

PLAN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE NAVARRA (2010-2013)

**Aprobado por ORDEN FORAL 260/2010, de 12 de agosto, de la
Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte.**

Equipo Redactor	Profesionales colaboradores	
<p>Marta Álvarez Alonso. Directora General de Asuntos Sociales y Cooperación al Desarrollo.</p> <p>Pilar García García. Directora Servicio de Calidad e Inspección</p> <p>Inmaculada Rández López. Directora. Servicio Planificación e Infraestructuras.</p> <p>Jesús Castiella Lafuente. Exjefe de Sección de Calidad.</p> <p>Raquel Juanicorena Izcue. Técnica de la Sección de Calidad.</p> <p>Idoia Pardo Pardo. Técnica de la Sección de Calidad.</p>	<p>Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte:</p> <p>Carmen Aguirre Hernández. Exsubdirectora Atención a las Dependencias.</p> <p>Iosune Arévalo Domínguez. Becaria de Periodismo.</p> <p>M^a José Arozarena Gómez. Exjefa Sección de Inspección.</p> <p>Carmelo Ayerra Gurpegui. Técnico de Inspección.</p> <p>Pilar Elcarte Elcarte. Subdirectora Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia.</p> <p>Maite Escostegui Goñi. Directora de la Residencia Santo Domingo de Estella.</p> <p>Pilar Ferrero Peso. Técnica de Inspección.</p> <p>Belén Guillén Gil. Exdirectora de Coordinación y Cooperación con las Entidades Locales.</p> <p>M^a Jesús Gutiérrez Álvarez. Subdirectora Planificación y Gestión de las Políticas de Igualdad.</p> <p>Juan Miguel Izquieta Etulain. Director Servicio de Incorporación Social.</p> <p>M^a José Larrea Álvarez. Subdirectora de Gestión.</p> <p>Juan José Lerga Ucar. Técnico de la Sección de Inspección.</p> <p>Ana Lete Laurenz. Directora de Promoción, Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia.</p> <p>Petra Lizaaur Aliaga. Responsable de cuidadores del Centro San José</p> <p>José Miguel Olcoz Amatriain. Técnico de Inspección.</p> <p>Ana Oller Font. Técnica de Inspección</p> <p>Bakarne Razquin Bozal. Directora de El Vergel.</p> <p>Begoña Rodríguez Marcos. Directora Gerente Agencia Navarra para la Dependencia.</p> <p>Mikel San Julián Resano. Director del Centro San José.</p> <p>José Sarasate García. Becario de Sociología.</p> <p>Alicia Segura Maisterra. Jefa Sección de Gestión Presupuestaria.</p> <p>Iban Villanueva Lerín. Becario de Periodismo.</p>	<p>En Otros Departamentos:</p> <p>José Domingo Cabrera. Subdirector de Salud Mental.</p> <p>Carmen Garde Garde. Coordinadora del Plan Sociosanitario.</p> <p>Carmen García de Eulate Martín-Moro. Jefa de Programas de la Subdirección de Salud Mental.</p> <p>Marina Sagasetta López. Socióloga del Departamento de Salud.</p> <p>En Centros de Servicios Sociales</p> <p>M^a José Arrieta Azpilicueta. Coordinadora de ocio de empresa de ámbito provincial.</p> <p>Gemma Botín Cociña. Directora de centro de discapacidad psíquica de Pamplona y comarca de FEAPS.</p> <p>Cristina Cuesta Lerín. Dietista de centros de tercera edad.</p> <p>Miriam Fernández Vicente. Terapeuta ocupacional de centro de personas con daño cerebral.</p> <p>Juan Chivite Trincado. Encargado de centro ocupacional de discapacidad psíquica de la zona de Tudela.</p> <p>Elena González Jiménez. Responsable de calidad de centro de 3^a edad de Tudela perteneciente a LARES.</p> <p>Uxue Lazkanotegui Matxiarena. ATS de centro de personas con enfermedad mental de la zona norte de Navarra.</p> <p>Gorka Moreno Arnedillo. Psicólogo de centro de menores.</p> <p>Belén Mateo. Directora de centro de discapacidad física.</p> <p>Estíbaliz Navarro Fernández. Supervisora de gerocultores de centro residencial de tercera edad de Pamplona y comarca.</p> <p>Iratxe Ojer Campos. Coordinadora de LARES Navarra.</p> <p>M^a Aránzazu Ruiz de Larramendi Fernández. Fisioterapeuta de centro de tercera edad de la zona de Estella.</p> <p>Iosune Zaratiegui Reta. Educadora social de centro de menores.</p> <p>Diseño y maquetación</p> <p>Nieves Iriarte Iriarte.</p> <p>Blanca Iruozqui Eguaras.</p>
<p>Entidades colaboradoras</p> <p>UGT</p> <p>CC.OO.</p> <p>ANFAS</p> <p>CORMIN</p> <p>Confederación de Empresarios de Navarra.</p> <p>Federación Navarra de Municipios y Concejos.</p> <p>Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.</p> <p>Departamento de Trabajo Social de la UPNA.</p> <p>Universitarios por la Ayuda Social de la Universidad de Navarra.</p>		

Nuestro agradecimiento especialmente a todos los centros de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra por su colaboración en la elaboración del diagnóstico de este Plan.

La Empresa CIES ha realizado el trabajo de campo de la Investigación de Calidad de los Servicios Sociales de Navarra.

La Fundación Avedis Donabedian ha llevado a cabo la realización del trabajo de campo, las encuestas en profundidad a personas clave del Departamento, de los cursos de formación a inspectores y la adaptación del cuestionario que posteriormente se pasó en centros a personas usuarias, familiares y profesionales.

PRESENTACIÓN

Supone un honor presentarles el I Plan de Calidad de Servicios Sociales, 2010-2013, uno de los tres pilares en los que se asienta el nuevo sistema social de Navarra, cuyo origen se remonta a la pionera Ley Foral 15/2006, de Servicios Sociales. Tras la aprobación de la Cartera de Servicios Sociales de ámbito General y del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra quedaba pendiente, para ultimar la configuración del sistema de protección y atención social, la aprobación de este Plan de Calidad, cuya elaboración ha sido fruto del diálogo permanente y del consenso con todos los agentes implicados y la ciudadanía navarra.

Con este Plan, pretendemos hacer frente con mayor eficacia a los desafíos que plantea el nuevo sistema de garantía de derechos, garantizando un nivel mínimo de calidad en todos los servicios y en todas las áreas de intervención y fomentando la cultura de la mejora continua en el ámbito de los servicios sociales.

Este Plan de Calidad supone, por lo tanto, una búsqueda permanente de una mejor manera de hacer las cosas, persiguiendo el fin último: mejorar la calidad de vida de las personas más vulnerables y sus familias.

Desde el Gobierno de Navarra entendemos que la calidad asistencial en servicios sociales es de responsabilidad pública y, por ello, una de nuestras prioridades es promover, fomentar y articular los mecanismos necesarios para generar una cultura de la calidad.

Estoy segura de que el Plan de Calidad de los Servicios Sociales servirá de orientación para los equipos profesionales y la ciudadanía que, en definitiva, son las personas destinatarias de nuestro trabajo, y las que tienen el derecho de conocer cuál es el futuro que pretendemos construir para todos y todas.

Por último, quiero agradecer la colaboración y la implicación de todas las personas, entidades, organizaciones, asociaciones e instituciones que han trabajado y han contribuido para hacer realidad este Plan.



Mª Isabel García Malo
Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES	13
II.1. METODOLOGÍA LLEVADA A CABO EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO	15
II.1.1. Evaluación externa de calidad de servicios residenciales y de atención diurna de todas las áreas de la Comunidad Foral de Navarra.....	15
II.1.2. Consulta a las personas usuarias y familiares sobre el grado de satisfacción de los servicios de atención residencial y de atención diurna recibidos.	19
II.1.3. Consulta a los trabajadores de los servicios sociales sobre la calidad de vida en el trabajo.....	22
II.1.4. Entrevistas a personas claves del sector.	23
II.1.5. Taller de mejora continua de la calidad.	23
II.1.6. Análisis de fuentes secundarias.....	24
II.2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DIAGNÓSTICO.	25
II.2.1. Resultados obtenidos de la evaluación externa de los niveles de calidad en los servicios residenciales y de atención diurna de la Comunidad Foral de Navarra.	25
II.2.2. Resultados de la consulta a las personas usuarias de servicios de mayores y de discapacidad y a los familiares o representantes legales de los mismos sobre la satisfacción por el servicio recibido.	45
II.2.3. Resultados de la consulta realizada a los trabajadores de los servicios sociales sobre la calidad de vida laboral.	61
II.2.4. Resultados obtenidos de las entrevistas a técnicos del Departamento de Asuntos Sociales considerados relevantes.....	76
II.2.5. Resultados obtenidos del taller de mejora continua de la calidad.....	77
II.2.6. Resultados obtenidos de fuentes secundarias	78
II.2.7. Conclusiones	79
II.3. ANÁLISIS INTEGRADO DE LA SITUACIÓN.....	81
II.3.1. Conclusiones finales.....	85
III. PLAN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE NAVARRA.....	89
III.1. VISIÓN, MISIÓN, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS	89
III.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS:.....	93
IV. FASES DE IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	113

I. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley Foral 15/2006, de 14 de junio, de Servicios Sociales, y tras la aprobación del Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General que concreta el derecho de las personas a las prestaciones del sistema público de atención social; y del Primer Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008-2012, el Gobierno de Navarra ha elaborado el I Plan de Calidad de los Servicios Sociales de Navarra.

Este Plan constituye el tercer pilar en el que se asienta la construcción del nuevo sistema de servicios sociales de Navarra derivado de la Ley Foral, junto con la concreción de la garantía de derechos y la planificación estratégica, y su fin fundamental es garantizar la mejora de la calidad asistencial de todas las personas susceptibles de ser atendidas por los servicios sociales a través de un modelo de atención centrado en las personas.

De este modo, el Plan de Calidad contempla, entre sus objetivos, el derecho de la ciudadanía navarra a una atención de calidad que garantice unos estándares mínimos independientemente del municipio en que se resida.

De manera previa a su formulación y como punto de partida, se realizó un diagnóstico sobre la situación actual del sistema público de servicios sociales en Navarra y sus niveles de calidad, con el fin de que, a partir de sus resultados, se propusieran actuaciones concretas de mejora en las áreas que presentasen aspectos claramente mejorables en términos de calidad asistencial.

Con respecto a la metodología empleada, se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- a). Evaluación externa de los centros residenciales de todas las áreas de servicios sociales para identificar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad, considerados básicos, y diseñados ad hoc para este objetivo.
- b). Consulta, mediante cuestionarios aplicados por entrevistadores a personas usuarias y familiares, sobre el grado de satisfacción de los servicios recibidos.
- c). Consulta, mediante cuestionario autoaplicado a los trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales, sobre la calidad de vida laboral.
- d). Realización de entrevistas semiestructuradas a personas consideradas claves del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte de la Comunidad Foral de Navarra
- e). Realización con distintos profesionales de los Servicios Sociales de Navarra, de un taller básico de calidad.
- f). Análisis de documentación referente a los Servicios Sociales de Navarra, así como de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.

