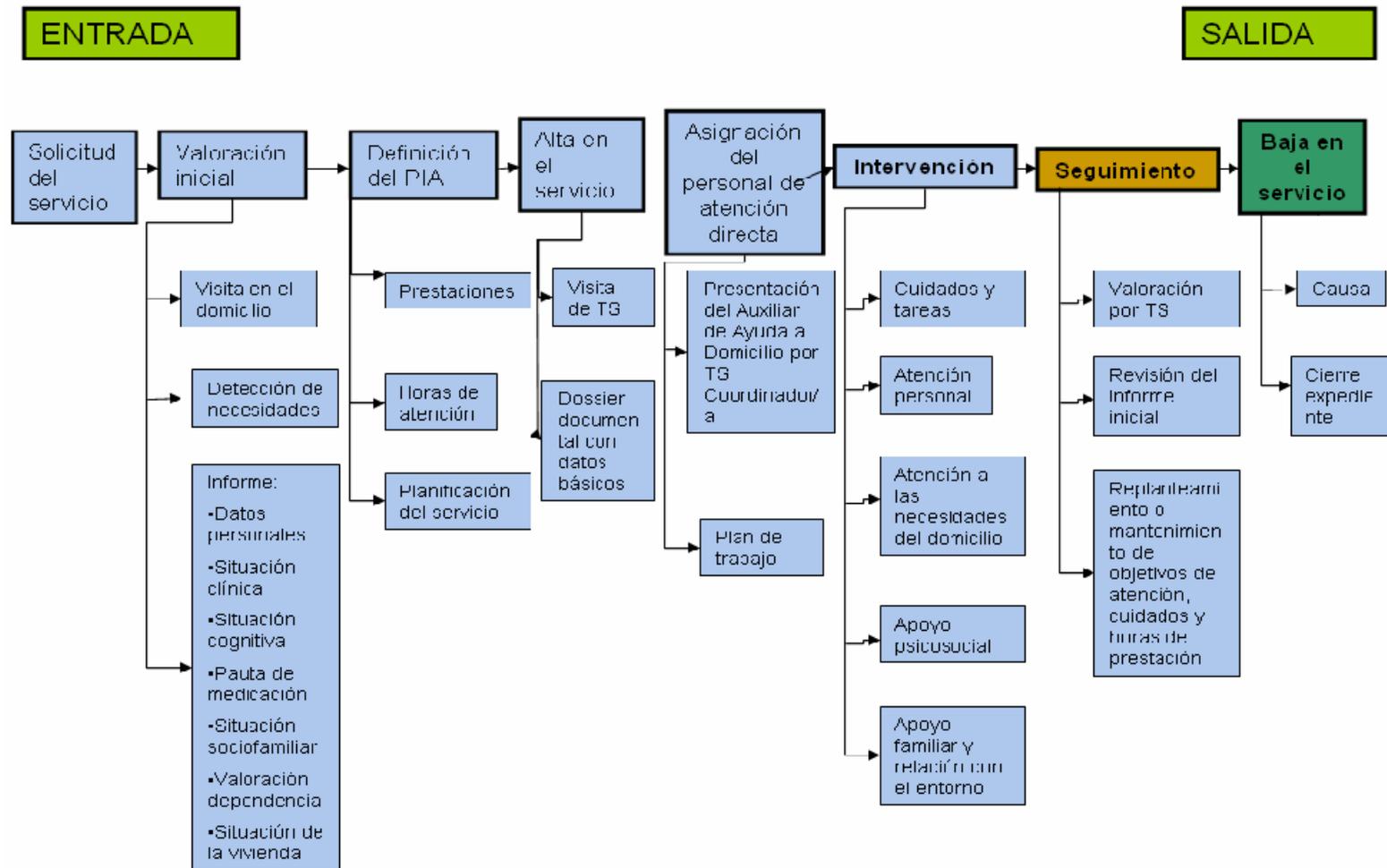
PROVEEDOR	ENTRADA
Servicios de la Administración ⁵	Alta de un usuario
TS de la Administración	Valoración inicial
TS de la Administración	PIA
Coordinador/a de la entidad prestataria	Asignación del personal de atención directa
Intervención	TF/Auxiliares de ayuda a domicilio
TS entidad prestataria TS Administración	Seguimiento
TS Administración	Baja

SALIDA	CLIENTE
Asignación del servicio	Usuario/familia
Detección de necesidades/plan de intervención	Usuario/familia
Recepción del servicio	Usuario/familia
Valoración periódica	Usuario/familia
Baja	Usuario/familia

⁵ En el caso de SAD público

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de SOPORTE A TF/AUXILIARES DE AYUDA A DOMICILIO

Nº 8

OBJETO DEL PROCESO

Proporcionar apoyo emocional y personal a los profesionales de atención directa.

RESPONSABLE

Coordinadora

EQUIPO

TF/Auxiliares de ayuda a domicilio

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Asignación del servicio

FINAL

Fin de la atención

ACCIONES

1. Contacto telefónico o presencial quincenal, o siempre que sea necesario ante dificultades emocionales.
2. Acompañamiento al domicilio en casos complicados, y siempre en la primera visita
3. Reuniones trimestrales para revisión de casos/apoyo coordinadoras-de compañeros/as

GRUPO DE INTERÉS

Coordinadoras

EXPECTATIVAS

Dar respuesta a las necesidades de los equipos

NECESIDADES

Ratios de personal asumibles
Medios técnicos y materiales

TF/Auxiliares de ayuda a domicilio

Recibir atención personalizada

Ser escuchados/as
Expresar sus preocupaciones y dificultades

PROVEEDOR

TF/Auxiliar

ENTRADA

Demanda de apoyo

Coordinadora

Percepción de carga emocional alta

SALIDA

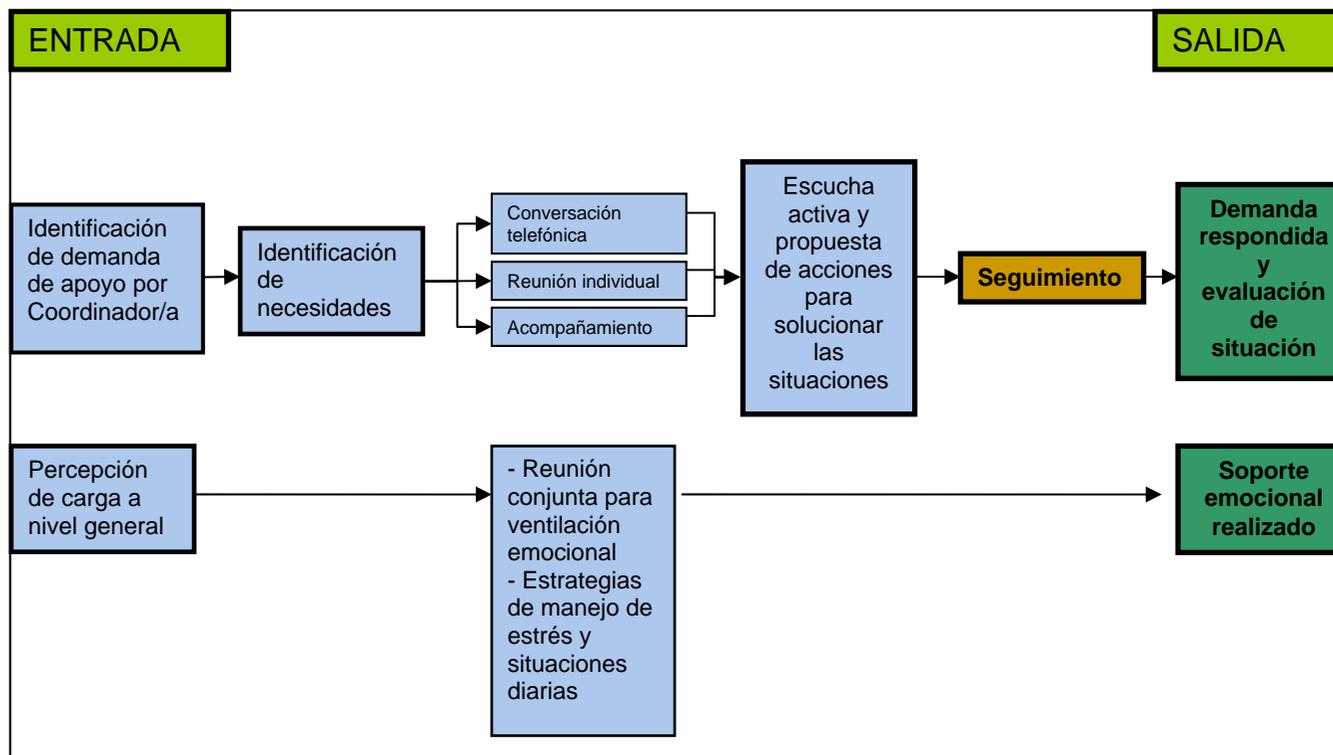
Soporte emocional ante la demanda
Búsqueda de soluciones

CLIENTE

Coordinadora

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de FORMACIÓN

Nº 9

OBJETO DEL PROCESO

Proporcionar la formación necesaria para que los profesionales alcancen los niveles de competencia requeridos

RESPONSABLE

Director de RR.HH
Responsable del servicio
(empresa adjudicataria)

EQUIPO

Auxiliares de ayuda a domicilio
Coordinadoras

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Identificación de necesidades
formativas

FINAL

Personal formado en las competencias requeridas para
un adecuado desempeño profesional

ACCIONES

1. Definición de conocimientos y competencias requeridos para desarrollar las tareas y cuidados necesarios
2. Detección de necesidades de formación por parte de la empresa (certificado de profesionalidad y ajuste a la normativa vigente)
3. Solicitud de formación por parte de la empresa
4. Definición de un plan de formación anual
5. Ejecución y seguimiento de las acciones formativas
6. Valoración de eficacia de la formación
7. Satisfacción con la formación

