

Séptima. Selección de los trabajos.

El examen y selección de los trabajos recibidos se hará por un Jurado, cuya composición será:

Presidencia: El Director General para las Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía o la persona en la que éste delegue.

Vocalías:

- Dos técnicas o técnicos en drogodependencias, uno/a de los/as cuales ostentará la Secretaría del Jurado.
- Tres personas en representación de los Colegios Profesionales de Medicina, Psicología y Trabajo Social.

El Director General para las Drogodependencias y Adicciones designará a las personas componentes del Jurado.

La relación definitiva de éstas como integrantes del Jurado se hará pública en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía en el plazo máximo de dos meses, desde que produzca sus efectos la presente Orden.

El Jurado podrá recabar, si lo estima oportuno, asesoramiento entre personalidades del mundo profesional, para la valoración de los trabajos presentados cuando éstos revistan un alto índice de complejidad.

Una vez constituido, el Jurado ajustará su actuación a lo establecido para los órganos colegiados en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El acuerdo del Jurado se producirá en el plazo máximo de tres meses, contados a partir de la finalización del plazo de presentación de los trabajos, y será hecho público en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía mediante Orden de la Consejera para la Igualdad y Bienestar Social.

Octava. Propiedad de los trabajos.

Los trabajos presentados quedarán en propiedad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, que, a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, podrá dar al que resulte premiado la difusión y empleo que estime conveniente.

En casos excepcionales, el Jurado podrá valorar el interés de los trabajos no premiados y proponer la publicación de éstos. Los derechos de autor de los trabajos premiados pasarán a ser propiedad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, sin derecho alguno por parte de quien ostente la autoría a percibir indemnización o compensación por tal motivo.

Novena. Consideraciones generales.

La presentación de los trabajos supone la plena aceptación por parte de las personas participantes del contenido de las presentes bases.

Las incidencias derivadas de la aplicación de las presentes bases serán resueltas por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

No serán admitidos a concurso los trabajos que no reúnan los requisitos especificados en estas bases.

ORDEN de 5 de julio de 2007, por la que se establece el sistema de evaluación externa de la calidad de los centros residenciales y de día para personas con discapacidad propios, concertados y conveniados con la Consejería.

El Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía (2003-2006), aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno el día 2 de diciembre de 2003, en desarrollo de la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a

las personas con discapacidad en Andalucía, estableció entre sus objetivos elevar los niveles de la calidad de los servicios, buscando la mejora de los procesos de gestión y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

El sistema público de servicios sociales dispone en Andalucía de una normativa reguladora de las autorizaciones y acreditaciones de los centros para personas con discapacidad. Dicha normativa exige los requisitos materiales y funcionales mínimos necesarios para poder concertar y conveniar centros y servicios con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. A diferencia de este sistema, la evaluación externa de la calidad tiene como objetivo la mejora continua de la organización y los servicios que se prestan en los centros; y permite que éstos puedan comparar su situación con la de un parámetro o modelo ideal.

El Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía, en su política de servicios sociales, considera que la autoevaluación y la evaluación externa de estos servicios, a través de estándares determinados, es la fórmula idónea para introducir mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en estos centros. Este conjunto de estándares de calidad, elaborado con la participación y consenso de los agentes intervinientes, refleja los principios generales de excelencia del modelo EFQM y son coherentes con la política de calidad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, y en concreto de la Dirección General de Personas con Discapacidad, y su compromiso de calidad con la ciudadanía. El citado modelo EFQM es el establecido como modelo de la evaluación de la calidad de los servicios por la Consejería de Justicia y Administración Pública en el Decreto 317/2003, de 18 de noviembre, por el que se regulan las Cartas de Servicios, el sistema de evaluación de la calidad de los servicios y se establecen los Premios a la Calidad de los Servicios Públicos.

Esta línea de actuación se refuerza con la aprobación del nuevo Estatuto de Autonomía para Andalucía, en cuyo artículo 37.11.^a, dedicado a los principios rectores de las políticas públicas, incluye: «La prestación de unos servicios públicos de calidad». Además, el artículo 40 del Estatuto establece que «el reconocimiento y protección de los principios rectores de las políticas públicas informará las normas legales y reglamentarias andaluzas...».

Por todo ello, en virtud de las facultades conferidas por el artículo 44.2 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a propuesta de la Directora General de Personas con Discapacidad,

D I S P O N G O

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

El objeto de esta Orden es establecer el sistema de evaluación externa de la calidad de los centros residenciales y de día para personas con discapacidad, propios, concertados o conveniados con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, así como definir los elementos necesarios para la implantación de este sistema.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Los centros a los que será de aplicación la presente Orden son los siguientes:

a) Centros residenciales, distinguiendo entre éstos los siguientes:

- 1.º Residencias para personas gravemente afectadas.
- 2.º Residencias para personas adultas y viviendas tuteladas.

3.º Residencias para personas con discapacidad intelectual o personas con trastornos del espectro autista, y alteraciones graves de conducta.

b) Centros de día, distinguiendo entre éstos los siguientes:

1.º Unidades de estancia diurna.