A partir del análisis, se elaboró el I Plan de Calidad de los Servicios Sociales de Navarra que contiene 10 líneas estratégicas:

- Línea Estratégica 1.** Soporte técnico para el establecimiento y cumplimiento de estándares mínimos de calidad para la autorización y homologación administrativa.
- Línea Estratégica 2.** Modelo de atención orientado a la persona usuaria/cliente.
- Línea Estratégica 3.** Ayuda a la mejora de la calidad de vida de las familias de las personas usuarias/clientes.
- Línea Estratégica 4.** Mejora de la calidad y fomento de la mejora continua en la gestión y prestación de Servicios Sociales.
- Línea Estratégica 5.** Fomento de la seguridad y gestión del riesgo.
- Línea Estratégica 6.** Calidad en el empleo.
- Línea Estratégica 7.** Fomento de la cultura de la calidad en las diferentes áreas de intervención en Servicios Sociales.
- Línea Estratégica 8.** Mejora de la coordinación y cooperación.
- Línea Estratégica 9.** Calidad en las políticas públicas.
- Línea Estratégica 10.** Promoción de la igualdad de género.

Cada una de estas líneas incluye una serie de medidas y actuaciones que aparecen detalladas, acompañadas de un cronograma que organizan su actuación en el tiempo. Se detalla el periodo de implantación de las actuaciones que conlleva la ejecución de cada medida, los indicadores para la evaluación, las personas responsables de impulsar las medidas, y si éstas conllevan o no coste económico, que en caso de conllevarlo se refleja en la memoria económica que acompaña al Plan.

De esta manera, el I Plan de Calidad de Servicios Sociales de Navarra 2010-2013 se configura como una herramienta para la mejora de la calidad asistencial, la calidad y transparencia en la gestión de los servicios, y la calidad en el empleo de los servicios sociales.

II. ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

II.1. METODOLOGÍA LLEVADA A CABO EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO

II.1.1. Evaluación externa de calidad de servicios residenciales y de atención diurna de todas las áreas de la Comunidad Foral de Navarra

Con la finalidad de poder evaluar los niveles de calidad en los servicios residenciales y de atención diurna, se diseñaron por el Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte 52 criterios de calidad para llevar a cabo este objetivo. Destacar, por ejemplo, los instrumentos de medida para evaluar aspectos de atención, los organizativos o los de gestión. Algunos comunes para todo tipo de centros (29), y otros específicos para cada línea de atención (23). Estos criterios se encuentran agrupados por doce dimensiones que se exponen a continuación.

Tabla 1: Criterios utilizados para efectuar el diagnóstico.

ASPECTO RELEVANTE	IND. NÚM	CRITERIO
DIMENSIÓN 1. ATENCIÓN A LA PERSONA Y A LA FAMILIA		
Valoración integral	1-GEN	Se realiza una valoración integral de la persona para identificar necesidades de intervención y/o soporte por parte de los servicios sociales.
Plan de atención individualizada	2-GEN	Se elabora, de manera consensuada con la persona, un plan de trabajo, atención y/o soportes individualizado
Registro de la atención	3-GEN	Las personas atendidas en el dispositivo o servicio tienen un seguimiento por parte del equipo de intervención/atención interdisciplinar.
Alimentación	4-GEN	Los centros y/o servicios cuentan con un programa de alimentación.
Aseo y vestido	5-GEN	Existe un programa de aseo personal.
Aseo y vestido	6-GEN	Existe un programa de vestido.
Atención de la salud	7-GEN	El centro cuenta con un programa de atención para la salud.
Atención de la salud	8-GEN	Existen mecanismos en los dispositivos de atención para realizar un uso seguro de la medicación.
Continuidad de la atención	9-GEN	Coordinación con otros dispositivos implicados en la gestión del caso.

ASPECTO RELEVANTE	IND. NÚM	CRITERIO
DIMENSIÓN 2. ASPECTOS RELACIONALES Y DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS		
Información	10-GEN	Existe una sistemática para asegurar la adecuada información de las personas usuarias, familiares y ciudadanos/as atendidos/as.
Participación de los usuarios	11-GEN	Existen mecanismos de participación activa de los usuarios/as.
Derechos de las personas	12-GEN	Se garantiza una atención digna a las personas.
Derechos de las personas	13-GEN	Se protege la intimidad de las personas usuarias.
Derechos de las personas	14-GEN	Se abordan las situaciones especiales de las personas usuarias.
Atención a la familia	15-GEN	Se trabaja para favorecer la relación con la familia y/o referentes sociales.
Integración con la comunidad	16-GEN	Se promueve la integración en el entorno comunitario.
Protección de datos	17-GEN	Se garantiza la protección de datos de carácter personal.
DIMENSIÓN 3. ENTORNO		
Adecuación de las instalaciones	18-GEN	Se dispone de las dependencias adecuadas.
Limpieza del centro	19-GEN	Se garantiza la limpieza adecuada de todas las instalaciones del centro.
Gestión de la ropa	20-GEN	Se cuenta con servicio de lavandería que de respuesta a las necesidades de las personas usuarias.
Equipamiento del centro	21-GEN	Se dispone del equipamiento necesario para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias.
Seguridad de las instalaciones	22-GEN	El centro dispone de los mecanismos de seguridad y habitabilidad básicos para asegurar un entorno seguro.
DIMENSIÓN 4. CALIDAD EN EL EMPLEO		
Estabilidad del equipo	23-GEN	Los servicios cuentan con equipos interdisciplinares estables.
Prevención riesgos laborales	24-GEN	El centro o servicio cuenta con un Programa de prevención de riesgos laborales.
Plan de formación	25-GEN	El centro o servicio cuenta con un Plan de formación del personal del centro.
Desarrollo profesional	26-GEN	Existen mecanismos al centro para potenciar el desarrollo profesional de los/las profesionales y mejora del clima de trabajo.
Promoción igualdad de género	27-GEN	En el centro se cuenta con políticas para promover la igualdad de género.
DIMENSIÓN 5. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO		
Documentación del centro	28-GEN	Se dispone de una póliza de responsabilidad civil en vigor.
Documentación del centro	29-GEN	El centro cuenta con la documentación básica.

ASPECTO RELEVANTE	IND. NÚM	CRITERIO
DIMENSIÓN 6. MENORES EN DESPROTECCIÓN		
Valoración integral	1-MEN	Se deja constancia en todo momento de la valoración del riesgo del menor.
Persona de referencia	2-MEN	Cada menor dispone de un/a tutor/a y de un/a cotutor/a.
Coordinación con centros educativos	3-MEN	Los centros de menores tienen establecido un sistema de coordinación con los centros educativos para facilitar el proceso de escolarización de los y las menores.
Bienestar emocional	4-MEN	El centro ofrece actividades recreativas y lúdicas para favorecer el bienestar emocional de los y las menores y aprendizaje de habilidades sociales a través del juego.
DIMENSIÓN 7. PERSONAS MAYORES		
Seguridad de la atención	1-PM	Definición de sistemas de prevención y mejora de los principales riesgos geriátricos.
Seguridad de la atención	2-PM	En los expedientes de atención de las personas usuarias consta la valoración periódica de diferentes riesgos.
Seguridad de la atención	3-PM	Atención a la persona con trastornos cognitivos y/o demencia.
Seguridad de la atención	4-PM	La contención sólo se utiliza cuando es estrictamente necesario y se han agotado las diferentes alternativas existentes.
DIMENSIÓN 8. PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA		
Seguridad de la atención	1-DF	Existe una definición de los sistemas de prevención y mejora de los principales riesgos.
Promoción de la autonomía	2-DF	La utilización de ayudas técnicas para la promoción de la autonomía se encuentra protocolizada.
Seguridad de la atención	3-DF	La contención física solo se utiliza cuando es estrictamente necesario y se han agotado las diferentes alternativas existentes.
DIMENSIÓN 9. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL		
Seguridad de la atención	1-DI	Existe una definición de los sistemas de prevención y mejora de los principales riesgos.
Seguridad de la atención	2-DI	La intervención en casos de trastornos de conducta se encuentra descrita y se realiza un seguimiento.
Seguridad de la atención	3-DI	La contención física solo se utiliza cuando es estrictamente necesario y se han agotado las diferentes alternativas existentes.
DIMENSIÓN 10. PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL		
Valoración integral	1-SM	Se realiza una valoración del impacto de la enfermedad mental en la capacidad funcional de la persona.
Integración laboral	2-SM	Se cuenta con un Programa de orientación laboral para las personas que tengan capacidad de inserción laboral
Adherencia al tratamiento	3-SM	Existe un sistema de coordinación con los sistemas de salud para asegurar el adecuado seguimiento del tratamiento psiquiátrico de las persona usuarias.

ASPECTO RELEVANTE	IND. NÚM	CRITERIO
DIMENSIÓN 11. INCORPORACION SOCIAL		
Recursos comunitarios	1-IS	Se promociona la utilización de recursos comunitarios.
Recursos comunitarios	2-IS	Se valora de forma periódica el riesgo social.
Integración laboral	3-IS	Se cuenta con un programa de orientación laboral para las personas que tengan capacidad de inserción laboral.
DIMENSIÓN 12. PERSONAS CON PROBLEMAS DE MALTRATO/VIOLENCIA DE GÉNERO		
Valoración integral	1-VG	Se realiza una valoración de la situación de cada uno de las personas miembros de la unidad familiar que conviven con la persona a la cual se le da soporte y protección por parte de servicios sociales.
Integración laboral	2-VG	El servicio o dispositivo cuenta con un programa de inserción laboral.
Seguridad de la atención	3-VG	Se cuenta con un programa de soporte para la promoción de la seguridad de la persona con problemas de violencia de género.

Para la priorización y diseño de los criterios se tuvieron en cuenta las exigencias normativas de la Comunidad Foral de Navarra, las experiencias de otras Comunidades Autónomas, los estándares internacionales existentes y las recomendaciones efectuadas por el equipo de inspección del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte.

La evaluación de los criterios básicos se hizo de dos maneras. Por un lado, se consideraron los datos obtenidos por el equipo de Inspección del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte (a través de la observación de expedientes, protocolos de funcionamiento, información del personal y observación de las instalaciones); y, por otro, los datos facilitados por las personas responsables de los centros participaron en el estudio cumplimentando un cuestionario integrado por 166 preguntas concretas.

Los servicios objeto de evaluación fueron los siguientes:

Tabla 2: Servicio objeto de evaluación por líneas de atención, por tipo de servicio y por áreas.