GRUPO DE INTERÉS

Responsable del servicio

EXPECTATIVAS

Disponer de personal
formado

Formación continuada

NECESIDADES

Planificación
Docentes
Recursos económicos
Ajuste de necesidades

Coordinadoras
Auxiliares

Adquirir las
competencias

Formación específica de apoyo
psicosocial

Trabajo de competencias emocionales,
técnicas, desarrollo de nuevas
competencias

Reciclaje profesional

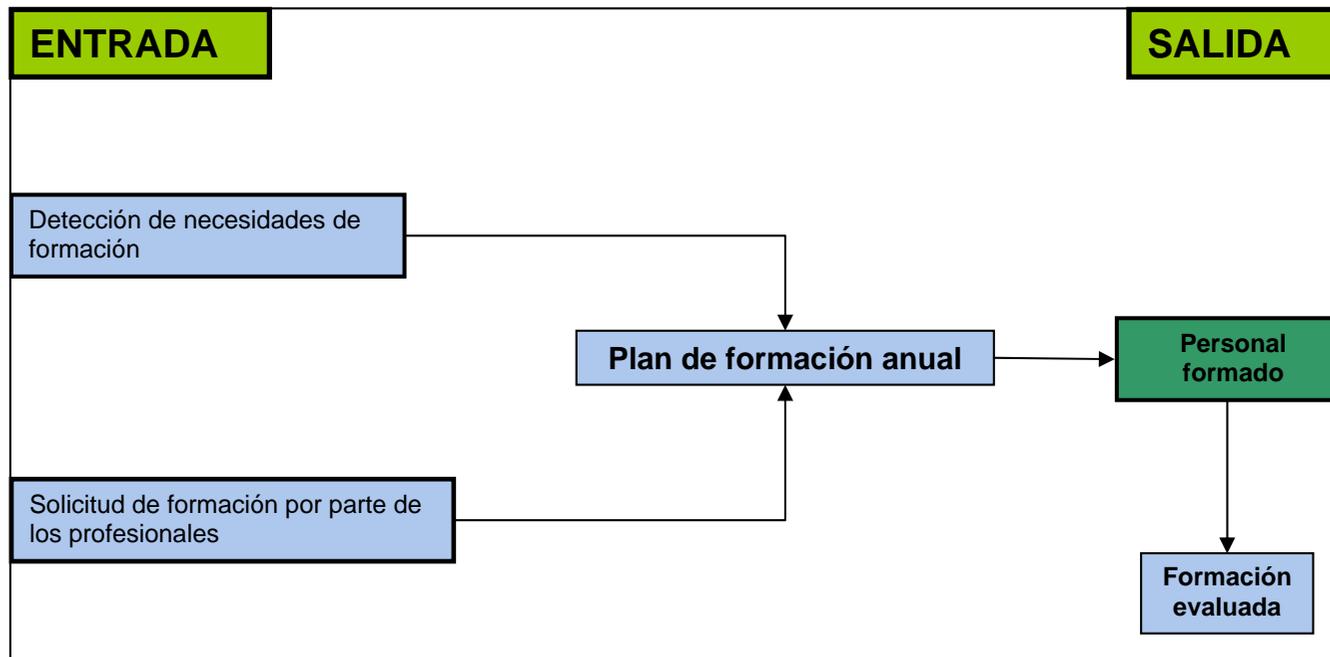
MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROVEEDOR	ENTRADA
Empresa adjudicataria	Definición de un plan de formación en base a las necesidades detectadas

SALIDA	CLIENTE
Personal formado Personal reciclado	Coordinadoras Auxiliares

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

PROCESO de SISTEMAS

Nº 10

OBJETO DEL PROCESO

Disponer de los recursos técnicos necesarios para la adecuada gestión y seguimiento del servicio y realización de las tareas.

RESPONSABLE

Responsable de Sistemas
Director/a operativo/a

EQUIPO

Comité de Dirección
Coordinadores/as

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROCESO

INICIO

Adjudicación del concurso (alta en el servicio de casos privados)

FINAL

Fin de la presentación

ACCIONES

1. Gestión de personal: asignación de servicios, seguimiento y solución de incidencias.
2. Gestión económica: facturación y explotación.
3. Gestión del servicio: planes de atención y tareas realizadas.
4. Gestión de indicadores: para la gestión interna y la Administración.
5. Gestión de incidencias técnicas

GRUPO DE INTERÉS

Administración

Dirección entidad proveedora
Coordinadoras

TF/Auxiliares de ayuda a domicilio

EXPECTATIVAS

Control de la prestación: reportes

Gestión del servicio, de personal y seguimiento

Correcta ubicación y soporte diario: reportes

NECESIDADES

Canales de comunicación fluidos e informes periódicos

Software, equipos informáticos y sistema de indicadores

Planillas adecuadas y actualizadas

PROVEEDOR

Empresa adjudicataria

ENTRADA

Disponer de sistemas de información adecuados para la correcta gestión y seguimiento del servicio.

SALIDA

Resultados obtenidos y valorados

CLIENTE

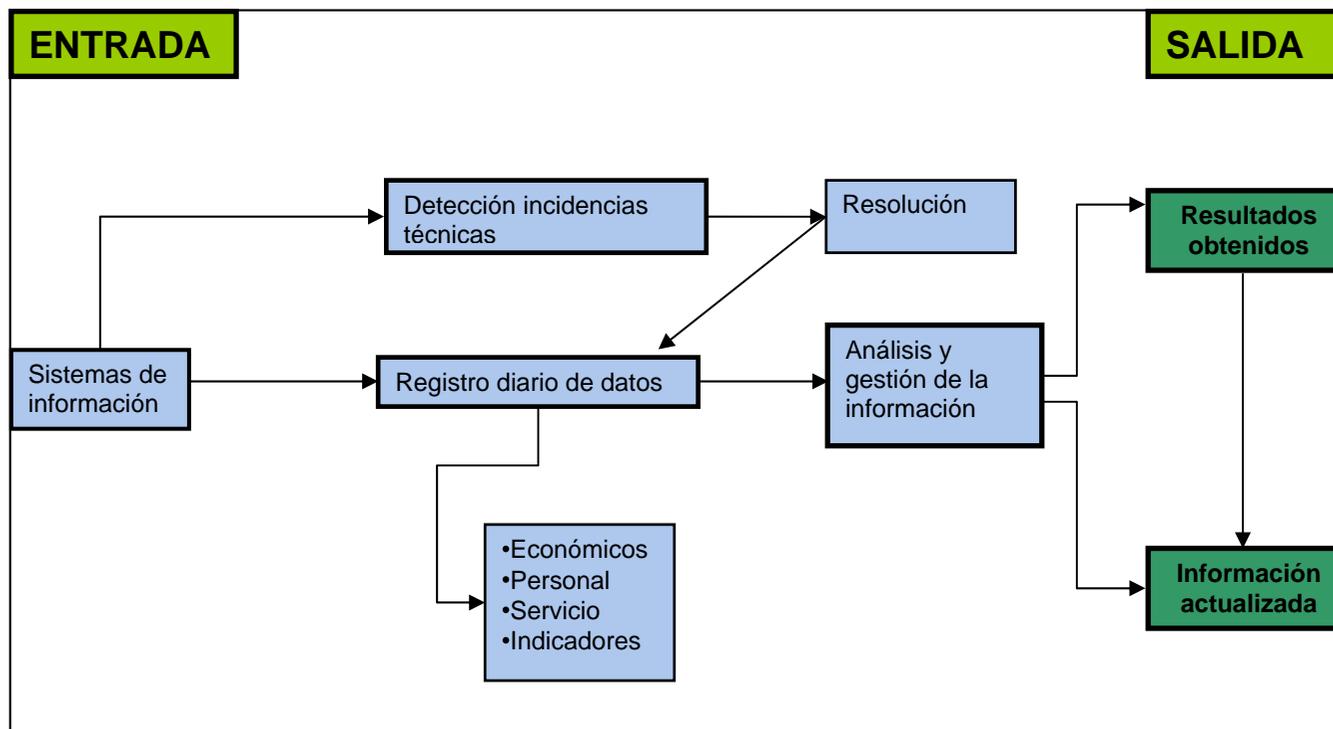
Comité de Dirección
Administraciones

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Información actualizada y datos disponibles	Coordinadoras
---	---------------

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

DIAGRAMA DE BLOQUE:



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.3.2.3 INDICADORES

A partir del trabajo del desarrollo de procesos y elementos clave del modelo, se configura una batería de indicadores que constituyen la base para la elaboración del cuadro de mando integral del servicio de ayuda a domicilio. Se contemplan los aspectos clave desde el punto de vista de un modelo de excelencia, ya que tiene en cuenta la coordinación y medición de la satisfacción de todos los grupos de interés. Es necesario resaltar que todos los indicadores expuestos a continuación se han incluido en el cuadro de mando del SAD.