2.º Unidades de estancia diurna con terapia ocupacional.

Artículo 3. Requisitos.

Los centros solicitantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

a) Contar con autorización de funcionamiento y, en su caso, con la debida acreditación administrativa.

b) Haber realizado una autoevaluación que les permita conocer su nivel de cumplimiento de los estándares, tras haber acometido iniciativas de mejora.

CAPÍTULO II

Evaluación externa de la calidad

Artículo 4. Evaluación externa de la calidad.

1. Se entiende por evaluación externa de la calidad la valoración del nivel de calidad en los procesos y resultados de los centros solicitantes realizada por agentes externos al centro evaluado, sin que esto conlleve la determinación de los procedimientos o estrategias utilizados para conseguir ese objetivo.

2. El sistema de evaluación externa trata de establecer el nivel de calidad, evaluando la adecuación de los centros a pautas consideradas deseables en organizaciones comprometidas con la mejora continua. Para garantizar la mejora continua esas pautas se actualizan periódicamente, marcando nuevas metas o ideales a perseguir.

3. El sistema de evaluación externa de la calidad se sustenta en los siguientes principios:

a) Voluntariedad por parte del centro residencial o de día para acceder a la evaluación.

b) Autonomía y objetividad en el proceso.

c) Adecuación de los requisitos del sistema a la situación actual de atención a personas con discapacidad en nuestra Comunidad Autónoma.

d) Capacidad de generar consenso del órgano evaluador o acreditador.

Artículo 5. Estándares de referencia.

1. El sistema de evaluación externa de la calidad en centros se basa en un conjunto de pautas preestablecidas denominadas estándares, en cuya elaboración se ha contado con la participación y consenso de los agentes intervinientes en los centros residenciales y de día. Los estándares señalan los objetivos a conseguir para alcanzar un adecuado nivel de calidad.

2. Se establecen como estándares de referencia para la evaluación externa de la calidad en centros de atención a personas con discapacidad los que figuran detallados en el Manual de Estándares de Calidad en Centros de Atención a Personas con Discapacidad recogido en el Anexo II.

Artículo 6. Entidad Evaluadora y Equipos de Auditoría.

1. El proceso de evaluación externa será llevado a cabo con la colaboración de una entidad externa que actuará bajo la supervisión de la Dirección General de Personas con Discapacidad, garantizándose así la imparcialidad y la objetividad del proceso de evaluación externa de los centros. Dicha entidad gestionará el procedimiento de evaluación y controlará las auditorías que se realicen.

2. El personal adscrito a la entidad evaluadora para las funciones de auditoría estará integrado por profesionales for-

mados y con experiencia en evaluación o auditoría según el modelo EFQM, así como con conocimiento de la adaptación de este modelo realizada por la Dirección General de Personas con Discapacidad.

3. El número de profesionales que integren el equipo auditor estará determinado por las características y tipología del centro a evaluar.

CAPÍTULO III

Procedimiento

Artículo 7. Solicitud y lugar de presentación.

1. Podrán solicitar la evaluación externa de la calidad los centros referidos en el artículo 2 y que cumplan los requisitos del artículo 3, siempre que lo consideren necesario para el buen cumplimiento de sus fines y para valorar externamente el nivel de calidad de sus servicios.

2. Los centros interesados deberán cumplimentar la solicitud cuyo modelo se encuentra en el Anexo I de la presente Orden, pudiéndose descargar también desde la página web: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas_Discapacidad/HTML/calidad/index.html.

Las solicitudes estarán dirigidas a la Ilma. Directora General de Personas con Discapacidad, y se presentarán en las Delegaciones Provinciales para la Igualdad y Bienestar Social, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. Tras la presentación de la solicitud, la entidad evaluadora decidirá, en función del cumplimiento de los requisitos referidos en el artículo 3.1, el inicio del proceso o su aplazamiento.

Artículo 8. Procedimiento.

1. El procedimiento se iniciará a instancia de los centros interesados que cumplan los requisitos exigidos en esta Orden, y su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la presente Orden.

2. Una vez iniciado el procedimiento, se realizará una visita de auditoría por un equipo de profesionales que analizarán y recogerán información a fin de emitir un informe preliminar.

3. El centro evaluado dispondrá de 60 días desde la fecha de recepción del informe preliminar para presentar alegaciones. En ese caso, la Dirección General de Personas con Discapacidad las valorará junto al informe de evaluación preliminar, pudiendo rechazar las alegaciones, revisar el informe del equipo auditor, o decidir una nueva visita específica o general.

4. La Dirección General de Personas con Discapacidad, una vez conforme con el informe de evaluación, procederá a expedir, en su caso, una certificación de Reconocimiento a la Calidad.

5. Los centros que hayan obtenido la certificación de cumplimiento de estándares de calidad recibirán, con seis meses de antelación, una notificación señalando la próxima revisión que requerirá una nueva autorización para que un equipo auditor visite el centro.