Dispositivos evaluados	INSPECCIÓN		AUTOEVALUACIÓN	
	Número de centros	%	Número de centros	%
Dispositivos por Líneas de Atención				
Menores en desprotección	8	5,1%	9	6,4%
Personas mayores	76	48,7%	69	49,3%
Personas con discapacidad física	8	5,1%	8	5,7%
Personas con discapacidad intelectual	33	21,2%	30	21,4%
Personas con discapacidad por enfermedad mental	10	6,4%	10	7,1%
Incorporación social	11	7,1%	5	3,6%
Familia y comunidad	10	6,4%	9	6,4%
TOTAL	156	100%	140	100%
Tipos de servicios evaluados				
Centro de acogida	12	7,7%	9	6,4%
Centro de día	13	8,3%	13	9,3%
Centro de rehabilitación	4	2,6%	4	2,9%
Centro ocupacional	22	14,1%	20	14,3%
Centro residencial	84	53,8%	75	53,6%
Granja taller escuela	4	2,6%	4	2,9%
Pisos	17	10,9%	15	10,7%
TOTAL	156	100%	140	100%
Áreas de Servicios Sociales				
Estella	22	14,1%	17	12,1%
Navarra Noreste	8	5,1%	8	5,7%
Navarra Noroeste	16	10,3%	14	10,0%
Pamplona y comarca	74	47,4%	68	48,6%
Tafalla	16	10,3%	16	11,4%
Tudela	20	12,8%	17	12,1%
TOTAL	156	100%	140	100%

II.1.2. Consulta a las personas usuarias y familiares sobre el grado de satisfacción de los servicios de atención residencial y de atención diurna recibidos

El trabajo de campo para realizar esta evaluación se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 2008.

La referencia de población a estudio la constituyeron las personas objeto de atención de los servicios residenciales y de atención diurna inscritos en el Registro Oficial de Centros y Servicios de Servicios Sociales. El número total de personas atendidas en estos recursos es de 8.206 y el número de centros asciende a 171.

Teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio era conocer el grado de satisfacción de las personas usuarias de los distintos servicios, se pretendió que, en la medida de lo posible, fueran las propias personas usuarias las que respondieran a las preguntas, recurriendo a los familiares o personas de referencia, sólo en aquellos casos en los que el estado de la personas no lo permitiera.

Técnicas de valoración por áreas de intervención

En personas mayores, discapacidad, enfermedad mental y exclusión social se realizaron entrevista de dos modalidades, bien a través de entrevistas presenciales a las personas usuarias en función de su capacidad para responder o bien a través de encuestas telefónicas a las familias o representantes legales de las personas usuarias.

En el área de atención al menor se consideró lo más adecuado la realización de grupos focales, mediante los cuales los menores seleccionadas pudieron exponer libremente sus opiniones.

En el área de violencia de género, teniendo en cuenta las características y el número de personas que componen este colectivo, se consideró lo más adecuado realizar entrevistas personales semiestructuradas con algunas de ellas.

Características generales de la muestra

La muestra con la que se trabajó es representativa de la población general de Navarra y de cada una de las líneas de intervención.

La fuente de marco muestral lo constituyó el registro de Centros y Servicios del Servicio de Calidad e Inspección del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte.

El cálculo de la muestra se realizó con la colaboración de la Sección de Infraestructura Estadística del Instituto de Estadística de Navarra, dependiente del Departamento de Economía y Hacienda

Considerando que cada línea de atención tenía muy pocas características comunes con las otras, (por ejemplo, menores con tercera edad, discapacidad física con mujeres víctimas de violencia de género etc., cada una de ellas constituye una población diferenciada de las otras), se extrajeron tantas muestras como áreas de intervención.

La muestra resultante es la que aparece representada en la siguiente tabla:

Tabla 3: Grado de satisfacción de las personas usuarias y familiares por áreas de intervención.

G.GRUPO	D. GRUPO DET	Datos	N	Error	N
DISC FÍSICA	Centros de día	Cuenta de g. grupo	3		
		Suma de nº de plazas	152	7,7%	80
	Centros ocupacionales	Cuenta de g. grupo	2		
		Suma de nº de plazas	20	7,3%	20
	Centros residenciales	Cuenta de g. grupo	5		
		Suma de nº de plazas	173	8,0%	82
Nº de plazas DISCAPACIDAD FÍSICA			355	5,0%	188
DISC PSÍQUICA	Centros de día	Cuenta de g. grupo	5		
		Suma de nº de plazas	76	7,8%	52
	Centros ocupacionales	Cuenta de g. grupo	17		
		Suma de nº de plazas	656	7,9%	130
	Centros residenciales	Cuenta de g. grupo	14		
		Suma de nº de plazas	536	8,0%	122
Nº de plazas DISCAPACIDAD PSÍQUICA			1.268	5,0%	304
ENFERMEDAD MENTAL	Centros de rehabilitación psicospol	Cuenta de g. grupo	4		
		Suma de nº de plazas	230	6,8%	111
	Centros residenciales	Cuenta de g. grupo	7		
		Suma de nº de plazas	134	7,1%	80
Nº de plazas ENFERMEDAD MENTAL			364	5,0%	191
INCLUSIÓN SOCIAL	Albergues, centro acogida residencial	Cuenta de g. grupo	17		
		Suma de nº de plazas	246	6,5%	120
	Centros ocupacionales	Cuenta de g. grupo	4		
		Suma de nº de plazas	140	7,7%	77
Nº de plazas INCLUSIÓN SOCIAL			386	5,0%	197
TERCERA EDAD	Centros de día	Cuenta de g. grupo	11		
		Suma de nº de plazas	305	6,6%	131
	Centros residenciales	Cuenta de g. grupo	71		
		Suma de nº de plazas	5349	6,3%	243
Nº de plazas TERCERA EDAD			5.654	5,0%	374
VIOLENCIA DE GÉNERO	Centros residenciales	Cuenta de g. grupo	6		
		Suma de nº de plazas	42		
Nº de plazas VIOLENCIA DE GÉNERO			42	5,0%	38
Total Nº de plazas			8.069	2,5%	1.282

II.1.3. Consulta a los trabajadores de los servicios sociales sobre la calidad de vida en el trabajo

La valoración de la calidad en el empleo de los/las profesionales de los servicios sociales, se realizó por medio de un cuestionario autoaplicado al que respondieron las personas trabajadoras de una muestra representativa de la población.

Técnica de valoración: cuestionario ECTV

La referencia del cuestionario elegido para valorar la calidad en el empleo de los servicios sociales fue aportada por el Instituto de Estadística de Navarra y tiene las siguientes características:

- a. El Cuestionario seleccionado es el ECVT, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y está incluido en el Plan de Estadísticas Nacional 2005-2008 aprobado por el Real Decreto 1911/2004, de 17 de septiembre.
- b. Este cuestionario investiga los siguientes bloques de contenidos:
 - Datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios de la persona encuestada.
 - Situación laboral: Ocupación y movilidad laboral y geográfica
 - Calidad de vida en el trabajo, satisfacción en el trabajo, organización del trabajo, entorno laboral, negociación colectiva, asociacionismo, seguridad en el trabajo, formación académica y profesional, conciliación de la vida laboral y familiar.

Características generales de la muestra

Para elegir la muestra de personas trabajadoras, se dividió dicha población por estratos, y se consideraron los siguientes:

- Profesionales de los centros públicos de gestión directa por el Gobierno de Navarra.
- Profesionales de centros públicos no dependientes del Gobierno de Navarra.
- Profesionales de centros de titularidad pública con gestión concertada
- Profesionales de centros privados y gestión no concertada.

Realizadas las encuestas, se recogieron 721 cuestionarios cumplimentados (aproximadamente el 36% de los repartidos), lo cual garantiza un nivel de confianza del 95% y un margen de error de más menos 3%. (CIES, p. 7).

II.1.4. Entrevistas a personas claves del sector

Con las finalidades enunciadas, se realizaron un total de 8 entrevistas semiestructuradas a personas del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. En dichas entrevistas se abordaron los siguientes contenidos:

- ⇒ Dificultades u oportunidades de mejora que se detectan en la propia organización
- ⇒ Dificultades u oportunidades de mejora identificadas a nivel de sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra

Las personas entrevistadas fueron las siguientes:

- ⇒ Responsables de áreas (4):
 - Planificación
 - Inspección
 - Gestión
 - Recursos humanos
- ⇒ Responsables de líneas (4):
 - Atención al Menor
 - Dependencia
 - Exclusión social
 - Entidades locales

II.1.5. Taller de mejora continua de la calidad

Con la finalidad de conocer la opinión de los/las distintos/as profesionales del sector sobre algunos temas centrales de los servicios sociales, se llevó a cabo un taller de calidad conformado por treinta y seis profesionales de entidades públicas y privadas del sector con distintos perfiles profesionales.

El objetivo general del taller era el siguiente:

“Conocer y utilizar las herramientas metodológicas necesarias para facilitar la puesta en marcha y el seguimiento de las actividades de evaluación y mejora de la calidad en el ámbito de la calidad de los Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra”

Los contenidos se orientaron hacia los principios básicos de la calidad, la calidad de la atención, el concepto de mejora continua de la calidad, metodología cualitativa para la evaluación y la mejora, evaluación mediante indicadores, la implantación de acciones de mejora y la estrategia del cambio.

Las aportaciones de las personas participantes en el taller han sido incorporadas al estudio diagnóstico de la situación de los servicios sociales en Navarra.

II.1.6. Análisis de fuentes secundarias.

La documentación analizada ha sido la siguiente:

- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.
- Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general y que concreta el derecho de las personas a los servicios sociales.
- Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Navarra.
- Informe resumen de los centros y servicios de Servicios Sociales realizado por la Inspección de Servicios Sociales.

II.2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DIAGNÓSTICO

II.2.1. Resultados obtenidos de la evaluación externa de los niveles de calidad en los servicios residenciales y de atención diurna de la Comunidad Foral de Navarra

A continuación se presentan los resultados globales de los elementos de medida de cada criterio. Están estructurados en función de las 12 dimensiones, tanto las que hacen referencia a criterios comunes como a las áreas de intervención.

Tabla 4: Resultados globales por criterios.