INDICADORES PROCESO DE CONTRATACIÓN			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Efectividad en la presentación de concursos	Nº de concursos en los que se rechaza la documentación por errores entre el total de concursos presentados	Anual	Porcentaje
Conformidad con el pliego de condiciones	Nº de documentos presentados que se ajustan a los requisitos administrativos entre el total de documentación presentada.	Anual	Porcentaje

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Definición modelo organizativo	Se dispone del modelo de gestión y organizativo para alcanzar los objetivos de la empresa o servicio.	Anual	Sí/no
Cumplimiento de objetivos	Nº de objetivos cumplidos sobre el total de objetivos propuestos en el plan de acción	Trimestral	Porcentaje
Documentación elaborada: manuales o guías	Se dispone de la documentación mínima necesaria que establezca los responsables y sistemática de trabajo.	Anual	Sí/No
Nº AC	Total de acciones correctivas abiertas para solucionar las desviaciones o dificultades identificadas en un periodo concreto.	Anual	Puntuación directa
Nº AM	Total de acciones preventivas abiertas para solucionar las desviaciones o dificultades identificadas en un periodo concreto.	Anual	Puntuación directa

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE GESTIÓN DE CLIENTES			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Reuniones de seguimiento	Nº de reuniones realizadas con la Administración para el seguimiento del servicio según nivel	Mensual (o según niveles establecidos)	Puntuación directa
Comunicación	Nº de altas y bajas comunicadas a la Administración en un periodo concreto	Mensual	Puntuación directa
Quejas sobre el servicio	Nº de quejas del responsable del servicio de la Administración a la dirección operativa	Mensual	Puntuación directa
Satisfacción de la Administración	Sumatorio de respuestas al cuestionario sobre el total de puntuación	Anual	Porcentaje

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Absentismo	Nº de días no trabajados por enfermedad sobre el total de días contratados	Mensual	Ratio
Trabajadores indefinidos	Nº de trabajadores/as indefinidos/as sobre el total de trabajadores/as del servicio	Anual	Porcentaje
Incidencias solucionadas por las coordinadoras	Nº incidencias responsabilidad empresa entre nº total de incidencias	Mensual	Porcentaje
Satisfacción del personal	Sumatorio de respuestas al cuestionario sobre el total de puntuación	Anual	Porcentaje

INDICADORES PROCESO DE GESTIÓN ECONÓMICA			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Ingresos de explotación	Resultados reales menos los previstos sobre los previstos	Mensual	Ratio
Gastos de explotación	Resultados reales menos los previstos sobre los previstos	Mensual	Ratio
Margen de explotación	Ingresos de explotación menos gastos de explotación	Mensual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Comité de Dirección	Nº de reuniones del Comité de Dirección para la gestión y seguimiento del servicio	Semanal	Puntuación directa
Dirección técnica	Nº de reuniones del director de operaciones con la directora de área	Trimestral	Puntuación directa
Contactos técnicos de gestión del servicio (si aplica)	Nº de reuniones del Responsable de coordinación con las coordinadoras	Mensual	Puntuación directa
Contactos técnicos de seguimiento de auxiliares	Nº de contactos presenciales de las coordinadoras con cada auxiliara o TF	Mensual	Puntuación directa

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Índice de satisfacción de las personas usuarias	Sumatorio de respuestas al cuestionario sobre el total de puntuación (en visitas o mediante llamada telefónica)	Anual	Porcentaje
Seguimiento en domicilio (si procede)	Nº de personas usuarias a las que se han realizado visitas de seguimiento, respecto al número total de personas usuarias en el mismo periodo	Trimestral	Porcentaje
Índice global de reclamaciones	Nº de reclamaciones o quejas recibidas sobre el total de las personas usuarias	Mensual	Ratio
Quejas a la Administración	Nº de personas que presentan reclamaciones o quejas a la administración sobre el total de personas atendidas	Mensual	Porcentaje
Resolución de incidencias	Nº de incidencias del servicio solucionadas satisfactoriamente sobre el total de incidencias	Mensual	Porcentaje
Tiempo promedio de inicio del servicio	Tiempo promedio, expresado en días, de respuesta desde la comunicación del alta de la persona usuaria hasta el inicio de la prestación del servicio.	Mensual	Ratio
Bajas por insatisfacción	Nº de personas usuarias que causan baja en el servicio, provocada por insatisfacción en la prestación del mismo, sobre el total de personas usuarias que se han dado de baja en un periodo	Trimestral/semestral	Porcentaje
Rotación de personal por usuario	Nº de auxiliares que han atendido a un usuario en un periodo de tiempo definido	Semestral	Puntuación directa
Horas de servicio a la semana	Promedio de horas de servicio a la semana por usuario en una delegación concreta	Mensual	Ratio
Estabilidad de horarios de las auxiliares	Promedio de cambio de horarios sobre el total de auxiliares de ayuda a domicilio	Mensual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE SOPORTE A TF			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Soporte a profesionales de atención directa	Número de contactos (en persona o telefónicos) con TF sobre el total de TF/auxiliares	Mensual	Porcentaje
Soporte especializado a profesionales de atención directa	Número de sesiones de atención especializada con TF sobre el total de TF/auxiliares	Trimestral	Porcentaje

INDICADORES PROCESO DE FORMACIÓN			
INDICADOR	Descripción (numerador y denominador)	Periodicidad	Método cálculo
Formación Coordinadoras	Nº horas formación de las coordinadoras con respecto al total de coordinadoras	Anual	Promedio
Formación Auxiliares	Nº horas formación de auxiliares con respecto al total de auxiliares	Anual	Promedio
Training inicial	Nº trabajadores/as de primera incorporación que reciben training sobre el total de trabajadores/as incorporados/as en el periodo	Semestral	Porcentaje
Formación específica	Nº de trabajadores formados para casos específicos (determinadas patologías, perfiles con ayudas técnicas, etc.) sobre el total de casos específicos	Semestral	Porcentaje
Formación en prevención de riesgos	Nº de trabajadores formados en prevención de riesgos sobre el total de trabajadores	Anual	Porcentaje

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

INDICADORES PROCESO DE SISTEMAS			
INDICADOR	Numerador / Denominador	Periodicidad	Método cálculo
Satisfacción con los sistemas de información de los/as profesionales	Sumatorio de respuestas al cuestionario sobre el total de puntuación	Anual	Ratio
Eficacia en la resolución de incidencias	Porcentaje de incidencias bloqueantes solucionadas en el plazo establecido sobre el total	Mensual	Porcentaje
Tiempo medio de resolución de incidencias	Promedio de días que se tarda en resolver una incidencia en función de su clasificación	Mensual	Ratio
Dimensión del apoyo técnico	Nº de personas que atienden para resolver incidencias de sistemas sobre el total de usuarios	Mensual	Ratio

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

4.3.2.4 CUADRO DE MANDO

El cuadro de mando resultante es el siguiente:

PROCESO	Nº	INDICADOR	Periodicidad	R/P/SN/PD
PROCESO CONTRATACIÓN	1	Efectividad en la presentación de concursos	Anual	P
	2	Conformidad con el pliego de condiciones	Anual	P
PROCESO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD	3	Definición modelo organizativo	Anual	Sí/no
	4	Cumplimiento de objetivos	Trimestral	P
	5	Documentación elaborada: manuales o guías	Anual	Sí/No
	6	Nº AC	Anual	PD
	7	Nº AM	Anual	PD
PROCESO DE GESTIÓN DE CLIENTES	8	Reuniones de seguimiento	Mensual (o según niveles establecidos)	PD
	9	Comunicación	Mensual	PD
	10	Quejas sobre el servicio	Mensual	PD
	11	Satisfacción	Anual	P
PROCESO DE GESTIÓN DE PERSONAS	12	Absentismo	Mensual	R
	13	Trabajadores indefinidos	Anual	P
	14	Incidencias solucionadas por las coordinadoras	Mensual	P
	15	Satisfacción del personal	Anual	P
PROCESO DE GESTIÓN ECONÓMICA	16	Ingresos de explotación	Mensual	R
	17	Gastos de explotación	Mensual	R
	18	Margen de explotación	Mensual	R
PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA	19	Comité de Dirección	Semanal	PD
	20	Dirección técnica	Trimestral	PD
	21	Contactos técnicos de gestión del servicio (si aplica)	Mensual	PD
	22	Contactos técnicos de seguimiento de auxiliares	Mensual	PD
PROCESO DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO	23	Índice de satisfacción de las personas usuarias	Anual	P
	24	Seguimiento en domicilio (si procede)	Trimestral	P
	25	Índice global de reclamaciones	Mensual	R
	26	Quejas a la Administración	Mensual	P
	27	Resolución de incidencias	Mensual	P
	28	Tiempo promedio de inicio del servicio	Mensual	R
	29	Bajas por insatisfacción	Trimestral/semestral	P
	30	Rotación de personal por usuario	Semestral	RD
	31	Horas de servicio a la semana	Mensual	R
	32	Estabilidad de horarios de las	Mensual	R

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

		auxiliares		
PROCESO DE SOPORTE A TF	33	Soporte a profesionales de atención directa	Mensual	P
	34	Soporte especializado a profesionales de atención directa	Trimestral	P
PROCESO DE FORMACIÓN	35	Formación Coordinadoras	Anual	P
	36	Formación Auxiliares	Anual	P
	37	Training inicial	Semestral	P
	38	Formación específica	Semestral	P
	39	Formación en prevención de riesgos	Anual	P
PROCESO DE SISTEMAS	40	Satisfacción con los sistemas de información de los/as profesionales	Anual	R
	41	Eficacia en la resolución de incidencias	Mensual	P
	42	Tiempo medio de resolución de incidencias	Mensual	R
	43	Dimensión del apoyo técnico	Mensual	R

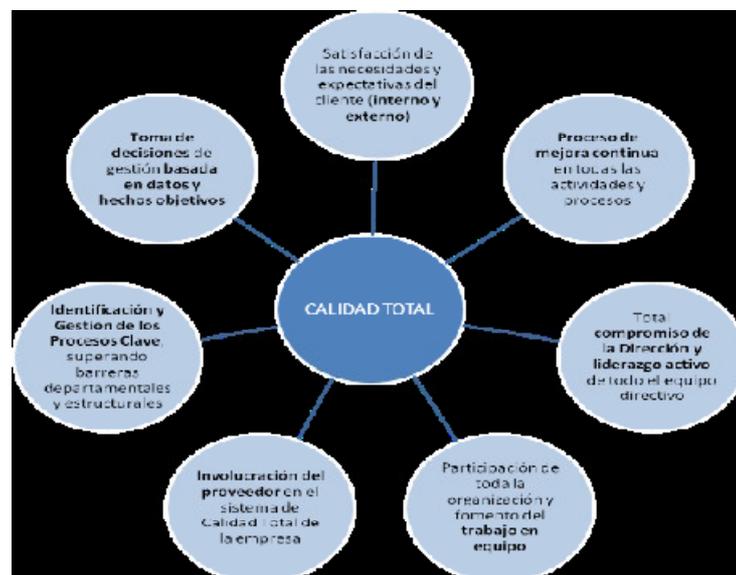
5. DISCUSIÓN

Como apuntábamos en la introducción y como preámbulo a la discusión final de los resultados obtenidos en el presente trabajo, cabe mencionar que actualmente, la gestión de calidad y la calidad en la gestión no es sólo un medio para alcanzar objetivos estratégicos y uno de los requisitos esenciales de cualquier servicio de atención, sino que se ha convertido en un fin en sí mismo, con una importancia clave y transversal para cualquier organización, tanto para mantener su posición en el mercado como para asegurar su continuidad en base a criterios de sostenibilidad, garantía y responsabilidad.