6. Todos los detalles sobre este procedimiento y sus posibles resultados se recogen en el Manual de Evaluación Externa de la Calidad disponible en la página web: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas_Discapacidad/HTML/calidad/index.html o en el capítulo 7 de la publicación de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social «Mejora de la calidad de la atención a personas con discapacidad en Andalucía».

Artículo 9. Reconocimiento a la Calidad.

1. Los centros que superen la evaluación externa de la calidad realizada por la entidad evaluadora, de acuerdo con los estándares de referencia definidos por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, obtendrán el Reconocimiento a la Calidad por parte de la Dirección General de Personas con Discapacidad. Se entenderá como Certificación del Reconocimiento a la calidad, el reconocimiento administrativo de la calidad de un centro de acuerdo con los estándares de referencia previamente definidos. Esta certificación estará acompañada por un informe de análisis de puntos fuertes y áreas de mejora.

2. El Reconocimiento a la Calidad puede adoptar las siguientes formas:

a) Certificado de Calidad: Supone el reconocimiento formal de calidad del centro. Con ello se avala un cumplimiento general de los estándares, aunque haya que mejorar en algún estándar concreto.

b) Certificado de Calidad Condicionado: Se concede el reconocimiento formal de calidad al centro pero condicionado a la emisión de un informe escrito de mejoras realizadas por el centro en un período de tres a seis meses.

c) Certificado de Calidad Provisional: Se ofrece el reconocimiento formal de calidad al centro si supera la valoración en una nueva auditoría específica en los siguientes seis meses.

3. En el caso de que existan importantes problemas que imposibiliten el reconocimiento formal de calidad al centro,

no podrá realizarse nueva petición hasta transcurrido un año desde la anterior visita. La certificación incluirá informe de hallazgos que orienten sobre los principales elementos a mejorar.

4. El certificado de reconocimiento a la calidad tendrá una validez de tres años, al cabo de los cuales, si continúa interesado el centro, deberá volver a iniciar el proceso de revisión. El certificado faculta a la dirección del centro a su uso tanto interno como externo, así como a comunicarlo a quien estime oportuno, siempre dentro del período de validez del mismo.

Artículo 10. Coste de la evaluación externa.

A efectos de afrontar el coste de la evaluación externa, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social colaborará económicamente con las entidades titulares de los centros residenciales y de día, en un porcentaje proporcional al número de plazas de que disponga cada centro, de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria al efecto.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 5 de julio de 2007

MICAELA NAVARRO GARZÓN
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

SOLICITUD

EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO Y DE SU REPRESENTACIÓN LEGAL			
DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL			CIF
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
CENTRO RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> Residencia para personas gravemente afectadas. <input type="checkbox"/> Residencia para personas con trastornos de conducta. <input type="checkbox"/> Residencia de personas adultas. <input type="checkbox"/> Vivienda tutelada.		CENTRO DE DÍA <input type="checkbox"/> Unidad de Estancia Diurna con terapia ocupacional. <input type="checkbox"/> Unidad de Estancia Diurna.	
ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE (Asociación, entidad...)			
AUTORIZACIONES ADMINISTRATIVAS <input type="checkbox"/> Registro como Centro de Servicios Sociales. <input type="checkbox"/> Autorización de funcionamiento. <input type="checkbox"/> Acreditación como Centro de atención a personas con discapacidad. <input type="checkbox"/> Concertación/Convenio del Centro con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.			FECHA
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			DNI/NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, que la entidad solicitante cumple con los requisitos exigidos por las normas de aplicación y SOLICITA la evaluación externa de la calidad del Centro solicitante. En a de de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL Fdo.:



ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.
 Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de las solicitudes para la evaluación externa de la calidad de los centros de atención a las personas con discapacidad. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Avda. de Hytasa, nº 14. 41006 - SEVILLA.

ANEXO II

MANUAL DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

A continuación se recoge el listado de estándares de calidad para centros residenciales y de día de atención a personas con discapacidad.

Este conjunto de estándares se agrupa en funciones clave para las organizaciones. En el presente manual, siguiendo el modelo de la EFQM, se han identificado como tales: Liderazgo, Estrategia y Planificación, Personas, Alianzas y Recursos, Gestión de los Procesos, Resultados en los Clientes, en las Personas, en la Sociedad y Resultados Clave.

Para cada una de estas funciones y estándares se referencia una definición que no pretende ser exhaustiva ni prescriptiva. Intenta definir el «qué hacer» sin concretar el «cómo hacerlo».

I. LIDERAZGO (Ld)

Definición

Cómo los/as líderes y directivos/as desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión del centro, cómo desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la calidad se desarrolla e implanta.

Implicaciones clave

El propósito de este criterio consiste en aportar evidencias sobre el modo en que se formulan y documentan las políticas, las orientaciones y los objetivos del centro, y procedimientos, en términos de análisis, exploración de perspectivas y planificación estratégica.