Dimensión 1: ATENCIÓN A LA PERSONA Y A LA FAMILIA			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-GEN: Valoración integral de la persona:		80%	54,6%
La valoración incluye aspectos sociales, funcionales, psicológicos – cognitivos y emocionales y de salud.	76,5%		
Valoración social.	76,5%		
Valoración funcional.	78,2%		
Valoración cognitiva.	79,4%		
Valoración estado de salud.	84,8%		
La evaluación se realiza al inicio de la atención, y como mínimo anualmente, o cuando se detecten cambios significativos, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	82,1%		
2-GEN: Plan de trabajo, atención y/o soportes		80%	52,5%
Cada persona tiene elaborado su plan de trabajo individualizado y constan los problemas o áreas de intervención, objetivos, estrategias y/o acciones y responsables de llevarlas a cabo.	60,1%		
El plan de atención se elabora con la participación de los diferentes miembros del equipo interdisciplinario.	52,7%		
El plan se mantiene actualizado y se realiza una evaluación del plan como mínimo de forma anual y con los cambios significativos.	51,6%		

Criterio		Estándar	Cumplimiento
3-GEN. Seguimiento Interdisciplinar		80%	60,9%
En el expediente de atención cada persona tiene un seguimiento interdisciplinar individualizado.	64,0%		
4-GEN. Programa de alimentación		80%	65,6%
Existencia de protocolo con dietas descritas. (Evaluar en centros ambulatorios sólo si procede).	63,0%		
Existe una planificación periódica de menús.	91,3%		
Existencia de un mecanismo para asegurar que las personas reciben la dieta adecuada (Evaluar en centros ambulatorios sólo si procede).	84,0%		
Existencia de un mecanismo para asegurar que las personas reciben la dieta a la temperatura adecuada, (evaluar en centros ambulatorios sólo si procede).	82,5%		
Existencia de mecanismos para asegurar seguridad alimentaria, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	80,4%		
Carné de manipuladores de alimentos del personal de alimentos.	89,6%		
Carné de manipuladores de alimentos del personal asistencial.	84,7%		
Análisis de puntos críticos según periodicidad y normativa establecida.	75,2%		
Conservación adecuada de alimentos.	88,3%		
5-GEN. Programa de aseo personal		80%	64,8%
Existe un protocolo para realizar el aseo, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	67,2%		
Existe una frecuencia mínima en la ducha/baño, (sólo evaluar en centros residenciales).	91,7%		
Las personas residentes tienen una higiene personal adecuada, (sólo evaluar en centros residenciales).	96,8%		
Se observa que no existen olores provenientes de detritus fisiológicos. (Sólo evaluar en centros residenciales y centros de día).	100,0%		
6-GEN. Programa de vestido		80%	100,0%
Las personas residentes van con la ropa limpia y planchada.	100,0%		
Las personas residentes van con la ropa adecuada y necesaria.	100,0%		

Criterio		Estándar	Cumplimiento
7-GEN. Programa de atención para la salud		80%	53,6%
Se realiza una valoración del estado de salud al inicio de la atención.	78,2%		
Se realiza una valoración del estado de salud como mínimo de forma anual y cuando proceda.	68,1%		
Existen protocolos sanitarios, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	71,2%		
Las personas usuarias se derivan de forma adecuada a otros centros sanitarios.	61,4%		
Existencia de protocolo.	48,3%		
Garantías durante el traslado.	53,6%		
Informe de derivación.	57,7%		
8-GEN. Mecanismos para un uso seguro de la medicación		80,0%	53,0%
Existencia de un registro de la prescripción de medicación.	81,4%		
Existencia de un registro de la administración de medicación.	68,3%		
Existencia de un control de las condiciones de almacenamiento.	79,0%		
Sistema de conservación.	90,9%		
Control de caducidades.	78,6%		
Acceso restringido.	84,9%		

Dimensión 2: ASPECTOS RELACIONALES Y DERECHOS DE LAS PERSONAS			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
9-GEN. Coordinación con otros centros		80%	22,2%
Existencia de una sistemática de coordinación para el seguimiento de casos con organismos locales, (comunitarios, SS y de salud).	20,6%		
Servicios sociales.	28,8%		
Servicios de salud.	35,3%		
Servicios comunitarios.	23,3%		
10-GEN. Adecuada información de las personas usuarias, familiares y personas atendidas:		80%	70,3%
La información que afecta a las personas usuarias está expuesta en lugar visible.	76,1%		
Se informe de forma adecuada a las personas usuarias y familiares en el momento del ingreso, (normas, derechos y deberes, instalaciones, horarios menús...).	95,0%		
La persona usuaria y referente social están informados de la evolución de la persona y funcionamiento básico del centro, (normas, derechos y deberes, horarios, menús, cuestiones de carácter sociosanitario, evolución, actividades, relaciones, incidentes...).	86,2%		
11-GEN. Participación activa de los usuarios		80%	14,0%
Participación de los usuarios en la toma de decisiones sobre las cuestiones de la vida cotidiana que les afectan, (sólo evaluar en centros residenciales).	25,1%		
Se dispone de Consejo de Participación.	68,5%		
Los mecanismos de participación funcionen de forma adecuada (mínimo una vez cada).	52,8%		
Existe un procedimiento o protocolo que garantice la participación libre y voluntaria en mecanismos de participación y ejercicio de derechos de la ciudadanía, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	22,4%		
Se dispone de otros sistemas de participación de la persona usuaria y familia.	47,5%		
Las personas usuarias y/o referentes sociales pueden participar de forma activa en la elaboración del Plan de trabajo y/o de atención individualizado.	42,4%		
Está definido el sistema de gestión de las quejas y de las sugerencias.	45,1%		
Existen hojas de reclamación a disposición de las personas usuarias.	92,6%		
Existe un buzón de sugerencias.	70,9%		
Existe una sistemática para analizar, dar respuesta y proponer mejoras de las reclamaciones y sugerencias presentadas.	48,8%		

Criterio		Estándar	Cumplimiento
12-GEN. Atención digna a las personas		80%	79,0%
Se identifica un trato adecuado y respetuoso con los valores de la persona.	100,0%		
Se celebran eventos especiales y personales: cumpleaños, aniversarios....., (evaluar en centros ambulatorios si procede).	79,5%		
Se permite a la persona usuaria decorar su habitación, (sólo evaluar en centros residenciales).	98,5%		
Se identifica un trato adecuado y respetuoso con los valores de la persona.	100,0%		
Se celebran eventos especiales y personales: cumpleaños, aniversarios....., (evaluar en centros ambulatorios si procede).	79,5%		
Se permite a la persona usuaria decorar su habitación, (sólo evaluar en centros residenciales).	98,5%		
13-GEN. Intimidad de los usuarios		80%	77,4%
Se evidencia que existe una sistemática en el centro para garantizar la protección de la intimidad de las personas usuarias en las habitaciones.	68,9%		
La persona usuaria dispone de armarios u otras medidas con cerradura para preservar sus objetos y documentos personales, (sólo evaluar en centros residenciales).	88,9%		
Los baños compartidos disponen de mecanismos que garanticen la privacidad.	78,7%		
Se respeta la intimidad al hacer la persona usuaria sus llamadas telefónicas.	90,3%		
Existen espacios adecuados para la intimidad, (sólo evaluar en centros residenciales).	96,0%		
14-GEN. Situaciones especiales de las personas usuarias		80%	51,9%
Existe una gestión adecuada del dinero en el centro.	65,8%		
Información adecuada a los/las usuarios/as y familias.	77,1%		
Facturación escrupulosa de gastos no cubiertos.	69,5%		
Sistemas de custodia del dinero en residentes incapaces o que lo solicitan.	67,9%		

Criterio		Estándar	Cumplimiento
15-GEN. Relación con la familia y/o referentes sociales		80%	25,9%
Existe un programa de actividades dirigidas a las familias de las personas usuarias.	26,9%		
Existe una valoración de la situación familiar.	49,6%		
Existe un registro de visitas de la familia, (sólo evaluar en centros residenciales).	42,0%		
Existe un horario de visitas abierto. (sólo evaluar en centros residenciales).	33,6%		
Los familiares pueden acompañar a las personas usuarias en el horario de las comidas.	40,9%		
Los familiares pueden acompañar a las personas usuarias durante la noche siempre que sea necesario.	61,7%		
16-GEN. Integración en el entorno comunitario		80%	31,3%
Se facilita el uso por parte de la persona usuaria de diferentes recursos comunitarios.	49,8%		
El centro se encuentra en un lugar próximo a paradas o estaciones de transporte público.	77,9%		
Se proporciona compañía en la participación en los diferentes eventos comunitarios.	58,7%		
Información de recursos comunitarios.	58,9%		
El barrio o pueblo y sus colectivos participan en actividades del centro y viceversa, (sólo evaluar en centros residenciales).	41,1%		
17-GEN. Protección de datos de carácter personal		80%	20,0%
El centro ha establecido los mecanismos para garantizar la confidencialidad de la documentación.	73,0%		
Se ha efectuado una auditoria interna para identificar el grado de cumplimiento de la ley de protección de datos (2 años).	16,1%		

Dimensión 3: ENTORNO			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
18-GEN. Dependencias adecuadas		80%	95,2%
El centro cuenta con una temperatura adecuada para satisfacer las necesidades de los/las usuarios/as.	98,8%		
Existe un sistema de ventilación adecuada.	98,8%		
Existe un sistema de iluminación adecuada.	97,3%		
Las personas usuarias disponen de un espacio adecuado en las instalaciones para dar respuesta a sus necesidades(cumple requisitos mínimos m ² x usuario).	97,4%		
La señalización del centro es la adecuada para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias del centro.	97,5%		
19-GEN. Limpieza adecuada de todas las instalaciones del centro		80%	77,5%
Existe protocolo de limpieza del centro.	76,9%		
Las habitaciones, baños y espacios comunes se encuentran limpios y sin malos olores.	97,5%		
La cocina se encuentra limpia y ordenada, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	98,6%		
20-GEN. Servicio de lavandería adecuado		80%	70,2%
Se cuenta con un servicio de lavandería suficiente para dar respuesta a las necesidades existentes.	92,6%		
El centro cuenta con una sistemática para asegurar que la ropa se encuentre en buenas condiciones y se evite su pérdida.	89,1%		
Existencia sistema de repaso de ropa.	77,8%		
Existencia sistemática para identificar ropa.	87,6%		
Se evidencian mecanismos para evitar pérdida de ropa.	76,3%		
21-GEN. Equipamiento necesario en el centro		80%	33,3%
Ratio de grúas por residencias asistidos de alta dependencia (>80%).	30,4%		
Existencia de camas articuladas con barandillas para usuarios asistidos (>80%).	95,7%		
Colchones antiescaras para los/as usuarios/as alto riesgo (>80%).	96,8%		

Dimensión 4: CALIDAD EN EL EMPLEO			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
22-GEN. Mecanismos de seguridad y habitabilidad del entorno		80%	70,3%
Existe un sistema para garantizar que el agua se encuentra en condiciones y no existe riesgo para la salud, (legionela...),	72,2%		
Se cumple con la normativa básica de protección.	93,5%		
Se dispone de un plan actualizado de emergencias del centro.	82,6%		
Proporción del personal formado en el plan de autoprotección.	77,4%		
En el centro se han revisado las instalaciones para minimizar los riesgos.	91,5%		
Se ha efectuado un simulacro en el último año.	39,5%		
23-GEN. Equipos interdisciplinarios estables		80%	29,2%
Existencia dotación equipo interdisciplinario (según normativa).	61,5%		
Se mide de forma periódica el ratio de rotación del personal asistencial.	31,0%		
Resultados del criterio, (último año).	17,1%		
24-GEN. Programa de prevención de riesgos laborales		80%	83,6%
Existencia del programa de prevención de riesgos laborales.	91,4%		
Aplicación de medidas preventivas según mapa de riesgos.	84,1%		
Se aplican medidas específicas teniendo en cuenta necesidades individuales de los/as profesionales.	89,3%		
25-GEN. Plan de formación del personal del centro		80%	46,3%
Existencia del plan de formación inicial para el personal del centro.	43,7%		
Existencia del plan de formación continua anual para el personal del centro.	60,7%		
Existe un registro de la formación continuada de los profesionales del centro.	64,4%		