Se puede afirmar así que la calidad, y la excelencia, son un factor estratégico del que dependen la mayor parte de las organizaciones, sean públicas o privadas, aunque su recorrido ha sido desigual en este sentido y, especialmente hoy en día, en el ámbito de los servicios sociales, existen diferencias significativas en el grado de implementación, en la metodología de trabajo y en los resultados obtenidos.

En la siguiente figura se muestran los elementos clave del sistema de calidad que constituyen la base de la estructura organizativa y funcional y que deberían tenerse en cuenta en el desarrollo de modelos aplicados al ámbito sociosanitario o de atención a la dependencia.

Figura: Principios de Calidad Total (adaptado por Fundación SAR de González, 2008)



MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

En este sentido, se puede hablar de la existencia de una *filosofía de Calidad* que proporciona una concepción global en base a tres elementos clave:



A lo largo de la presente memoria, y partiendo de la experiencia de dos organizaciones proveedoras de servicios con una dilatada trayectoria en la implantación de sistemas de gestión de calidad para producir un instrumento útil que sirva de guía a Administraciones y organizaciones interesadas en mejorar de manera continua, se ha proporcionado evidencia de que este modelo podría ser muy adecuado para el sector de atención a la dependencia lo que se ha materializado en la elaboración de una guía de procesos y un **cuadro de mando integral** de dos servicios concretos: el de ayuda a domicilio y el de atención residencial.

En este contexto, consideramos necesaria una reflexión general y la discusión en torno a los resultados obtenidos con objeto de aportar al lector interesado nuestra visión sobre el trabajo realizado y los retos que plantea para el futuro.

1. Servicio de atención residencial

A lo largo de la realización del presente proyecto de investigación surgen diferentes áreas para la discusión que aportamos a continuación:

No existen en nuestro país ni en Europa resultados de la implantación de la gestión por procesos y de un cuadro de mando integral en servicios residenciales así como tampoco en servicios de ayuda a domicilio. La bibliografía, que empieza a ser considerable para el sector sanitario, fruto de investigaciones llevadas a cabo y de desarrollos o adaptaciones de los modelos de calidad total a este sector, es prácticamente inexistente en el sector que nos ocupa. No obstante, parece que las orientaciones en el mundo empresarial y en el sector de atención a la dependencia, están dirigidas a la implantación en las organizaciones de sistemas de gestión avanzados, bajo la metodología de gestión por procesos y adoptando los principales conceptos de calidad total como son la orientación al cliente, la implicación y desarrollo de las personas, la orientación a resultados, gestión de alianzas, responsabilidad

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

social corporativa, etc. Diversos modelos coinciden en la necesidad de monitorizar los avances de la organización mediante indicadores, como son los desarrollados por la norma ISO 9001, UNE 158001 pero esta monitorización se centra exclusivamente en la parte asistencial y de percepción del cliente. Otros modelos en cambio, surten de sistemas de evaluación específicos sobre los que puede fundamentarse la mejora como son el modelo de garantía de derechos SIIS y el SERA (sistema de evaluación de residencias de Ancianos) y centrándose en los derechos de los usuarios y en la capacidad e ofrecer un entorno adecuado al residente (respectivamente), no incluyen conceptos avanzados de gestión. Finalmente, cabe destacar el marco legal actual, con la nueva ley de la dependencia y sus últimos desarrollos, que apuesta por una metodología de gestión por procesos y por el establecimiento de indicadores y estándares que permitan la evaluación y comparación de los diferentes servicios para mayores en un plazo próximo. Por todo ello, el modelo EFQM de excelencia empresarial, parece un modelo útil y valioso de cara a la gestión integral de un centro residencial o de un servicio de ayuda a domicilio.

Cabe destacar que la implantación o adopción del modelo EFQM de excelencia, requiere de un cierto grado de madurez por parte de la organización, aspecto que en la parte residencial ha estado parcialmente resuelto debido a la experiencia en sistemas de gestión de calidad en ambos centros (Fraisoro y SAR Fontibre). No obstante, y en el trabajo realizado con los profesionales de los centros piloto, se evidencia que los profesionales asistenciales dirigen prioritariamente su intervención en ofrecer la mejor asistencia a la persona mayor y a su familia, no incorporando en su día a día conocimientos ligados a otras áreas relevantes (económica, área de personas, área estratégica, etc.) que necesitan ser gestionadas para garantizar la sostenibilidad del centro y la satisfacción de todos sus grupos de interés. Este aspecto o carencia a salido en la mayoría de las reuniones mantenidas manifestándose a su vez en numerosas ocasiones por parte de los profesionales de los centros la dificultad que les supone asumir otras áreas de gestión que no son la exclusiva asistencial e incluso ha habido comentarios contrarios a dicha asunción de responsabilidades, no entendida como suya sino únicamente vinculada a la dirección. Por otro lado, se ha manifestado en uno de los grupos focales la necesidad de contar en el centro de un profesional con perfil (administrativo) para poder llevar el control de los indicadores de carácter económico.

Por ello se considera necesaria la formación de todos los profesionales y principalmente de las personas que lideran a equipos en la organización, de cara a adquirir los conocimientos necesarios en gestión y las habilidades y aptitudes que faciliten la asunción de los conceptos o principios básicos de calidad total.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Otra de las dificultades que planteamos en esta discusión es la necesidad de contar con la "adaptación/traducción" de los criterios del modelo EFQM al sector de atención a las personas mayores de cara a su difusión e incluso de cara a la formación de los profesionales ya que resulta si no arduo para su comprensión para los profesionales asistenciales sin formación en gestión. En este sentido ha quedado de manifiesto en los grupos focales la dificultad (y rechazo en algunas ocasiones) que supone el vocabulario y los conceptos del modelo EFQM y de la gestión por procesos. Por ello desde el equipo investigador, hemos intentado hacer esta "traducción" reflejada en el punto *el Modelo EFQM de calidad total. Implicaciones para su implantación en un centro residencial y un servicio de ayuda a domicilio*, del presente informe aunque somos conscientes de que podría ser objeto de otro trabajo de investigación debido a su envergadura e implicaciones.

Derivado del trabajo realizado a lo largo del proyecto, el equipo ha conseguido los siguientes resultados:

- Mapa de procesos de un centro residencial,
- Guía de procesos y
- Cuadro de mando integral

En relación a cada uno de ellos se plantean a continuación los elementos de discusión:

En primer lugar, y en relación a la identificación de los procesos que configurarán el sistema de gestión del centro, resulta difícil metodológicamente la identificación de los procesos de un centro y las relaciones entre ellos. Si bien en la identificación del proceso de atención no ha habido dudas, existe la tendencia de incluir en él acciones que conceptualmente se situarían en otros procesos (p.ej: las actividades relacionadas con los procesos hosteleros o las actividades relacionadas con la gestión de las relaciones institucionales, etc.). En este sentido, cabe destacar que si entendemos el proceso de atención como aquel que se centra en la parte asistencial de la atención a la persona mayor con objeto de alcanzar la mejor calidad de vida de las personas mayores y sus familias, entendida esta como el mantenimiento y/o mejora de su autonomía, capacidad funcional, bienestar, satisfacción, integración y mantenimiento de las relaciones sociales y familiares, las actividades que en él se incluyen son las derivadas del ingreso y acogida del residente y su familiar, la valoración integral, el diseño del plan de cuidados, la realización de los programa de atención, el seguimiento de la evolución del residente y el fin de las prestaciones. De hecho, existe numerosa bibliografía que desarrolla el proceso de atención y que lo adecua en función del tipo de servicio, tipología de usuarios, etc.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

Por lo tanto, cabe destacar la importancia de detenerse en la identificación de los procesos y las actividades que en cada uno se desarrollan con objeto de identificarlas todas (ninguna actividad puede quedar fuera de un proceso) y de que no se repitan en dos o más procesos.

Así mismo, es importante reflexionar e identificar las actividades tradicionalmente ligadas a la figura de dirección, relativas a la gestión económica, gestión de personas, relaciones con el cliente institucional y planificación estratégica, ya que, aunque sean procesos liderados por esa figura, se nutren de actividades que desarrollan otros profesionales responsables de equipos, de servicios, etc. Estas actividades se enmarcan dentro de los procesos llamados estratégicos (aquellos procesos necesarios para garantizar el mantenimiento y progreso del centro o servicio, normalmente vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección) y, a pesar de que no se identifican por parte del equipo asistencial, centrado en las actividades del día a día y en dar respuesta a las necesidades de los residentes y familiares, tienen una importancia vital para la organización ya que garantizan su mantenimiento a largo plazo en base a la planificación y a la definición de objetivos a conseguir.

El hecho de contar con un plan estratégico en el que se reflejen las decisiones de hoy sobre lo que se hará en el futuro, definido a partir de la información obtenida del entorno (amenazas y oportunidades) y la información de la propia capacidad interna de la organización (debilidades y fortalezas), que defina los objetivos estratégicos, el plan de acción que de ellos se derive y la batería de indicadores necesarios para monitorizarlo, no es muy frecuente en organizaciones del sector, lo que evidencia carencias en este ámbito de gestión tan asumido e indispensable para otro tipo de organizaciones. Se trata entonces de romper con la dinámica de la toma de decisiones en base a la intuición y de la sensación de apaga fuegos en el día a día que nos absorbe y no deja ver más allá de lo que ocurre en el momento.