Un elemento clave en la evaluación del liderazgo del centro es que tiene que demostrar una clara comprensión de quiénes son sus distintos clientes, conocer sus expectativas y demandas y cómo conjugar dichas demandas con los imperativos sociales, políticos, normativos, etc., manifestando un claro compromiso con clientes y ciudadanos/as, así como con otros grupos interesados.

De cara a su evaluación, entre las principales características de un centro que hay que tener en cuenta, resaltaríamos:

- Modernización y gestión del cambio.
- Actuación dentro de los marcos legislativo, legal y reglamentario.
- Receptividad democrática, rendición de cuentas y transparencia de sus actuaciones.
- Implicación de los/as interesados/as y equilibrio de sus necesidades.
- Habilidades en la comunicación con el nivel político.
- Consecución de los objetivos.

Evaluación

Tomar en consideración las pruebas de lo que está haciendo el liderazgo para:

LD.a. Dar una orientación al centro: Desarrollar y comunicar con claridad la visión, misión y valores.

Estándares:

LD.a.1. El liderazgo ha definido y difunde la misión, visión y valores del centro.

LD.a.2. El liderazgo desarrolla e implanta normas y procedimientos que faciliten e impulsen el proceder profesional en aspectos éticos.

LD.a.3. Se garantiza la individualidad, la privacidad, el bienestar, la tranquilidad y los derechos y libertades de las personas usuarias-clientes así como se procuran las condicio-

nes para una atención adecuada a sus necesidades y discapacidad.

LD.a.4. Las normas, políticas y procedimientos establecidos tutelan el respeto y cumplimiento de los derechos de las personas usuarias-clientes.

LD.a.5. El centro fomenta un clima de entendimiento y colaboración activa de todo el personal, haciéndoles partícipes de los objetivos últimos de la misma.

LD.b. Desarrollar e implantar un sistema para gestionar el centro.

Estándares:

LD.b.1. El centro tiene definido claramente un organigrama funcional, conocido por todas las personas que trabajan y que son atendidas en el centro y por los familiares de estas últimas.

LD.b.2. El liderazgo identifica necesidades y establece prioridades en las acciones acordes a los objetivos del centro.

LD.b.3. El liderazgo determina cuáles son sus procesos más significativos y asigna responsables a cada uno de ellos.

LD.b.4. El liderazgo facilita y promueve el trabajo en equipo.

LD.b.5. El centro involucra a sus profesionales por medio del diálogo y la asunción de responsabilidades

LD.c. Motivar y apoyar a las personas del centro y actuar como modelo.

Estándares:

LD.c.1. El liderazgo promueve la elaboración y cumplimiento de su plan de formación basado en la identificación de necesidades acorde a su planificación estratégica.

LD.c.2. El liderazgo fomenta la cultura de aprendizaje de las quejas y reclamaciones.

LD.c.3. Se dispone de foros de comunicación y debate que facilitan la participación del personal y de los grupos de interés en la gestión y mejora de la misma.

LD.c.4. El liderazgo fomenta una cultura de mejora continua en el centro.

LD.d. Gestionar las relaciones con el nivel político y con otros grupos interesados.

Estándar:

LD.d.1. El centro fomenta un clima de entendimiento y participación activa con los/as diferentes responsables ejecutivos/as y legislativos/as.

II. ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN (Ep)

Definición

Cómo el centro implanta su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

Implicaciones clave

La política y la estrategia, es decir, el marco de referencia bajo el que se establece la misión y las líneas de actuación para su desarrollo, abordan la cultura interna, la estructura y las operaciones tanto a corto como a largo plazo teniendo en cuenta las prioridades, la dirección y las necesidades de las distintas partes interesadas.

Deberían reflejar los principios de calidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad de la CIBS y cómo alcanzar sus objetivos a través de dichos principios. Las organizaciones deberían hacer un seguimiento crítico y constante de su política y estrategia, así como de sus procesos y planes,

para ver hasta qué punto son adecuados, en su conjunto, a las circunstancias específicas de cada centro.

La política y estrategia reflejarán los enfoques del centro a la hora de poner en práctica los procesos de modernización y gestión del cambio.

Evaluación

Tomar en consideración las evidencias o pruebas de lo que está haciendo el centro para:

EP.a. Recoger información relativa a las necesidades presentes y futuras de los grupos interesados.

Estándar:

EP.a.1. El centro conoce y analiza periódicamente la opinión y grado de satisfacción de sus diferentes grupos de interés.

EP.b. Desarrollar, revisar y actualizar la estrategia y la planificación.

Estándares:

EP.b.1. El centro ha elaborado un plan estratégico, en el que se define: misión, visión, valores, objetivos, organigrama, prioridades estratégicas y plan de acción.

EP.b.2. El plan estratégico del centro se evalúa y actualiza periódicamente.

EP.b.3. El plan estratégico del centro se comunica entre los diferentes grupos de interés.

EP.c. Implantar la estrategia y la planificación en todo el centro.

Estándares:

EP.c.1. Se dispone de canales de comunicación formal e informal entre el liderazgo, trabajadores/as y personas usuarias-clientes y sus representantes legales.