Criterio		Estándar	Cumplimiento
26-GEN. Desarrollo profesional de los/as profesionales y mejora del clima de trabajo		80%	11,0%
Se evalúan de forma periódica criterios sobre la situación del personal en el centro.	29,0%		
Tasa global de trabajadores/as por puestos de empleo fijos.	43,0%		
Tasa de absentismo global en el centro.	47,7%		
Tasa de rotación global del personal durante el último año.	30,7%		
Existencia de un mecanismo de valoración periódico del grado de desempeño del puesto de trabajo cada año.	21,9%		
Existencia de un mecanismo de valoración del grado de satisfacción de los/as profesionales.	24,4%		
Mecanismo de valoración periódico del grado de satisfacción global.	36,2%		
Mecanismo de valoración periódico del grado de satisfacción diferenciado por sexo.	15,0%		
Tasa de empleo de personas con discapacidad.	29,9%		
Tasa de criterios de igualdad de género.	21,6%		
27-GEN. Políticas para promover la igualdad de género		80%	25,3%
Plan de Igualdad de la empresa.	22,8%		
Cláusulas de género en la negociación colectiva.	38,2%		
Se evidencia que el centro promueve políticas de fomento de la igualdad de género y no evidencia trato discriminatorio, (medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las mujeres y hombres).	61,9%		

Dimensión 5: ORGANIZACIÓN DEL CENTRO			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
28-GEN. Seguro de responsabilidad civil		80%	95,8%
La póliza se encuentra en vigor.	95,7%		
29-GEN. Documentación básica del centro		80%	70,0%
Memoria anual del centro.	76,2%		
Reglamento de Régimen Interno revisado y actualizado.	90,8%		
Normativa de personas usuarias.	96,3%		
Normativa de admisión.	88,5%		
Protocolos de ingreso o de acogida.	91,5%		
Protocolos de atención durante la estancia de las personas usuarias.	86,8%		
Protocolo de finalización de la atención en el centro.	83,6%		
Protocolos organizativos del centro.	89,7%		
Programación anual de actividades del centro.	65,2%		
El centro facilita la información económico-financiera y de gestión solicitada por la Administración.	86,8%		

Dimensión 6: MENORES EN DESPROTECCIÓN			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-MEN. Valoración del riesgo de maltrato, negligencia y/o abuso		80%	75,0%
Se valora el riesgo de maltrato, negligencia y/o abuso.	71,4%		
Se deja constancia de la necesidad de protección especial.	92,3%		
2-MEN. El menor o la menor dispone de tutor/a y cotutor/a		80%	75,0%
Se identifica el nombre y apellidos del tutor y el cotutor de cada menor tutelado por la administración.	72,7%		
Los/as menores disponen de referentes masculinos y femeninos en los centros.	85,7%		
3-MEN. Sistema de coordinación con los centros educativos		80%	100,0%
El centro tiene establecido una sistemática de coordinación periódica y estable con los centros educativos del área de influencia.	100,0%		
Los/as menores en edad de escolarización se encuentran escolarizados.	100,0%		
4-MEN. Actividades recreativas y lúdicas		80%	100,0%
El recurso de oferta actividades recreativas y lúdicas teniendo en cuenta las características de los/as menores atendidos/as.	100,0%		
Las actividades lúdicas son variadas y en cantidad suficiente.	100,0%		

Dimensión 7: PERSONAS MAYORES			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-PM. Definición de sistemas de prevención y mejora de los principales riesgos geriátricos		80%	53,2%
Existencia de un sistema de prevención y mejora de las incontinencias, (sólo evaluar en centros residenciales).	59,5%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de las caídas.	71,8%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de las lesiones por presión.	76,9%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de la malnutrición por exceso y por defecto.	56,3%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora del riesgo de la auto y heterolesión.	56,5%		
2-PM. Valoración periódica de los principales riesgos geriátricos		80%	36,0%
Valoración del riesgo de lesiones por presión, (sólo evaluar en centros residenciales).	36,0%		
Valoración riesgo de caídas.	40,6%		
Valoración del riesgo nutricional, (sólo evaluar en centros residenciales).	38,2%		
Valoración de posibilidad de trastorno anímico o depresión, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	28,1%		
3-PM. Trastornos cognitivos y/o demencia		80%	30,9%
Existencia de protocolo.	40,0%		
Existencia de mecanismos de seguridad, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	69,5%		
4-PM. Contención física y/o farmacológica		80%	48,8%
Toda contención tiene una prescripción médica que se reevalúa de forma periódica, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	41,3%		
Existe un protocolo de atención y seguimiento de la persona con contención (física y farmacológica), evaluar en centros ambulatorios si procede).	60,5%		
Las contenciones que se utilizan son homologadas, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	96,3%		

Dimensión 8: PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-DF. Sistemas de prevención y mejora de los principales riesgos		80%	85,7%
Existencia de un sistema de prevención de broncoaspiración.	100,0%		
Existencia de un sistema de prevención de las caídas.	85,7%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de las lesiones por presión.	100,0%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de la malnutrición por exceso y por defecto.	83,3%		
2-DF. Ayudas técnicas para la promoción de la autonomía		80%	100,0%
Existencia de protocolo de utilización de ayudas técnicas.	100,0%		
Existencia de registro de instrucciones para la utilización adecuada.	100,0%		
3-DF. Contención física y/o farmacológica		80%	100%
Toda contención tiene una prescripción médica que se reevalúa de forma periódica, (evaluar en centros ambulatorios si procede) (física, farmacológica).	100,0%		
Existe un protocolo de atención y seguimiento de la persona con contención física, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	100,0%		
Las contenciones que se utilizan son homologadas, (evaluar en centros ambulatorios si procede)	100,0%		

Dimensión 9: PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-DI. Sistemas de prevención y mejora de los principales riesgos		80%	36,8%
Existencia de un sistema de prevención de las auto y heterolesiones.	42,1%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de las caídas.	21,1%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de las lesiones por presión.	29,4%		
Existencia de un sistema de prevención y mejora de la malnutrición por exceso y por defecto.	60,0%		
2-DI. Intervención en casos de trastornos de conducta		80%	34,5%
Existencia de protocolo.	38,7%		
Registro y análisis de incidentes.	90,3%		
3-DI. Aislamiento, contención física y/o farmacológica		80%	30,8%
Toda contención/aislamiento tiene una prescripción médica que se reevalúa de forma periódica, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	46,2%		
Existe un protocolo de atención y seguimiento de la persona con contención física.	50,0%		
Las contenciones que se utilizan son homologadas, (evaluar en centros ambulatorios si procede).	72,7%		

Dimensión 10: PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-SM. Valoración del impacto de la enfermedad mental		80%	80,0%
Valoración periódica, como mínimo de forma anual, del riesgo de autolesión y/o heterolesión.	40,0%		
Valoración periódica, como mínimo de forma anual, del impacto de la enfermedad mental en la capacidad funcional.	55,0%		
2-SM. Programa de orientación laboral		80%	58,3%
Cada persona tiene una planificación de su itinerario laboral.	38,1%		
3-SM. Sistema de coordinación con los sistemas de salud		80%	90,9%
Existencia de protocolo y sistemática de coordinación.	91,7%		

Dimensión 11: INCORPORACIÓN SOCIAL			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-IS. Recursos comunitarios		80%	20,0%
Se cuenta con una ficha descriptiva de los recursos comunitarios más frecuentemente utilizados.	80,0%		
El centro deja constancia de la cuantificación de relaciones de las personas usuarias con recursos externos normalizados.	55,6%		
Se valora el grado de participación de las personas en programa de incorporación social en las actividades del entorno.	30,6%		
2-IS. Valoración del riesgo social		80%	23,1%
En el expediente de atención consta la valoración del riesgo social, (como mínimo de forma anual y con cambios).	31,0%		
3-IS. Programa de orientación laboral		80%	21,4%
Existencia del programa de orientación laboral.	25,0%		
La persona tiene una planificación de su itinerario laboral.	31,0%		

Dimensión 12: VIOLENCIA DE GÉNERO			
Criterio		Estándar	Cumplimiento
1-VG. Valoración de la situación de cada uno de los miembros de la unidad familiar		80%	100,0%
Valoración periódica, como mínimo de forma anual de los diferentes miembros de la unidad familiar que conviven con la persona que requiere protección y/o soporte por parte de los servicios sociales.	100,0%		
2-VG. Programa de inserción laboral		80%	100,0%
Se cuenta con un programa de orientación laboral en el centro.	100,0%		
La persona tiene una planificación de su itinerario laboral.	100,0%		
Las personas con dificultades de incorporación laboral participan en actividades para mejorar la formación orientada a la incorporación laboral.	100,0%		
3-VG. Programa de soporte para la promoción de la seguridad de la persona con problemas de violencia de género		80%	100,0%
Existencia de una sistemática de actuación para promover la seguridad de la persona con problemas de violencia de género.	100,0%		
Existencia de mecanismos de coordinación con los agentes comunitarios para los casos de riesgo.	100,0%		

A continuación, se destacan los puntos fuertes y débiles resultantes de esta evaluación en cada una de las dimensiones evaluadas:

Puntos fuertes:

a) A nivel de **atención a la persona y a su familia** está garantizada la proporción de una higiene personal adecuada y de la ropa apropiada y necesaria, (limpia y planchada).

b) Respecto a los **aspectos relacionales y derechos de las personas usuarias** destaca positivamente el trato adecuado y respetuoso con los valores de la persona. También se informa de forma adecuada al usuario/a y familiares o representantes legales en el momento del ingreso sobre normas, derechos y deberes, instalaciones, horarios, menús...

c) El **entorno** en el que se presta la atención dispone de camas articuladas con barandillas para personas usuarias asistidas y de colchones antiescaras para las de alto riesgo.

Las personas usuarias disponen de un espacio adecuado en las instalaciones para dar respuesta a sus necesidades. Se cumplen los requisitos mínimos de m² por usuario establecido en la normativa vigente. Además existen espacios para garantizar la protección de la intimidad. También se permite al usuario/a decorar su habitación.

Existen sistemas de iluminación, temperatura y ventilación adecuados para proporcionar confort a los usuarios/as. La señalización del centro es la idónea para dar respuesta a las necesidades de las personas atendidas.

Las habitaciones, baños, espacios comunes y la cocina se encuentran limpias y sin malos olores. Tampoco existen olores provenientes de detritus fisiológicos.

d) Respecto a la **organización del centro** destaca la información clara que sobre su normativa dan a las personas usuarias. Disponen de póliza de responsabilidad civil en vigor.

e) Los centros que atienden a **menores en desprotección** tienen establecidos un sistema de coordinación periódica y estable con los centros educativos del área de influencia que permite que los y las menores en edad escolar se encuentren escolarizados.