En segundo lugar, y relacionado con el diseño de los procesos y en la definición de sus límites, entradas y salidas, grupos de interés, expectativas y requisitos se ha manifestado la dificultad de identificar otros clientes / grupos de interés que no sea el cliente principal: residente y su familia. En este sentido, la gestión por procesos y el modelo EFQM de calidad total implica la identificación de todos los grupos de interés y en el caso de los centros piloto, son los residentes, sus familiares, las instituciones contratantes, los servicios sociales de la zona, asociaciones del entorno, el ayuntamiento, los proveedores, voluntariado, etc. sin olvidar a uno de los clientes clave, las personas trabajadoras en el centro. En relación a este último grupo de interés y en consecuencia con lo anteriormente descrito en el apartado 4, destacamos la importancia que el capital humano tiene en las organizaciones que se

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

dedican a la atención directa de las personas mayores en el sentido que de su conocimiento, habilidades y actitudes depende la calidad del servicio prestado y consecuentemente, la calidad de vida del mayor. Existen hoy día dificultades en la mayor parte de las comunidades para encontrar personal debidamente cualificado y/o con ganas de dedicarse a este sector de atención, frecuentemente infravalorado a nivel social y peor remunerado que otros sectores como el educativo y el sanitario. Por todo ello, cabe destacar la importancia de identificar a este colectivo como grupo de interés y de establecer políticas de personas tendentes al desarrollo personal y profesional de las personas y a generar su máxima satisfacción como elemento clave para la implicación, asunción de responsabilidades, mejora continua y fidelización.

En relación al cliente institucional y a las asociaciones e instituciones del entorno próximo, se impone el criterio de apertura y transparencia y de mutua colaboración con objeto de añadir valor al servicio prestado a la persona mayor y a su familia así como también, aprovechar el conocimiento generado en el propio centro para liderar las actuaciones promocionadas de un envejecimiento saludable.

Otro de los elementos trabajados en el diseño de los procesos ha sido la identificación de los posibles profesionales que debían formar parte de los equipos de proceso. Esta aproximación está condicionada a los miembros que desde los centros han participado en el proyecto, que son los que forman parte del equipo de dirección y/o lideran la parte asistencial. Por ello emplazamos a las organizaciones que seleccionen a aquellas personas más idóneas en cada caso en función de su perfil teniendo en cuenta que, para abordar con éxito la gestión y dinamización de un proceso, el propietario y el equipo deben de:

- Tener un elevado conocimiento del proceso
- Conocer el modelo EFQM de Excelencia y Calidad Total y la herramienta de gestión por procesos
- Tener capacidad de liderazgo y capacidad para el trabajo en equipo
- Compartir la política y estrategia del centro o servicio y
- Disponer de un elevado nivel de implicación con los objetivos, resultados y la mejora del proceso

Así mismo, la organización debe de garantizar los recursos materiales y el tiempo necesario para que los profesionales y equipos puedan trabajar en el proceso eficazmente.

Y ya por acabar, en este punto de diseño de los procesos, cabe destacar que, si bien se ha hecho una primera definición de las actividades que comprende cada uno, teniendo en

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

cuenta además las fases de planificación, desarrollo, control y ajuste (PDCA ciclo de mejora continua), es necesario llegar a un nivel inferior de detalle (en la identificación de tareas y en su descripción) para dar la suficiente consistencia al sistema. Para ello se ha debatido en el equipo las posibilidades que brindan los sistemas estandarizados de calidad (norma ISO 9001:2000 y la norma UNE 158001:2007) los cuales requieren de la descripción de las actividades de los procesos mediante procedimientos, protocolos o instrucciones de trabajo, que sirven de guía para los profesionales del centro a la vez que sistematizan y homogeneizan su práctica. Este aspecto se aborda en el modelo EFQM de calidad total, en el criterio 5: PROCESOS, cuando se recomienda, en relación al diseño y gestión sistemática de los procesos, la aplicación de estándares de gestión. Este es también un punto que merecería un trabajo de desarrollo e investigación posterior debido a su envergadura e importancia.

En tercer lugar, y relacionado con el diseño e implantación de los indicadores de los procesos de un centro residencial, aportamos los siguientes elementos para la discusión.

A la hora de abordar el trabajo de identificación de los indicadores de cada proceso, nos hemos encontrado con las siguientes dificultades:

1. Dificultad para identificar aquellos indicadores clave para la gestión del centro. En este sentido, se identificaron en un primer momento un número muy elevado de indicadores y datos en cada proceso siendo considerados todos ellos de una importancia vital para la gestión de las áreas o procesos identificados por parte de los profesionales implicados. A lo largo de las reuniones para la validación de los mismos, aquellos indicadores y datos que cada profesional había defendido encarecidamente, se han ido reduciendo significativamente, quedando un cuadro de 31 indicadores (de los cuáles sólo 24 son objeto de gestión mensual). Destacamos entonces la necesidad de dedicar tiempo a la reflexión y validación de los indicadores con objeto de diferenciar aquel cúmulo de información representativa de la marcha del centro en todas sus áreas, de aquellos que aportan información útil pero no indispensable para el equipo gestor. Con esto no queremos decir que sea necesaria la información pero si remarcar que los indicadores cuyo resultado no tenga un impacto vital en la calidad de atención, la gestión de los recursos del centro, en las personas o en la sociedad, deben situarse en otros equipos o foros de gestión como son los equipos de proceso.
2. Por otro lado, cabe destacar la identificación de indicadores en cierta medida transversales a todos los procesos, como son los económicos, los relacionados con la

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

percepción de los grupos de interés y la comunicación de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias. Estos indicadores deben recoger la información del resto de procesos y gestionarla siempre que existan desviaciones o no se consigan los resultados esperados con objeto de aglutinar los esfuerzos y estrategias de cada una de las áreas de gestión en su proceso de origen, no duplicando así las actuaciones o esfuerzos sino planteando soluciones conjuntas y garantizando una única y consistente orientación.

3. En relación también a la identificación de los indicadores, es necesario remarcar que dependerá, para otras organizaciones, de sus características, servicios que ofrece, entorno, etc., sobre todo en lo relacionado con los procesos soporte (alimentación, limpieza, lavandería, mantenimiento e infraestructuras, compras y sistemas de información). Es decir, para un centro que subcontrate los servicios hosteleros, los indicadores para el control y mejora de los mismos serán diferentes a los inicialmente seleccionados en este proyecto, ya que pondrán más énfasis el control del cumplimiento de las condiciones del contrato que en la gestión interna del proceso. Y por otro lado, cabe matizar que la identificación de indicadores dependerá además del plan de mejora que se derive de cada proceso y de la realidad cambiante de la organización, de manera que si un proceso, en base a los resultados del año anterior o de actividades de aprendizaje, identifica un área en la que debe profundizar o mejorar, identificará el indicador que le permita monitorizar esa mejora. Así mismo, si cambia la tipología de usuarios, o si incorporamos nuevos programas de atención, etc, se deberá diseñar el sistema de información que nos permita como la organización está dando respuesta al cambio.

4. y finalmente, por lo que hace al seguimiento y validación de los indicadores, nos gustaría destacar que durante el proyecto hemos contado con la participación de los equipos interdisciplinarios de los centros piloto. En diversas ocasiones se ha manifestado la necesidad de compartir la información con el resto de profesionales del centro y de integrarlos en la cultura de gestión en base a resultados y a hechos. Este nos parece un concepto clave por la dificultad que supone debido a la organización del trabajo y la cultura de los centros residenciales. Por un lado, destacamos la organización de trabajo por turnos, lo que implica diferentes niveles de acercamiento de los profesionales a la información y a la toma de decisiones, que normalmente se realiza por el equipo estable, que trabaja de día, etc. Y por otro lado, la falta de cultura en la comunicación de la información y estrategias no vinculadas única y exclusivamente al día a día, de manera que la planificación y los resultados de la misma se centralizan habitualmente en el equipo de dirección.

2. Servicio de ayuda a domicilio

El SAD surge en los años 70, pero es durante la década de los 80 que este servicio se organiza en la mayoría de los municipios españoles gestionado por los ayuntamientos y experimenta un enorme crecimiento. Con la implantación del sistema público de Servicios Sociales, la Ayuda a Domicilio se configura como un servicio social comunitario o de carácter general, aunque la atención a los mayores se convierte, ya desde los orígenes, en la dominante, no sólo por su peso demográfico sino por su identificación como población vulnerable cuyas necesidades no son cubiertas por las familias. La cultura de "envejecer en la comunidad" de gran eco y expansión en diferentes países europeos ya en esos momentos, no se considera prioritaria en España debido principalmente a la escasez de los recursos existentes y al carácter subsidiario de los servicios sociales. A pesar de que lleva prácticamente tres décadas de desarrollo y que su evolución durante los primeros años del presente siglo ha sido exponencial, la oferta de SAD en España es escasa en relación con la demanda existente y se encuentra todavía por debajo de la media de los países del entorno. Además, el conocimiento por parte de la población es limitado y su valoración muy pobre.

Este desarrollo histórico ha condicionado en gran medida la evolución y caracterización del SAD en la actualidad, lo que se ha visto reflejado en una dificultad para instaurar sistemas de gestión calidad, considerados muy costosos y de difícil implementación en un servicio marcado por las limitaciones económicas y la escasa formación del personal contratado.

En la actualidad, con la aprobación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, se establece un marco normativo que, al menos a nivel teórico, garantiza el acceso universal de las personas en situación de dependencia a los servicios precisos para cubrir su necesidad. Dentro de este nuevo marco, el SAD se presenta como una de las soluciones más efectivas para garantizar el bienestar de las personas, ya que permite su mantenimiento en el domicilio, la complementariedad con los servicios informales y el ajuste de la atención proporcionada a las preferencias de los usuarios. Además, considerando el elevado número de personas con dependencia moderada y severa de nivel uno, parecería lógico que este servicio fuese el de mayor desarrollo en los próximos años.