EP.c.2. El centro evalúa de forma continuada el grado de consecución de los objetivos en todos los niveles y ámbitos para reorganizar y mejorar sus procesos y su estrategia.

III. PERSONAS (Pe)

Definición

Cómo el centro gestiona, desarrolla y aprovecha el conocimiento y todo el potencial de las personas que lo componen, tanto en el nivel individual, como de equipos o del centro en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de las personas.

Implicaciones clave

El personal del centro está constituido por todos/as los/as empleados/as que trabajen en él y otras personas, como los/as voluntarios/as, que presten servicios directa o indirectamente a los y las clientes. Este concepto engloba por tanto a todos los grupos de empleados/as y voluntarios/as, algunos de los cuales pueden necesitar una ayuda especial para alcanzar su pleno potencial en el trabajo.

Evaluación

Tomar en consideración las evidencias o pruebas de lo que está haciendo el centro para:

PE.a. Planificar, gestionar y mejorar la gestión de las personas en relación con la estrategia y la planificación.

Estándares:

PE.a.1. Existe una valoración de puestos de trabajo actualizada con indicación de la cadena de mandos y reparto de responsabilidades.

PE.a.2. El centro dispone de un proceso de acogida del personal de nueva incorporación.

PE.a.3. El centro dispone de un archivo con los expedientes individuales y actualizados del personal.

PE.a.4. El centro establece medidas de apoyo en sus puestos de trabajo para profesionales en situaciones especiales.

PE.a.5. El centro impulsa iniciativas para facilitar la conciliación de la vida familiar con el trabajo.

PE.a.6. El centro define perfiles y competencias profesionales acorde a las necesidades recogidas en el plan estratégico.

PE.b. Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos y metas individuales, de los equipos y del centro.

Estándares:

PE.b.1. El centro evalúa el nivel de conocimiento y la experiencia del personal, acorde al perfil del puesto, identificando sus necesidades de formación.

PE.b.2. El centro desarrolla el plan de formación basándose en las necesidades tanto del propio centro, de los/as clientes y de las personas que lo integran.

PE.b.3. El centro desarrolla y promueve, en las personas que lo integran, habilidades para las relaciones interpersonales y para tratar con los/as usuarios/as-clientes, sus familias y sus representantes legales.

PE.c. Involucrar a las personas por medio del diálogo y la asunción de responsabilidades (empowerment).

Estándares:

PE.c.1. Se dispone de una carta de derechos y deberes, consensuada por todos los/as agentes implicados/as, y conocida por todas las partes.

PE.c.2. Se dispone de un procedimiento consensuado para el establecimiento de objetivos, la asignación de tareas y sus responsables y la evaluación y seguimiento del grado de cumplimiento de dichas responsabilidades.

PE.c.3. El centro fomenta la carrera profesional y la posibilidad de promoción interna.

PE.c.4. La selección de personal se basa en criterios consensuados y cuenta con la participación de los/as representantes del personal.

IV. ALIANZAS Y RECURSOS (Ar)

Definición

Cómo planifica y gestiona el centro sus alianzas y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Implicaciones clave

La capacidad de las organizaciones para generar recursos financieros adicionales puede ser limitada, al igual que su libertad para asignar o reasignar sus fondos a los servicios que desee prestar.

Los centros deben gestionar complejas relaciones con otras organizaciones tanto del sector público como del privado, y con los/as clientes y ciudadanos/as considerados/as como asociados/as (parteners). El éxito en la gestión de dichas relaciones puede resultar crucial para lograr sus objetivos.

Dado que las organizaciones pueden tener un control limitado sobre sus recursos, la evaluación debería medir cómo se gestionan éstos para sostener la política y la estrategia.

Evaluación

Tomar en consideración qué medidas hay en vigor para asegurar que el centro:

AR.a. Desarrolla e implanta relaciones clave de asociación.

Estándares:

AR.a.1. El centro identifica y desarrolla alianzas y redes con sus diferentes grupos de interés.

AR.a.2. El centro desarrolla iniciativas para compartir y aprender de experiencias con centros de similares características.

AR.b. Desarrolla y establece alianzas con los/as clientes y ciudadanos/as.

Estándares:

AR.b.1. El centro fomenta actividades de inclusión en la comunidad.

AR.b.2. Se dispone de procedimientos que faciliten la información a la comunidad de aquellos eventos o resultados considerados clave por el centro.

AR.c. Gestión del conocimiento.

Estándares:

AR.c.1. El centro tiene establecidos canales de comunicación formales para que sus diferentes grupos de interés (familia, trabajadores, proveedores, etc.) conozcan el plan estratégico y logros alcanzados.

AR.c.2. El liderazgo desarrolla estrategias de participación en foros de interés: otras ONG, Administración, agentes sociales.

AR.d. Gestión de las finanzas.

Estándares:

AR.d.1. El centro, a la hora de emplear recursos financieros, consulta la opinión del personal sobre las necesidades detectadas.