Además, teniendo en cuenta las características de los y las menores atendidos/as, los centros ofrecen actividades recreativas y lúdicas. Éstas son variadas y en cantidad suficiente.

f) En los centros de **personas mayores** destacan que todas las contenciones que se utilizan son homologadas.

g) En los servicios que atienden a **personas con discapacidad física** se observa que se dispone de un sistema de prevención de la broncoaspiración y de prevención y mejora de las lesiones por presión. También se dispone de un protocolo de utilización de las ayudas técnicas y existe un registro de instrucciones para la utilización adecuada de las mismas.

En cuanto al uso de contenciones se observan que todas son homologadas y se establecen mediante prescripción médica que se reevalúa de forma periódica. Además, existe un protocolo de atención y seguimiento de la persona con contención física.

h) En los dispositivos de atención a las personas víctimas de **violencia de género** destaca positivamente la realización de la valoración periódica, como mínimo anual, de los miembros de la familia que conviven con quien requiere protección y/o soporte de los servicios sociales. Asimismo, existen mecanismos de coordinación con los agentes comunitarios para los casos de riesgo y un sistema establecido de actuación para promover la seguridad de la persona con problemas de violencia de género.

Puntos débiles:

a) Respecto a la **atención a la persona y a la familia** se identifican dificultades a nivel de valoración integral de la persona. También en la elaboración sistemática del plan de atención individualizada por parte del equipo interdisciplinar, de reevaluación periódica del mismo, y del seguimiento que realiza dicho equipo.

Se detecta también una falta de protocolos consensuados que garanticen la continuidad de la atención prestada a los usuarios/as. Destaca de manera especial la falta de protocolos para abordar situaciones especiales: incapacitación, tutelas, gestión del dinero, etc.

Se identifican oportunidades de mejora a nivel de seguridad en el momento de la administración de la medicación y en el control de la caducidad en el almacenaje de la misma. También se detectan problemas en el momento de realizar derivaciones a otros recursos.

b) Respecto a los **aspectos relacionales y derechos de las personas usuarias**, no se identifica un sistema definido para asegurar la adecuada información a las personas usuarias; También se detectan algunas carencias para garantizar la privacidad y la confidencialidad de la documentación. Se promueve poco la participación de los/as usuarios/as en la toma de decisiones. Tampoco se ha sistematizado la gestión de quejas y sugerencias como mecanismo para mejorar la organización. No se valora la situación familiar de manera sistemática ni se promueven los programas de actividades dirigidas a las familias. Asimismo, no se potencia la participación de los usuarios/as del centro en actividades organizadas por los recursos ni se establecen canales de coordinación permanentes con otros dispositivos sociales, sanitarios y comunitarios. Un hecho que dificulta que el entorno en el que se ubican los centros no se enriquezca.

c) Respecto al **entorno** no se realizan de forma generalizada simulacros ni se forma al personal en autoprotección periódicamente. Para disminuir la variabilidad en la limpieza de los mismos centros resultaría útil disponer de protocolos de limpieza. Finalmente, también se detecta la falta de sistemas de repaso de ropa y de mecanismos establecidos para evitar la pérdida de prendas de vestir.

d) Respecto a la **calidad en el empleo** se da inestabilidad en un número importante de equipos. Se potencia poco el desarrollo profesional de los/as profesionales que forman parte de los mismos. Es necesario que se potencie el trabajo en equipos interdisciplinares, para garantizar que las personas sean atendidas de manera integral. No están definidas las competencias de los/as profesionales, hecho que dificulta el trabajo interdisciplinar y la implicación de los profesionales en todos los procesos.

A nivel de formación resulta difícil sistematizar la formación inicial, la continua y el registro de la misma. Además se identifican limitaciones en la promoción de la igualdad de género.

f) En la **organización del centro** se identifican carencias en la existencia de determinadas documentaciones. Actualmente no está sistematizada: la programación y la memoria anual. También faltan protocolos de atención en la estancia y en la finalización de la atención y protocolos organizativos.

g) En el área de la atención a las **personas mayores** algunos de los centros no tienen definido el proyecto de centro ni los programas de las diferentes áreas profesionales. Tampoco disponen de un sistema de prevención y mejora de los principales riesgos geriátricos, especialmente de las caídas, riesgo nutricional, la posibilidad de trastorno anímico o depresión. También faltan protocolos unificados para intervenir ante los trastornos cognitivos y/o las demencias. Asimismo el uso de las contenciones no siempre se realiza con prescripción médica y no se realiza con reevaluación periódica.

En lo referido a los equipos profesionales se considera que los puestos de trabajo no están bien definidos en función de cargas de trabajo. Dada la progresiva dependencia de las personas atendidas, las ratios existentes resultan insuficientes para garantizar una correcta atención a la persona.

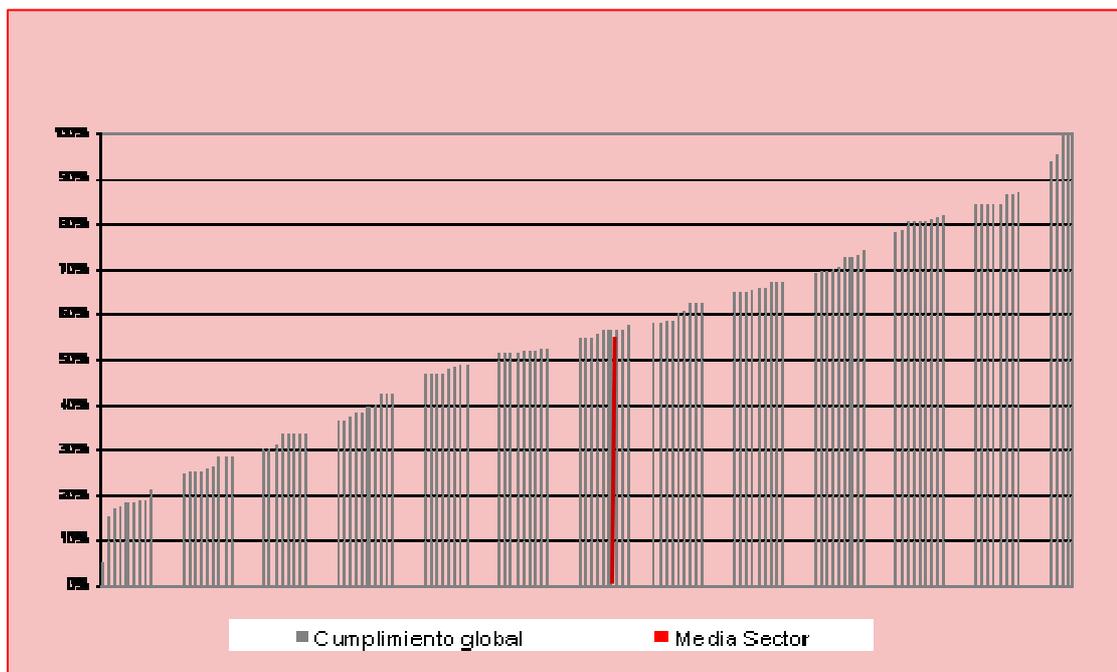
h) Los servicios que atienden a **personas con discapacidad física** no tienen claramente establecida la ratio nocturna, especificando el número mínimo de profesionales.

i) Los centros específicos para **personas con discapacidad intelectual** no tienen definido un sistema de prevención de las caídas, de las lesiones por presión, de las autolesiones y de las heterolesiones. Tampoco disponen de un protocolo para intervenir ante los trastornos de conducta. Las contenciones físicas y farmacológicas o aislamientos no siempre se realizan por prescripción facultativa ni se reevalúan periódicamente. Se considera que la sistematización en el proceso informativo a la propia persona y a las familias es baja.

j) Entre los servicios para abordar la **exclusión social** algunos albergues tienen barreras arquitectónicas. Otros tienen cierta especialización sociosanitaria y un mayor nivel de profesionalización.

La conclusión principal de los servicios evaluados es que existe una gran variabilidad en el grado de cumplimiento de estos criterios, tal y como se evidencia en el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Cumplimiento de los estándares de calidad



II.2.2. Resultados de la consulta a las personas usuarias de servicios de mayores y de discapacidad y a los familiares o representantes legales de los mismos sobre la satisfacción por el servicio recibido

A continuación se presentan los resultados teniendo en cuenta ambas variables, es decir, las líneas de atención y las técnicas empleadas.

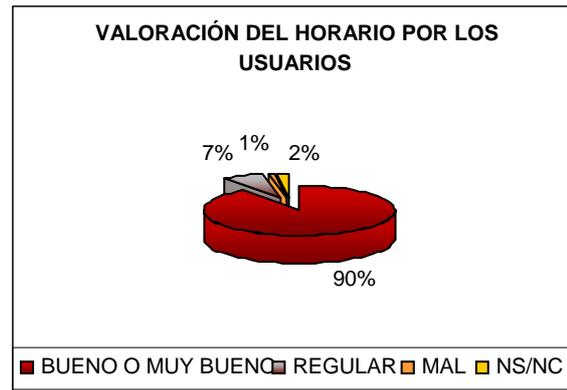
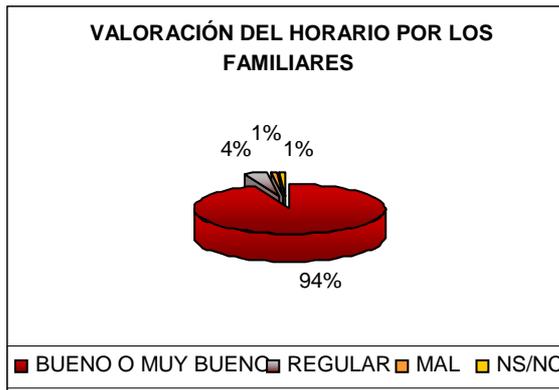
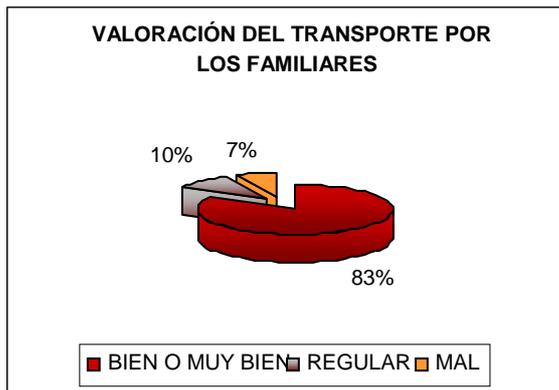
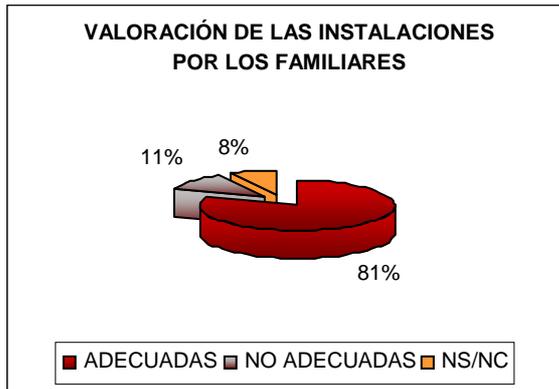
Resultados generales obtenidos de los cuestionarios de personas mayores y discapacidad.