En este nuevo escenario, se comprueba que existe una ausencia de documentación específica que describa los procesos del SAD, los agentes implicados, los mecanismos de evaluación y los sistemas de medición de resultados. Se encuentran publicaciones que

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

conceptualizan y valoran los elementos clave del servicio, pero no desde la perspectiva de un sistema de gestión de calidad con el objetivo de definir un mapa de procesos y unos indicadores base según los distintos criterios del modelo EFQM. Esta es una de las aportaciones más relevantes de la investigación realizada: mediante una metodología basada en grupos focales y de contraste periódico de los resultados obtenidos, se han establecido los procesos estratégicos, clave y de soporte descritos en *fichas* que incluyen tanto los aspectos estructurales del proceso como las conexiones entre los distintos elementos a través de *diagramas de flujo* que explicitan las relaciones entre actores y niveles.

En este sentido, la mayor dificultad no se ha encontrado en la definición del proceso de atención en el domicilio, cuyo principio y fin están bastante delimitados, sino en los procesos estratégicos y de soporte que marcan principalmente tanto *los criterios agentes* como *los de resultados* del modelo EFQM. En el caso del SAD, la gestión de clientes, de personas y la comunicación interna, cuyo carácter es transversal, adquieren gran relevancia y permiten definir la gestión y orientación del servicio. De hecho, se ha encontrado que la repercusión de los costes de coordinación y administración cada vez es mayor y que ésta es una de las variables clave para asegurar la calidad (Deloitte, 2008).

Por otro lado, el proceso de contratación, que supone el inicio del servicio y que recoge las directrices de la administración competente, tiene un papel estratégico y clave en el desarrollo del mismo ya que, en términos generales, condiciona sus características y posibilidades y, más concretamente, los recursos disponibles para realizar un seguimiento de la calidad del servicio, cualquier labor de coordinación y un soporte específico a las trabajadoras familiares o auxiliares domiciliarias que se han definido como factores esenciales para su prestación con calidad. La revisión de distintos pliegos de condiciones y el testimonio de los gestores en los grupos focales resalta la variabilidad en la contratación que dificulta una uniformidad en la gestión por procesos, especialmente para operadores que estén en varios territorios, ya que exige una adaptación constante y exclusiva en función del contrato.

Por su parte, la construcción del cuadro de mando se ha llevado cabo considerando los criterios del EFQM, tratando de hacerlo ágil y ajustado a las necesidades de cualquier organización. Su análisis permite observar que el cuadro de mando de un servicio de ayuda a domicilio es significativamente diferente al de un centro residencial. Esto es evidente dada la distinta naturaleza del servicio, pero además su comparación refleja aspectos conceptuales comunes al utilizar la misma filosofía de Calidad Total que se operacionaliza de manera distinta. Otro elemento diferenciador tiene que ver con la capacidad de realizar mediciones directas del proceso de atención en el domicilio y de su calidad. Dado el carácter

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

privado e íntimo de la prestación del servicio y la gran variabilidad en los tipos de tareas y en los tiempos de atención, resulta complicado instaurar registros que permitan valorar *in situ* y frecuentemente las tareas realizadas y la correcta ejecución de las mismas. De ahí que, en este servicio, los métodos indirectos de medición se hayan considerado los más adecuados para evaluar el trabajo y las distintas dimensiones de calidad.

Vinculado a este último punto, otro aspecto interesante que surge del trabajo es la importancia de los sistemas de información en este servicio como elementos de soporte, ya que facilita tanto la gestión como la explotación de los datos obtenidos, que resulta básico si se quieren tomar decisiones que permitan mejorar el servicio en general, una comunicación más eficiente con la Administración y un seguimiento de los aspectos clave de la atención proporcionada. En este sentido, se ha identificado también en esta área una gran diversidad entre las distintas administraciones que realizan apuestas diferentes por la innovación tecnológica como medio para controlar el servicio y su ejecución. A corto plazo éste será también un factor determinante a la hora de valorar la capacidad de un proveedor para ofrecer un servicio de calidad.

Considerando el escenario, el ajuste de los nueve criterios del modelo EFQM al servicio de ayuda a domicilio tiene unas características concretas que es preciso resaltar, ya que define principalmente sus puntos débiles y las áreas a considerar para su consolidación:

AGENTES	
<i>1. Liderazgo</i>	A través del plan estratégico de la empresa y de las directrices de la Administración. En un servicio de ayuda a domicilio, más que en otros, el liderazgo tiene que ser en muchos aspectos compartido, las sinergias son determinantes
<i>2. Estrategia y planificación</i>	Exige una adecuación de la estrategia de la empresa a las necesidades de las administraciones. La planificación a este nivel requiere experiencia para movilizar recursos humanos y mantenerlos mediante un modelo de organización administrativa.
<i>3. Gestión del personal</i>	Al igual que en otros sectores, la gestión de los profesionales, normalmente de baja cualificación y cuya formación resulta un soporte muy importante, es fundamental para el correcto desarrollo de la prestación. En todo el proceso, la comunicación vertical y horizontal adquiere un papel crucial y permite una coordinación eficaz que resulta necesaria para obtener resultados satisfactorios en los distintos indicadores.
<i>4. Recursos</i>	En el caso de la ayuda a domicilio, la diferencia viene marcada por la capacidad de la empresa para generar una estructura potente que adquiera buenos sistemas de información para facilitar la gestión tanto de los recursos humanos como de los recursos financieros.
<i>5. Sistema de calidad y procesos</i>	Su definición e implantación está en un estado muy inicial en este servicio, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores. La sistematización de la actividad y su documentación constituye un paso previo para cualquier desarrollo posterior.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

RESULTADOS	
<i>6. Satisfacción del cliente</i>	Se obtiene controlando preguntando directamente a la administración o a los clientes finales mediante cuestionarios de satisfacción. Dadas las características del servicio los métodos resultan más limitados que en otros sectores.
<i>7. Satisfacción del personal</i>	Se valora mediante cuestionarios y un seguimiento periódico de las necesidades de los profesionales. La satisfacción en este sentido está mediatizada por la carga de trabajo, la complejidad de los perfiles atendidos y la formación ofrecida y el reciclaje permanente.
<i>8. Impacto de la sociedad</i>	Especialmente este servicio cumple una clara función social que no es suficientemente valorada, este es uno de los elementos a trabajar en el futuro, ya que esto redundará en la mayor visibilidad del servicio y en su desarrollo posterior.
<i>9. Resultados del negocio</i>	A igual que en el resto de sectores de atención a la dependencia, los márgenes son muy ajustados y condicionan cualquier actuación que no esté contemplada en el pliego de condiciones.

En definitiva, la exploración y análisis realizados plantean diversos interrogantes que tienen que ver con la evolución y conceptualización futura del SAD. La principal cuestión está relacionada con lo que se pretende que sea el servicio en el futuro. En los últimos años, el SAD ha ido evolucionando hacia una asistencia más específica en algunos casos, pero en otros se ha mantenido como un soporte domiciliario para higiene de la vivienda y tareas domésticas concretas. Es importante que se establezcan niveles, como ya ocurre en diferentes administraciones y que se diferencien claramente las tareas de atención a la persona, acompañamiento y soporte emocional ya que éste debería ser el punto fuerte del servicio de atención a domicilio y los aspectos a complementar o cubrir ante la ausencia de apoyo familiar. La calidad del servicio y su medición está íntimamente ligada a su definición y sistematización, por tanto, la mejora continua deber ser impulsada por los agentes internos y externos e ir ligada a una definición clara de tareas y una dotación de recursos económicos para que se puedan realizar seguimientos en domicilio de clientes finales.

Para concluir esta discusión, resulta interesante destacar que el objetivo del presente proyecto es ofrecer una guía para la implantación de sistemas de gestión de calidad en diferentes organizaciones proveedoras de servicios, teniendo en cuenta que el fin último es siempre la certificación del sistema por un organismo reconocido. El trabajo presentado ofrece directrices que ayuden a las organizaciones a adaptar el modelo, pero es imprescindible que cada una de ellas realice su propia reflexión y trabajo estratégico para adaptar los procesos, indicadores y mecanismos de mejora definidos a su propia realidad. Sólo de esta forma se asegurará el fortalecimiento del sector a través de un aumento progresivo de la sistematización y el reconocimiento social de la labor realizada. El sector de atención a la dependencia es complejo, como también lo son las circunstancias sociosanitarias de las personas cuidadas. Por lo tanto, la inversión en calidad y en modelos

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

que favorezcan el posicionamiento de los proveedores como referentes de servicios de impacto social, como la atención residencial o la ayuda a domicilio, resultan estratégicos en un futuro inmediato para todo el sistema de atención a la dependencia.