AR.d.2. La asignación presupuestaria es acorde al plan estratégico del centro.

AR.d.3. El centro impulsa y colabora en auditorías internas y externas de su actividad.

AR.d.4. El liderazgo gestiona de modo eficiente los recursos disponibles.

AR.e. Gestiona la tecnología.

Estándares:

AR.e.1. Se dispone de un sistema de información que da soporte y permite el seguimiento del plan estratégico y la evaluación de objetivos anuales.

AR.e.2. El centro ha desarrollado normas y procedimientos para garantizar la seguridad y el tratamiento de la información confidencial.

AR.f. Gestiona edificios y otros activos.

Estándares:

AR.f.1. El centro dispone de un plan de mantenimiento de la edificación e instalaciones.

AR.f.2. Se dispone de un Plan de actuación en caso de catástrofe que se evalúa con simulacros de periodicidad anual.

AR.f.3. Se dispone de un Proceso para asegurar planes preceptivos de higiene, de la potabilidad del agua e higiene de dependencias y condiciones óptimas de alimentación.

AR.f.4. El centro es respetuoso con el medio ambiente.

V. GESTIÓN DE LOS PROCESOS (Gp)

Definición

Cómo el centro gestiona, mejora y desarrolla sus procesos para introducir innovaciones, apoyar su política y estrate-

gia y satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

Implicaciones clave

Los procesos críticos son los relacionados con la prestación de servicios de atención a las personas con discapacidad; y los procesos de apoyo son aquellos esenciales para el funcionamiento del centro. Un elemento crucial para la identificación, la evaluación y la mejora de los procesos debería ser su contribución y eficacia en relación con la misión del centro.

La naturaleza de los procesos en los centros puede variar mucho, desde actividades relativamente abstractas como la regulación de las actividades económicas, hasta actividades muy concretas relacionadas con la prestación de servicios. En todos los casos, el centro debería ser capaz de identificar los procesos clave que realiza para obtener los productos y resultados esperados.

En los centros residenciales es esencial la relación entre los diferentes procesos de forma que exista una continuidad que contribuya a conseguir la misión del centro.

Ejemplos de procesos son:

- Provisión de servicios básicos (vinculados al tipo y funciones del centro).
- Procesos de toma de decisiones.
- Formulación y ejecución de políticas reglamentarias.
- Asignación de recursos.
- Comunicación con el personal y con los/as ciudadanos/as.
- Atención a el/la cliente a través de la gestión de las demandas de información.

Evaluación

Considerar las evidencias de cómo el centro:

GP.a. Identifica, diseña, gestiona y mejora los procesos.

Estándares:

GP.a.1. El centro ha identificado sus procesos clave, estratégicos y de soporte.

GP.a.2. Los procesos se desarrollan e implantan de forma multidisciplinar y participativa, contando para ello con todos los grupos de interés.

GP.a.3. El centro ha definido los procesos de atención a las personas con discapacidad más relevantes y son conocidos y aplicados por todas las personas de la organización.

GP.a.4. El centro dispone de un proceso de acogida y evaluación inicial de nuevos usuarios/as-clientes.

GP.a.5. Se dispone de un procedimiento de planificación personalizada para cada usuario/a-cliente, con la participación de la familia, donde se determinará el papel de «tutor/a» de cada persona con discapacidad.

GP.a.6. El centro desarrolla normas y procedimientos para asegurar la continuidad de la atención a los/as usuarios/as-clientes.

GP.a.7. Existe un proceso interdisciplinario para el seguimiento de las situaciones psicosociales y de salud de las personas usuarias-clientes en el centro.

GP.a.8. Existe un proceso interdisciplinario para la detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias-clientes del centro.

GP.a.9. El centro dispone de normas, procedimientos y soporte material preciso para garantizar la mayor calidad de vida posible (incluyendo autonomía e inclusión social) de las personas usuarias-clientes en el centro.

GP.a.10. El centro desarrolla normas y procedimientos para garantizar la igualdad de género tanto en oportunidades como en el trato recibido en el centro.

GP.b. Desarrolla y presta servicios y productos con la participación de los/as clientes y ciudadanos/as.

Estándares:

GP.b.1. El centro desarrolla e implanta procedimientos para garantizar la participación multidisciplinar en la definición de las programaciones que se deben llevar a cabo con los/as usuarios/as.

GP.b.2. El centro impulsa iniciativas de participación de las personas usuarias-clientes y sus familias en la toma de decisiones relativas a horarios, utilización de zonas comunes, actividades de ocio, etc., del centro.

GP.b.3. El centro ha desarrollado e implantado un protocolo de actuación en el uso de medidas restrictivas de derechos por situación de necesidad.

GP.b.4. Se dispone de procesos implantados que garanticen el uso seguro de la medicación, alimentación/nutrición, higiene.

GP.b.5. El centro ha implantado procedimientos para que los/as usuarios/as, sus familias y los/as trabajadores/as expresen quejas, reclamaciones o sugerencias.

GP.c. Planifica y gestiona la modernización y la innovación.