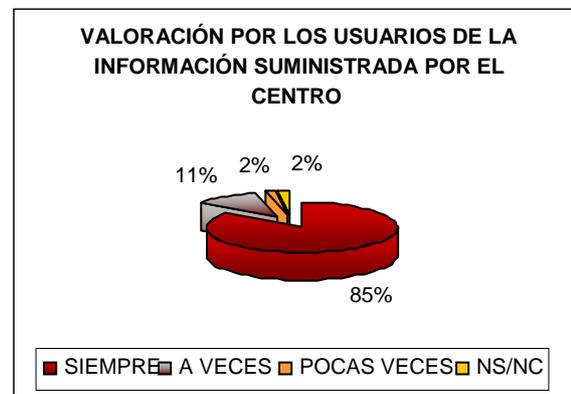
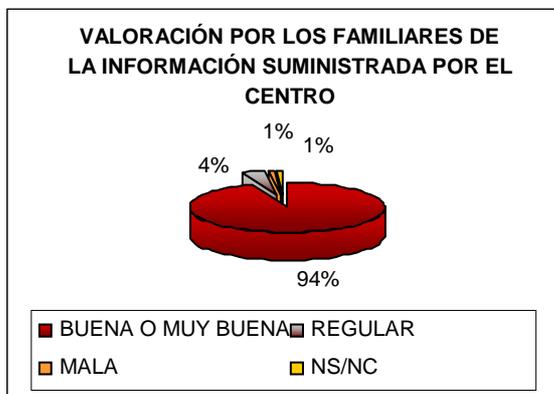
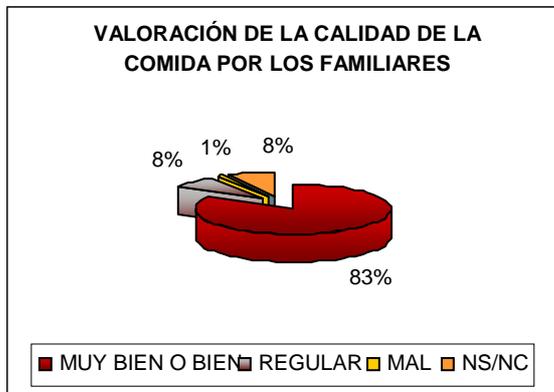
Como ya hemos mencionado anteriormente la técnica empleado con estas personas fue el cuestionario individual por medio de encuestador presencial en el caso de las personas usuarias y telefónico en el caso de los familiares.

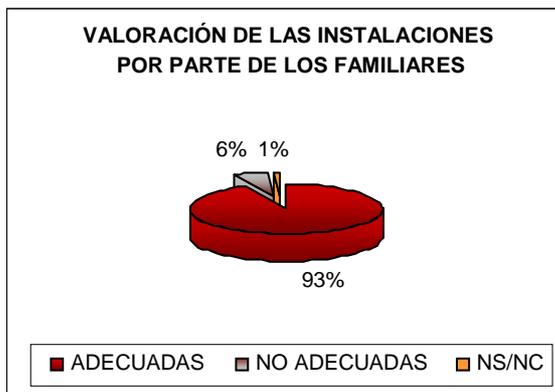
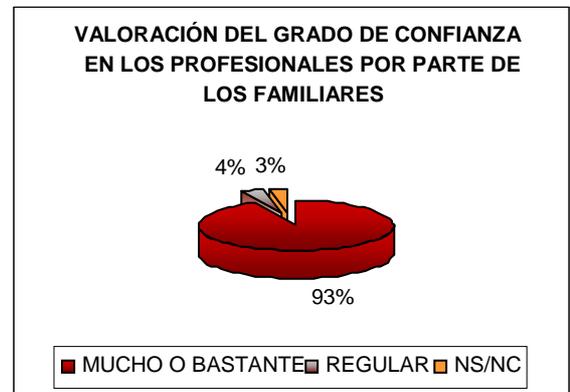
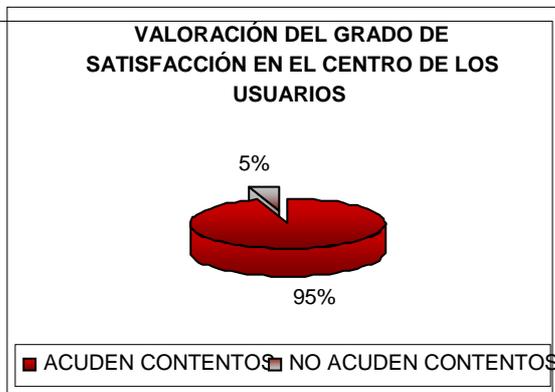
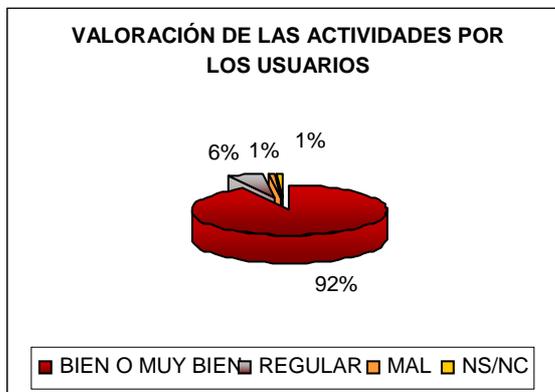
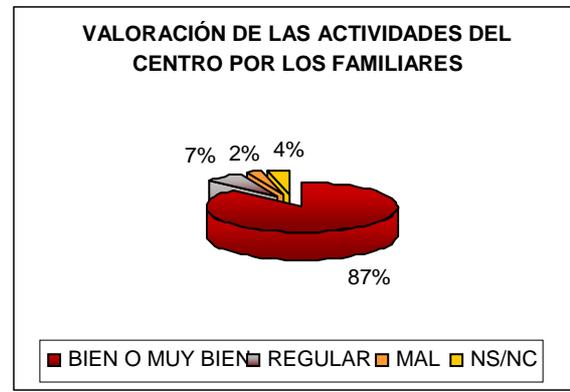
Se pueden enunciar con carácter general los siguientes resultados:

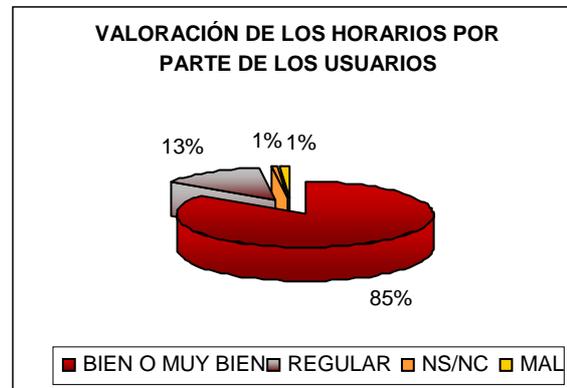
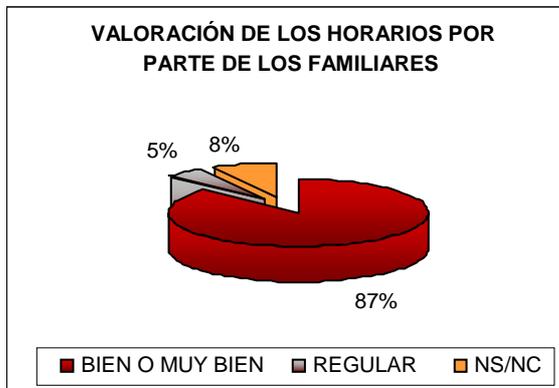
1. Las personas usuarias y sus familiares coinciden en el grado de satisfacción percibida en los servicios recibidos.
2. El grado de satisfacción de las personas usuarias y de sus familiares es mayor en centros ocupacionales, centros de rehabilitación psicosocial y centros de día que en los centros residenciales.
3. Las puntuaciones obtenidas en centros de día, CRPS y centros ocupacionales se sitúan por encima de ocho sobre diez en ambos casos.
 - Ocho con seis para las personas usuarias.
 - Ocho con tres para los familiares de las personas usuarias.
4. En cuanto a las puntuaciones obtenidas en centros residenciales, se obtienen las siguientes puntuaciones:
 - Siete con nueve para las personas usuarias.
 - Siete con siete para los familiares de las personas usuarias.
5. Datos referidos a centros de día, centros de rehabilitación psicosocial y centros ocupacionales. **Opinión de las personas usuarias.**

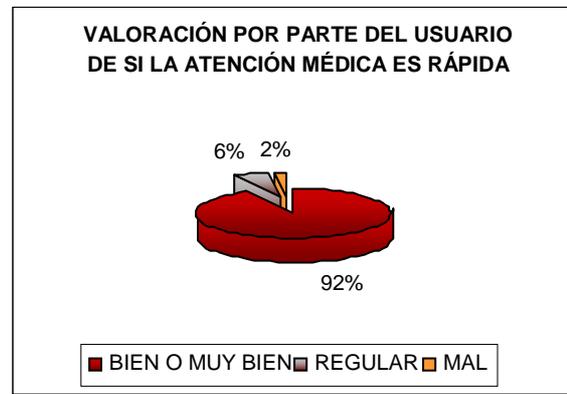
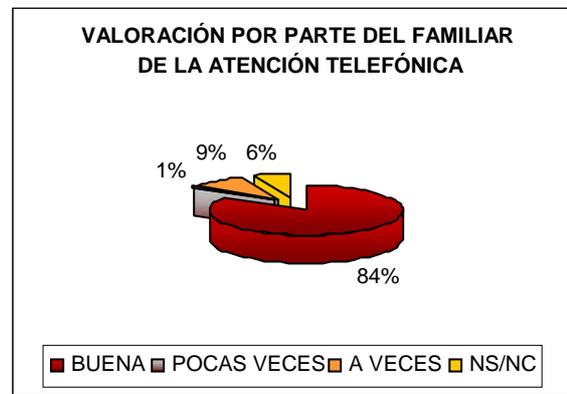
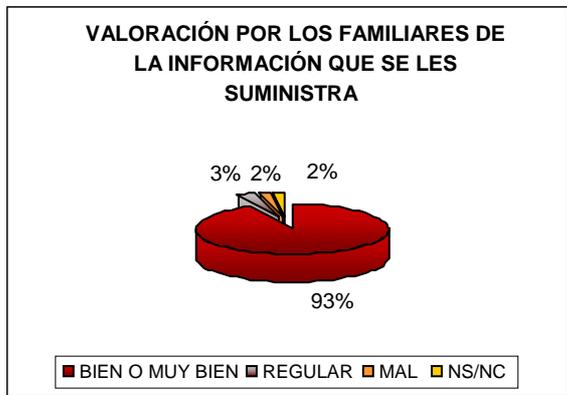
Gráficos del 2 al 56: Resultados de los cuestionarios pasados a personas mayores y personas con discapacidad.