6. CONCLUSIONES

A partir de los datos expuestos y del análisis realizado se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El presente proyecto constituye una demostración relevante del esfuerzo conjunto de dos grupos de investigación que han trabajado desde distintos ámbitos poniendo al servicio de la Administración la experiencia acumulada en los últimos años. La creación de redes de colaboración interinstitucional que potencien la generación de conocimiento a través de proyectos aplicados y basados en la realidad estudiada constituye un producto del proyecto con valor en sí mismo. La labor realizada por las dos Fundaciones tanto en términos de organización y de coordinación, como económico, ofrecen un punto de partida para considerar la importancia posterior de este tipo de iniciativas.
2. Resulta fundamental que las empresas que desarrollan servicios de atención residencial y de ayuda a domicilio definan modelos de calidad que puedan certificar posteriormente, ya que éste constituye primer paso del camino hacia la mejora continua. El objetivo a corto-medio plazo debe ser ofrecer el valor añadido de la metodología de gestión por procesos para avanzar hacia modelos más completos de Calidad Total.
3. En este sentido, el modelo EFQM se considera un modelo adecuado y pertinente aunque es un modelo genérico por lo que resulta difícil trasladarlo a la cultura organizativa de un centro residencial y especialmente de un servicio de ayuda a domicilio. Además puede generar rechazo inicial en los profesionales que lo vayan a implantar por su falta de adecuación al área de actividad del servicio y dificultades en su interpretación. Por ello, es necesario plantear como premisas básicas antes de iniciarse en este modelo, la formación previa de los profesionales y a su vez el cambio en la cultura de gestión del centro, orientada siempre a los principios de calidad total.
4. No existe apenas bibliografía, manuales y/o referencias de la implantación del modelo EFQM en el sector de servicios sociales y de atención a las personas mayores. No existen todavía evaluaciones de la eficacia de su implantación y resultados que las avalen.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

5. No existe cultura generalizada en las organizaciones que han participado en el estudio piloto de gestión en base a resultados y hechos. Si bien todas ellas disponen de sistema de gestión de calidad certificado conforme a la norma ISO 9001:2000, la revisión del sistema en base a los resultados de los indicadores y planificación de la mejora en consecuencia, se ha venido dejando en manos de la dirección de centro, no habiéndose extendido al resto de profesionales del centro.
6. Por otro lado, una de las conclusiones relevantes es que los equipos, formados por excelentes profesionales en la atención directa, carecen de experiencia y conocimientos en el resto de áreas de gestión que deben ser tenidas en cuenta desde una perspectiva de excelencia en la gestión.
7. Existe una tendencia inicial en los equipos residenciales a la hora de definir los indicadores para la gestión del centro, de identificar un número muy elevado de indicadores y datos. Este número se reduce cuando el cuadro de mando es implantado debido a las dificultades e inoperatividad de manejar tanta información. Se imponen pues los indicadores clave (centinelas) para el servicio y el resto de información se deja para su seguimiento a otros niveles (equipos de proceso).
8. Todos los equipos han considerado que el equilibrio de información de las diferentes áreas de gestión (procesos estratégicos, proceso de atención y procesos soporte) y de los diferentes grupos de interés identificados es necesario de cara a la gestión y mejora del centro.
9. El presente estudio sobre la eficacia e idoneidad de los indicadores seleccionados necesita de mayor tiempo de implantación para que sea realmente significativo.
10. La planificación estratégica, el trabajo en equipo y la gestión integral de los recursos humanos y materiales son los ejes sobre los que se asienta el avance posterior. En esta evolución, las Administraciones juegan un papel esencial y su involucración sin duda marcará el éxito de las iniciativas impulsadas desde el ámbito privado, pero también el público.
11. En el futuro se debe realizar un planteamiento sobre la importancia de disponer de modelos de organización con un trabajo formal bien definido y evaluado. La calidad de un servicio y su medición, especialmente en esta caso del SAD, está íntimamente ligada a su definición y sistematización, por tanto, la mejora continua deber ser

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

impulsada por los agentes internos y externos e ir ligada a una definición clara de tareas y una dotación de recursos económicos para que se puedan realizar seguimientos en domicilio de clientes finales.

12. En el caso de servicios de ayuda a domicilio, el soporte a los cuidadores formales por un servicio de atención psicológica, se considera un aspecto a potenciar, dada la mayor complejidad de las situación de atención a las que se enfrentan en la asistencia diaria.

13. Considerando la evidencia acumulada a través de la investigación realizada, es necesario plantear la utilidad y el impacto que tendría para la consolidación de sistemas de calidad en el sector de atención a la dependencia el desarrollo de un *modelo común* para todas las CCAA en el que la definición del servicio, la conceptualización de tareas y la adjudicación de horas en función de los perfiles de atención fuera lo más uniforme posible.