Estándares:

GP.c.1. El centro dispone de un proceso de gestión de la calidad, que engloba a todos los ámbitos de la misma, asignando un/a responsable y soporte técnico y material para alcanzar los objetivos.

GP.c.2. El enfoque del proceso de gestión de la calidad permite identificar, analizar, implantar y corregir oportunidades de mejora en todo el ámbito de la misma.

GP.c.3. El centro evalúa indicadores de procesos claves.

VI. RESULTADOS EN CLIENTES (Rc)

Definición

Qué resultados está alcanzando el centro en relación con la satisfacción de sus clientes.

Implicaciones clave

Las personas clientes/ciudadanas son las receptoras o beneficiarias de la actividad, los productos o los servicios de las organizaciones.

Los centros prestan servicios de acuerdo a las políticas del Gobierno central, Consejería y Dirección General y de sus asociaciones, y son responsables de su rendimiento ante dichas Administraciones.

Las mediciones de satisfacción de clientes y ciudadanos/as suelen realizarse sobre áreas que han sido identificadas como importantes por los grupos de clientes y se basan en lo que el centro puede mejorar en el marco de sus competencias específicas para la prestación de servicios.

Para todas las organizaciones es muy importante medir directamente la satisfacción de sus clientes y ciudadanos/as en relación con la imagen global del centro, los productos y servicios que presta, su transparencia y la participación de los/as clientes y ciudadanos/as. Generalmente, las organizaciones utilizan encuestas para conocer su satisfacción, pero pueden utilizarse otras herramientas complementarias tales como grupos focales, paneles de usuarios/as, etc.

En la medida de la satisfacción, los centros deberán esforzarse por aplicar instrumentos adecuados a las posibilidades y características de las personas usuarias, exponiéndolas, en caso necesario, a situaciones y experiencias que permitan conocer su grado de satisfacción o insatisfacción. En algunas ocasiones deberán recurrir a sus familiares y amistades como fuentes de información.

Evaluación

Tomar en consideración qué resultados ha alcanzado el centro en sus esfuerzos para satisfacer las necesidades y expectativas de los y las clientes y ciudadanos/as, a través de:

RC.a. Resultados de las mediciones de la satisfacción de los/as usuarios/as-clientes.

Estándares:

RC.a.1. Se analizan los resultados de opinión sobre disponibilidad, uso y nivel de satisfacción de las personas usuarias, familiares y la comunidad con los diferentes servicios prestados por el centro.

RC.a.2. Se analiza la disponibilidad y uso de buzones de sugerencias, cuestionarios, y otros sistemas dirigidos a detectar posibles oportunidades de mejora del centro.

RC.b. Indicadores utilizados para medir los resultados en los/as clientes.

Estándares:

RC.b.1. El centro evalúa periódicamente los resultados de las encuestas realizadas a sus clientes (o a sus representantes) sobre grado de satisfacción, comida, habitación, espacios comunes, zonas de recreo, trato recibido, horarios, actividades organizadas.

RC.b.2. Se han definido e implantado tiempos de respuesta a las quejas, sugerencias o reclamaciones.

VII. RESULTADOS EN PERSONAS (Rp)

Definición

Se trata de los resultados que está alcanzando el centro en relación con la satisfacción de las personas que lo componen.

Implicaciones clave

Las personas del centro son el conjunto del personal que trabaja en el mismo y aquellas otras que, directa o indirectamente, están al servicio de los/as clientes y ciudadanos/as.

Este criterio debe referirse a la satisfacción de todas las personas del centro y debe enlazarse con el criterio de gestión de recursos humanos.

Las mediciones deberán centrar su atención en las áreas sobre las cuales el centro tiene libertad para actuar.

Es importante para todas las organizaciones registrar directamente los resultados en las personas en lo que se refiere a la imagen que los/as empleados/as tienen del centro y de su misión, a las condiciones ambientales de trabajo, a la dirección del centro y de los sistemas de gestión, al desarrollo de la carrera profesional, al desarrollo de las capacidades del personal y a los productos y servicios que presta el centro.

Generalmente, las organizaciones realizan encuestas para conocer el grado de satisfacción del personal, pero pueden utilizarse otras herramientas complementarias (tales como los grupos focales).

Los centros disponen de una amplia variedad de indicadores internos que les permiten medir los resultados alcanzados en relación con las personas del centro, a su satisfacción, su rendimiento o desempeño, al desarrollo de sus capacidades, a su motivación y a su grado de compromiso con el desarrollo de la misión del centro.

Evaluación

Tomar en consideración las pruebas de los resultados logrados en relación con:

RP.a. Resultados de las mediciones de la satisfacción y motivación de las personas.

Estándares:

RP.a.1. Se estudia y analiza la satisfacción de las personas, garantizándose la realización de encuestas sistemáticas y periódicas o se utilizan otros sistemas de análisis de la satisfacción, garantizándose el feed-back o retroalimentación a los/as agentes implicados/as.