7. BIBLIOGRAFIA

- AENOR (2000): *Norma ISO 9001:2000 de Sistema de gestión de la calidad. Requisitos.*
- AENOR (2000): *Norma UNE 158001 de Gestión de Servicios en las residencias de mayores. Requisitos.*
- AENOR (2007) Norma UNE PNE 158301. *Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos.*
- AENOR (2007): *Norma UNE 158101 de Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos.*
- Angel, C. (2006) *Options for excellence paper. Review of the Independent Sector Domiciliary Care Workforce.* Sutton: United Kingdom Homecare Association.
- Aranaz, J.M. y Buil, J.A. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clín (Barc)*, 1995;106: 182-184.
- Arbusa, I., Alfaro, L., Zamora, J.J. (2005) *El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de calidad en la provisión de Servicios Sanitarios.* *Revista Administración Sanitaria* 2005; 3(3):431-446.
- Asociación Galega para la Calidade, Centre Català de la Qualitat, Euskalit, Fundación Navarra para la Calidad, Fundación Valenciana de la Calidad, Institut d'Innovació Empresarial de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears (2003): *Cuestionario de Autoevaluación.*
- Bahle, T. (2003): *The changing institutionalization of social services in England and Wales, France and Germany: is the welfare state on the retreat?* En *Journal of European Social Policy*, vol. 13(1), pp. 5-20.
- Barriga, L.A. (2000) *Calidad en los servicios sociales (reflexiones sobre la Calidez).* *Revista de servicios sociales y política social*, nº 49, 2000. pp. 31-62.
- Berraondo, I. et alt. (2004): *Gestión por procesos en atención primaria. Experiencia en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.* *Revista Cuadernos de Gestión.* Volumen 10, Número 4. pp 205-213.
- Bohigas, L. et alt (2000): *Methods for external evaluation of health care institutions.* *Revista International Journal for Quality in Health Care*; Volume 12. Number 3: pp 231-239.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Bohórquez Rodríguez, A. (2005) *Aspectos prácticos de calidad en los servicios sociosanitarios*. Tenerife, III Jornadas sobre la Calidad en los Centros de Servicios Sociales.
- Bohórquez Rodríguez, A. (Coord.) (2004): "100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores", grupo de trabajo sobre "Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores", Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (disponible en internet en la dirección www.segg.es/segg/pdf/guias_recomendaciones/100Recomendaciones.pdf).
- Cañellas, A. (2004) *La atención a las personas mayores dependientes en Catalunya. Informe extraordinarios Sindic de Greuges de Catalunya*. Barcelona, pp. 38-44.
- Carrasco, A.L. (2004) *Estándares de la JCI 2002 frente al modelo EFQM: ¿hacia la complementariedad?*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Volumen 4. Nº 2. pp 303-310.
- CASADESUS, M.; HERAS, I. (2005): *El boom de la calidad en las empresas españolas*. Universia Business Review [en línea] (disponible en la dirección de Internet:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=43300706>
- CASADESUS, M.; HERAS, I. (2006): *Los estándares internacionales en sistemas de gestión. Pasado, presente y futuro*. Boletín económico de ICE nº 2876 de la Secretaria de Estado de Comercio. Disponible en la dirección de Internet:
http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/BICE_2876
- Centro de Documentación y Estudios – SIIS (1991): *SISTEMAS DE AUTORIZACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA ANCIANOS: PANORAMA INTERNACIONAL*. Fundación Egia Careaga. Donostia-San Sebastián.
- Centro de Documentación y Estudios – SIIS (2004): *Atención a personas mayores en la CAPV. Servicios de atención domiciliaria, centros de día y centros residenciales*. Fundación Egia Careaga. Donostia-San Sebastián.
- Centro de Documentación y Estudios – SIIS (2001): *Garantía de Calidad-Kalitatea zainduz: Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Fundación Egia Careaga. Donostia-San Sebastián.
- CHAN, Y.C. y HO, S.J (1997): "Continuous quality improvement: a survey of American and Canadian healthcare executives", Hospital and Health Services Administration, vol. 42, pp. 525-44.
- Club Gestión de Calidad (1999). *Modelo EFQM de Excelencia*
- Club Gestión de Calidad (2003): *Modelo EFQM. Versión para Grandes Empresas y Unidades de Negocio u Operativos*
- Colectivo IOE, Univ. De Valencia, Univ. Del País Vasco (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid, IMSERSO.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Comission for Social Care Inspection (2005), *The State of Social Care in England 2005-2006*, London. Available at: http://www.carestandards.org.uk/about_csci/publications/the_state_of_social_care_in.aspx
- Consejería de Salud de Andalucía (2001): *Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales*. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/guia.asp>
- Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana: *SISTEMA BÀSIC DE QUALITAT. CENTRES I RESIDÈNCIES DE SERVEIS SOCIALS*. (disponible en internet en la dirección: <http://www.bsocial.gva.es/accesible/portal?id=7320>)
- Cortázar, J.C. (2004). *Una Mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales*. Washington, INDES. www.clad.org.ve
- Defensor del pueblo. Informes, estudios y documentos (2000) *La atención sociosanitaria en España. Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. (Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología)*. Madrid: Publicaciones.
- Deloitte (2008) *Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes*. Disponible en www.deloitte.es.
- Department of Health (2003) *Domiciliary Care: National Minimum Standards*, England, London.
- Department of Health (2005) *Independence, well-being and choice, our vision for the future of social care for adults in England*, London.
- Department of Health (2006) *Our health, our care, our say: a next direction for Community Services*, London.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2006): *El catálogo de servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa*. Disponible en Internet en la página: <http://www.gipuzkoa.net/noticias/archivos/carteradeserviciosc.pdf>
- Donahue, K et al. (2000): *Joint comisión International Accreditation: relationship to four models of evaluation. Revista International Journal for Quality in Health Care; Volume 12. Number 3: pp.243-246.*
- Edad & vida (2003). *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Barcelona, Edad & vida.
- Edad & vida (2007). *Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio*. Barcelona, Edad & vida.
- EFQM (2001): *"Benefits from adopting the Model"*. Disponible en www.EFQM.com
- Euskalit (2003): *Análisis ISO/EFQM. 2003*.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Euskalit (2003): *Modelo EFQM de Excelencia*.
- Euskalit (2004): *Calidad Total*.
- Euskalit (2004): *Equipos de mejora y herramientas*.
- Euskalit (2004): *Los 12 desafíos: Herramienta para la evaluación del liderazgo*.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1996): *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos*. Madrid: INSERSO.
- Fontanals et al. (2007). *Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios*. Madrid, IMSERSO.
- Fontanova, F. (2007) *Nuevos modelos de gestión de los servicios sociales*, I Fórum de servicios sociales municipales, Barcelona, 28-29 marzo.
- Fuentelsaz, C. (2002). *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fundación Avedis Donabedian. Joint Commission International Accreditation: *Manual de puntuación para el evaluador. Internacional standards for the care continuum*.
- Garau, J. (2005) *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales*. Madrid, INTRESS, MTAS.
- Genua M I, Alberdi N, Beraza G, Aguirre J A. (2005): *Gestión y calidad en atención a personas mayores y/o discapacitadas*. En Rev. Geriatrika, vol 21, nº 4.
- González, C. (2008) *Conceptos generales de Calidad Total*. Publicado en: <http://www.monografias.com>
- GUIX, J (2005): *Calidad en salud pública*. Revista Gaceta Sanitaria; 2005; nº19: pp. 325-332
- Gutiérrez Zornoza, M., y del Sur Abarca, A. (2004). *El Resident Assessment Instrument (RAI) como sistema de información de la calidad de los servicios sociosanitarios*. Boletín Informativo de Trabajo Social, nº 7. E.U. de Trabajo Social de Cuenca, Univ. De Castilla-La Mancha.
- Hall, J.A. y otras (2002), *Iowa case management: innovative social casework*, en Social Work, vol. 47, nº 2, abril, pp.132-141.
- Harrow BS, Tennstedt SL, McKinlay JB. *How Costly is it to Care for Disabled elders in a Community Setting?* Gerontologist 1995;35:803-13.
- HENDRICKS, K.B. (2000): *The Impact of Total Quality Management (TQM) on Financial Performance: Evidence from Quality Award Winners*. Disponible en internet en la página: <http://www.efqm.org/uploads/excellence/vinod%20full%20report.pdf>
- Heras, I. Casadesús, M (2005): *Resultados de la implantación de la norma ISO 9000 y el Modelo EFQM*. Conclusiones de un estudio tipo Delphi. Forum calidad N°156.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Heras, R. et al. (2006) *La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores*. Revista Zerbitzuan, nº 40, 2006. pp 31-43.
- Hernández Yáñez, J. (2000) *Gestión de calidad en servicios sociales: una aproximación a la calidad en el ámbito de la intervención social*. En Hernández Yáñez, J. (2000). *El imperativo de la calidad en la acción social*. Madrid, Cáritas Española. pp. 31-61.
- IMSERSO (2008) *Estadísticas del Sistema para la Autonomía y la atención a la dependencia*. Informe 2 de noviembre, www.imsersomayores.csic.es
- INCLAN, G.M^a. (2005): *La apuesta por la atención primaria*. Revista de Administración Sanitaria. Nº 3 (I). pp 153-158.
- Instituto Andaluz de la Tecnología (2002): *Guía para una gestión basada en procesos*. Euskalit, Gobierno Vasco, Fondo Social Europeo.
- Instituto Andaluz de la Tecnología (2003): *Guía para la implantación de sistemas de indicadores*. Norma UNE 66175:2003.
- Iradi, J. et alt. (2005): *Integración de los modelos genéricos de Gestión de la Calidad con modelos específicos de Calidad Asistencial en residencias para personas mayores*. (Disponible en Internet en la página web de Grupo Ingeniería de Organización de la Universidad de Sevilla. Dirección <http://io.us.es/cio2005/items/ponencias/93.pdf>)
- Izarzugaza Iturrizar, E. (2005), *La calidad es una enfermedad contagiosa. Modelo de gestión de calidad EFQM*. Norte de Salud Mental, nº 22, pp. 28-40.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2008): *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012*.
- Kaplan R, Norton D.(2005) *Cómo utilizar el cuadro de mando intergral*. Gestión 2000.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1996), *Cuadro de mando integral*. GESTIÓN 2000.
- KAZANDJIAN, V.A.; VALLEJO, P. (2004): *La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos*. Revista Gaceta sanitaria. Volumen 18. pp 225-234. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000300011&lng=es&nrm=iso
- Kodner, D., Kyriacou C.A. (2000) *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. *International Journal of Integrated Care*;1, www.ijic.org
- Leturia, F.J., Inza, B., Hernández, C. (2007) *El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios*. Matia Fundazioa. San Sebastian, EKAINA.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 299, pp. 444142.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- López Doblas, J. (2004) *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid, IMSERSO, pp. 334-348.
- Maderuelo, J.A. (2002): *Gestión de calidad total. El modelo EFQM de excelencia*. Revista Medifam (on line). Volumen 12. Nº 10. pp 41-54. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000004&lng=es&nrm=iso.
- Martín-Castilla, J.I. *La integración de la innovación, el aprendizaje, la dirección del conocimiento y la mejora continua de la calidad del servicio en la Administración Pública en el modelo EFQM de Excelencia*. Administración de Andalucía: revista andaluza de administración pública, nº 57, 2005, pp. 255-279.
- Martínez Argüelles, M., Dávila, M. y Vicente, M.R. (2000) *Una aproximación a la evaluación económica de las políticas sociales. Es caso del Servicio de Ayuda a Domicilio*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº 41, pp. 89-104.
- Matosevic, T; Knapp, M.; Kendall, J.; Forder, J.; Ware, P.; Hardy, B; (2001) *Domiciliary Care Providers in the Independent Sector*. London, Nuffield Institute for Health and personal Social Services Research Unit, PSSRU Discussion Paper 1605.
- McClimont, B; Grove, K. (2004) *Who cares now? An updated profile of the Independent Sector home Care Workforce in England*. UKHCA Ltd, Surrey. Available at: www.ukhca.co.uk/pdfs/whocaresnow.pdf
- Medina Tornero, M.E. (1999) *La gestión de la calidad y el marketing en los Servicios Sociales*. Revista de Asuntos Sociales, nº 8.
- Medina Tornero, M.E. (1999) *La implantación de la calidad en servicios sociales. Desafío a la tradición*. Papeles del Psicólogo. nº74, Noviembre, 1999.
- Medina Tornero, M.E. (2000) *Evaluación de la calidad asistencial del SAD*. Murcia, Universidad de Murcia.
- Mira JJ. *La gestión de la calidad orientada hacia el cliente*. Curso UIMP. Alicante, 1998 (en prensa).
- Mira, J.J.; Lorenzo, S.; Rodríguez-Marín, J.; Aranaz, J. y Sitges, E. *La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario*. Calidad Asistencial, 1.998; 13: (en prensa).
- MOHELLER, J. (2001): *The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in Health Care*. Revista International Journal for Quality in Health Care; Volume 13. Number 1: pp 45-49.
- Mottram, P., Pitkala, K., Lees, C. *Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people*. Cochrane Database Syst Rev. 2002; 1: CD003542.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- NABITZ, U. et al. (2000): *The EFQM Excellence Model. European and dutch experiences with EFQM model approach in health care*. Revista International Journal for Quality in Health Care; Volume 12. Number 3: pp 191-201.
- Osasun Saila/ Osakidetza / Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2004): *Guía de Gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias*. Disponible en Internet en la dirección: <http://www.osakidetza.euskadi.net>.
- Oteo LA, Hernández JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En Llano del J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona, 1998.
- Oteo Ochoa, L.A. y Pérez Toorrijos, G. (2002). *Indicadores clave de calidad hospitalaria integrados en el criterio "resultados en los clientes" del Modelo EFQM de Excelencia*. Evaluación de Tecnologías Sanitarias, vol. 3, nº 2. Madrid, Ediciones DOYMA.
- RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE 303/20451.
- Robles-García, M. et al. (2005): *Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM*. Revista Gaceta Sanitaria; 2005; nº19: pp. 127-134
- Rodríguez Cabrero, G (coord) (2003) *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Madrid, Cáritas Española Editores, Fundación FOESSA.
- Rodríguez Cabrero, G. (coord) (1999) *Protección social de la dependencia*. Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Rodríguez Cabrero, G., Codorniu J.M. (2002) *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Instituto de migraciones y servicios sociales. Madrid, IMSERSO.
- SANCHEZ, E. ET AL. (2006): A descriptive study of the implementation of the EFQM Excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. Revista International Journal for Quality in Health Care; Volume 18, Number 1: pp. 58–65.
- Santamarina, C. (2005) *El servicio de ayuda a domicilio (SAD): su situación actual. Informe Integrado MTAS. Vol. I y II*. Madrid, IMSERSO.
- Santamarina, C. (2006) *El servicio de ayuda a domicilio (SAD): su situación actual. Editorial Boletín sobre el envejecimiento, nº 25. Perfiles y tendencias. Noviembre 2006*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN PROYECTO GESQUALITY

- Santamarina, C., CIMOP (2006) *El servicio de ayuda a domicilio (SAD): su situación actual*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. Madrid, IMSERSO.
- Shaw, C. (2000): *External quality mechanisms for health care*. Revista International Journal for Quality in Health Care; Volume 12. Number 3: pp.169-175
- Sociedad Británica de Geriátría (2002): *ESTÁNDARES DE CUIDADOS EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA PERSONAS MAYORES*.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Grupo de Calidad (2004) *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Madrid, SEGG.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Grupo de Calidad (2004) *100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de atención a domicilio* Madrid, SEGG.
- Toral, I. (2003) *Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadores. La enfermera comunitaria de enlace*. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, nº6. Barcelona, Ed. semFYC.
- Vuori, H.V. (1989) *Research needs in quality assurance*. International Journal for Quality in Health Care 1:147-159.
- Vuori, H.V. (1991) *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona, Masson.
- Zardoya, A., Guevara, I.R., Marzo, M., García, J. *Gestión de la calidad de los servicios sanitarios: caso de autoevaluación según el EFQM*. Revista iberoamericana de contabilidad de gestión, nº 4, 2004, Pp. 13-40.
- ZEITHAML, V.A., PARASURAMAN, A. Y BERRY, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*. Díaz de Santos, Madrid
- Zunzunegui Pastor, M.V. (2006) *Los servicios integrados para la población mayor con dependencia*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 69. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zunzunegui-servicios-01.pdf>