RP.a.2. Se realizan reuniones periódicas de seguimiento de objetivos estratégicos con profesionales, usuarios/as, familias y comunidad

RP.a.3. El centro cuenta con indicadores de seguimiento de actividades formativas y asignación presupuestaria para las mismas.

RP.b. Indicadores de los resultados en las personas.

Estándares:

RP.b.1. El centro mide el absentismo laboral y realiza un análisis posterior de las causas.

RP.b.2. Se evalúa periódicamente el número y características de las incidencias relacionadas con el personal.

RP.b.3. Se evalúa periódicamente la tasa de participación de los/as profesionales en actividades formativas.

RP.b.4. Se evalúa periódicamente la tasa de participación de los/as profesionales en actividades de mejora.

RP.b.5. Se evalúa periódicamente la tasa de participación del personal en foros de discusión internos.

VIII. RESULTADOS EN SOCIEDAD (Rs)

Definición

Resultados que el centro está alcanzando para satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad.

Aquí se incluye la percepción de cómo el centro trata las cuestiones relacionadas con la calidad de vida, el medio ambiente y la conservación de los recursos globales, así como las propias mediciones internas de eficacia que tenga el centro. Asimismo contempla sus relaciones con las autoridades y otros órganos que afecten y regulen sus actividades.

Implicaciones clave

El presente criterio medirá el impacto del centro en la sociedad al margen de su actividad principal o mandato legal.

Las mediciones pueden abarcar tanto las percepciones como, en su caso, los indicadores cuantitativos.

Evaluación

Tomar en consideración qué está logrando el centro en su impacto en la sociedad, con referencia a:

RS.a. Resultados del rendimiento social.

Dependiendo de la naturaleza del centro y de su misión, los indicadores pueden referirse a:

Estándares:

RS.a.1. El centro evalúa los resultados de actividades de formación dirigidas a la comunidad.

RS.a.2. El centro evalúa los resultados de sus actividades dirigidas a la creación y/o estabilización de empleo en la comunidad.

RS.a.3. El centro evalúa los resultados de sus actuaciones para luchar contra las situaciones de especial marginación de las mujeres con discapacidad.

RS.b.2. Se mide, evalúa y mejora la utilización de materiales reciclados.

IX. RESULTADOS CLAVE (Rx)

Definición

Qué resultados está obteniendo el centro en relación con sus fines y objetivos específicos y con la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan un interés financiero o de otro tipo en el centro.

Implicaciones clave

Los resultados clave del rendimiento se refieren a todos aquellos logros que el centro haya determinado que son esenciales y necesarios de medir para el éxito del centro a corto y largo plazo. Los resultados clave del rendimiento son medidas de la eficacia y la eficiencia o de la prestación de servicios o productos, de los fines y de los objetivos, incluyendo las metas específicas políticamente determinadas. Estas medidas serán tanto de tipo financiero como no financiero, y muchas de ellas estarán estrechamente conectadas con la política y estrategia (criterio II) y con los procesos clave (criterio V).

Los resultados se refieren a las mediciones del rendimiento del centro con respecto a la consecución de los fines y efectos de las actividades clave (eficacia) así como en relación con el funcionamiento interno del centro. Asimismo, pueden incluir mediciones del rendimiento del centro en cuanto al uso racional y económico que hace de sus recursos financieros (economía) y al uso eficiente de los mismos.

Evaluación

Tomar en consideración las pruebas de las tendencias en los resultados que esté obteniendo el centro, en relación con:

RX.a. Consecución de los objetivos.

Los resultados en la consecución de los objetivos pueden incluir:

Estándares:

RX.a.1. El centro mide y evalúa el grado de consecución de los objetivos definidos en la planificación estratégica.

RX.a.2. El centro evalúa los resultados de sus actividades según contrato programa acordado con la Dirección General.

RX.a.3. El centro mide, evalúa y mejora los indicadores de resultados de sus procesos clave.

RX.a.4. El centro mide, evalúa y mejora los casos de trato discriminatorio, abusivo o degradante hacia las personas usuarias-clientes.

RX.a.5. Se evalúan los resultados de actuaciones encaminadas a mejorar la intimidad de las personas usuarias-clientes.

RX.a.6. Se evalúan los resultados de actuaciones encaminadas a mejorar los planes individualizados de los/as usuarias/as-clientes.

RX.a.7. Se evalúan los resultados obtenidos en términos de inclusión social de las personas usuarias-clientes, en los ámbitos cultural, laboral, familiar, vivienda, etc.

RX.b. Rendimiento financiero.

Estándares:

RX.b.1. El presupuesto anual está en consonancia con los objetivos previstos.

RX.b.2. Se acredita el destino de las ayudas y subvenciones percibidas.

RX.b.3. Se realiza control presupuestario al menos trimestralmente.

RX.b.4. Se evalúan y corrigen las desviaciones detectadas en el seguimiento presupuestario.

RX.b.5. Se evalúan y mejoran las causas origen de sanciones impuestas por la Administración.

RX.b.6. Se realizan auditorías financieras