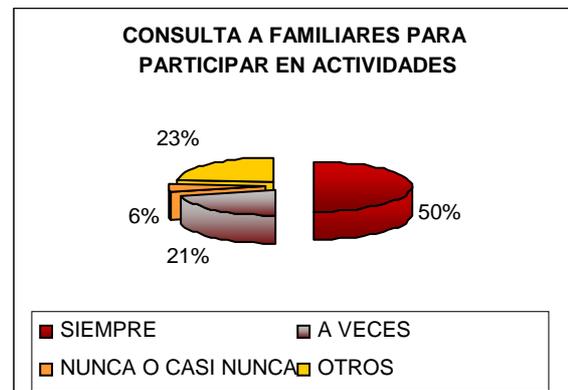
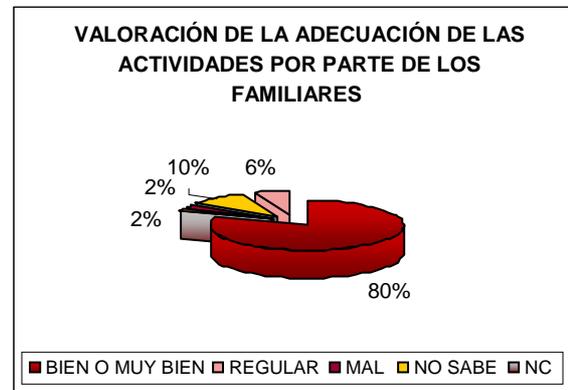
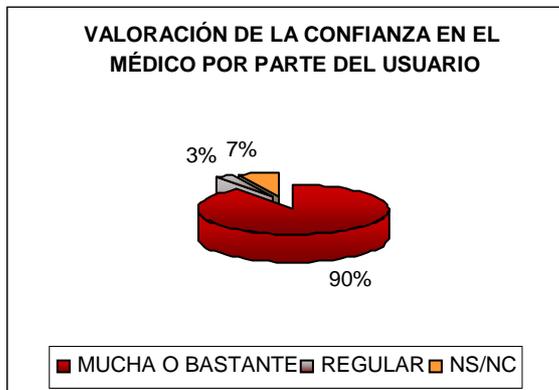
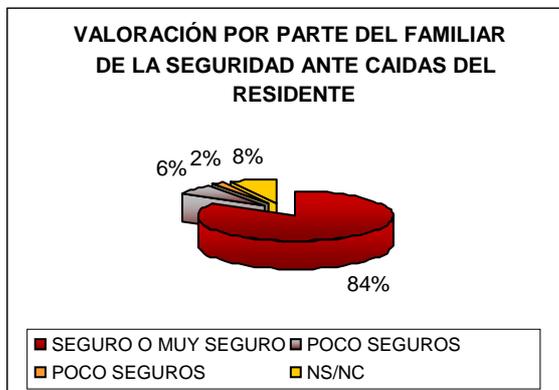
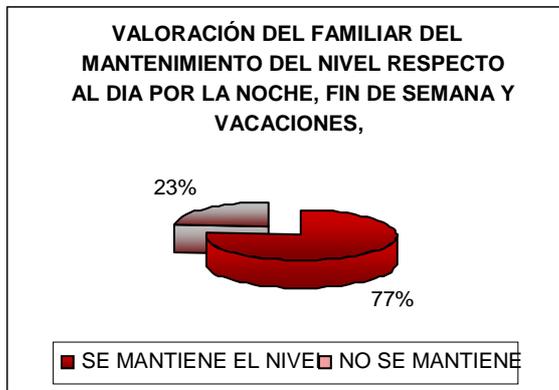


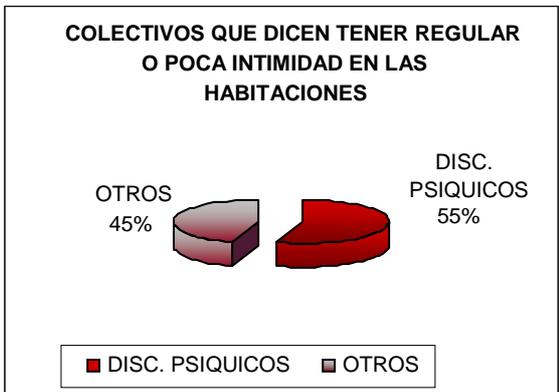
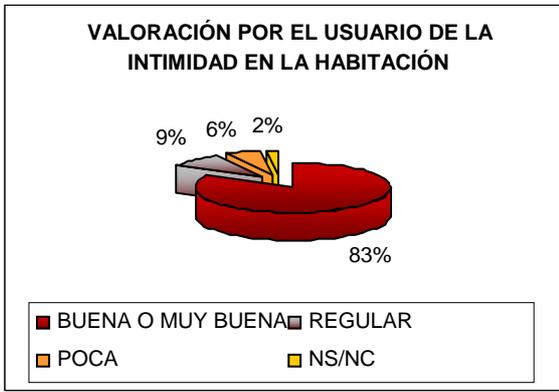
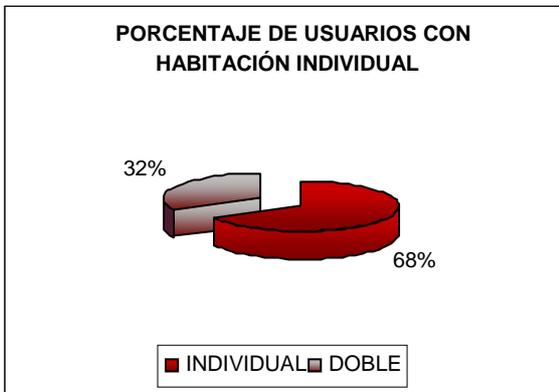




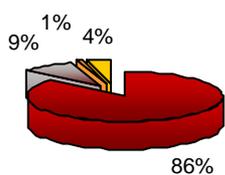








**VALORACIÓN POR EL USUARIO SOBRE
LA COMODIDAD EN LOS ESPACIOS
COMUNES DEL CENTRO**



■ BUENA ■ REGULAR ■ MAL ■ NS/NC

Centros de día, centros de rehabilitación psicosocial y centros ocupacionales

Las principales conclusiones de la evaluación de satisfacción han sido las siguientes:

- Según el criterio de las personas usuarias y de sus familiares, hay muchos aspectos evaluados que funcionan de manera muy satisfactoria:
 - Los horarios.
 - Los edificios e instalaciones en general son adecuadas.
 - La limpieza del centro.
 - La información dada tanto a los familiares como a las personas usuarias.
 - La atención telefónica a las familias de las personas usuarias.
 - El trato dispensado a las personas usuarias por parte de los/as profesionales.
 - La confianza en la capacidad profesional de los/as profesionales.
 - La valoración global del servicio recibido.
- La comida es un factor de insatisfacción que debería ser revisado.
- Las actividades para las personas menores de 30 años son susceptibles de mejora.

Centros residenciales

Dentro de un nivel de satisfacción alto se han detectado algunas discrepancias con el servicio esperado, tanto por parte de los familiares como por parte de las personas usuarias.

- El colectivo que menos satisfecho está es el de las personas con enfermedad mental, que lo manifiestan en su falta de satisfacción cuando están en espacios comunes de la residencia (25%), en las relaciones con la dirección, con el uso del teléfono (37%), la calidad de la comida (15% mala y 27% regular) y en el trato que reciben por parte de los cuidadores (5% malo y 24% regular). Estos porcentajes deben ser considerados para una posible intervención si se considera oportuno.
- La intimidad de las personas usuarias es un tema considerado poco satisfactorio, tanto en lo referido a la habitación como a la posibilidad de recibir personas en lugares que la garanticen.
- La comida es el factor que crea una mayor insatisfacción.
- El uso del teléfono debe ser motivo de atención en el colectivo de discapacidad psíquica y en el de enfermedad mental.

- Los programas de actividades no suscitan una valoración muy alta
- Las relaciones entre las personas usuarias, a veces, debe ser motivo de intervención para mejorarlas.
- La cantidad de las relaciones personales tampoco es alta así como el deseo de aumentarlas.
- La relación de la dirección de los centros con los colectivos de discapacidad psíquica y enfermedad mental deberían revisarse.
- Las familias estiman que el cuidado de la ropa no es adecuado
- Las familias de los colectivos de discapacidad por enfermedad mental y física consideran que se debe mejorar la información que reciben.
- Para los familiares de tercera edad y discapacidad física desciende el nivel de atención durante los fines de semana y en períodos de vacaciones.

Tabla 5: Resultados obtenidos en los grupos focales realizados con los/as menores.

VALORACIÓN DE LOS MENORES	
ASPECTOS SATISFACTORIOS	ASPECTOS MOTIVO DE INSATISFACCIÓN
1. INSTALACIONES. ▪ Satisfacción de las instalaciones en general y de las habitaciones.	1. INSTALACIONES. ▪ Mantenimiento de pisos. ▪ Equipamiento de muebles y colchones.
2. TEMPERATURA, VENTILACIÓN, ILUMINACIÓN. ▪ Adecuadas en general.	2. TEMPERATURA, VENTILACIÓN, ILUMINACIÓN. ▪ Fallo de cierre de ventanas que afecta a la temperatura.
3. LIMPIEZA. ▪ Adecuada.	3. LIMPIEZA. ▪ No hay sugerencias.
	4. LAVANDERIA. ▪ Mezcla de ropas de colores. Destiñen.
	5. COMIDA ▪ Mal cocinada. ▪ Poco variada.
6. ASEOS ▪ Adecuados.	6. ASEOS ▪ No hay sugerencias.
7. TRATO Y CUIDADOS ▪ Satisfactorios en general.	7. TRATO Y CUIDADOS ▪ Falta de coherencia entre los educadores.
8. ATENCION SANITARIA ▪ Satisfactoria.	8. ATENCION SANITARIA ▪ No hay sugerencias.
9. INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN ▪ Satisfacción desigual.	9. INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN ▪ No hay sugerencias.
10. RELACIÓN SOCIAL/CONVIVENCIA ▪ Diferentes niveles de satisfacción.	10. RELACIÓN SOCIAL/CONVIVENCIA ▪ Unificar criterios de funcionamiento.
	11. ORGANIZACIÓN: normas, horarios, ▪ Con las normas y con su aplicación. ▪ Horarios de salidas y acostarse.
12. INTIMIDAD ▪ Satisfactoria.	12. INTIMIDAD ▪ No hay sugerencias.
GRADO DE SATISFACCIÓN GENERAL: MEDIA DE LAS PUNTUACIONES D E 1 A 10:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (9), (8,18), (7,83), (6,64). ▪ 4 afirman vivir Muy Bien. ▪ 18 afirman vivir Bien. ▪ 4 afirman vivir Regular. ▪ 0 afirman vivir Mal. 	

- Resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a las mujeres víctimas de violencia de género.
- Grado de satisfacción de las personas entrevistadas
 - Media de las puntuaciones: 5,90 (NS/NC, (5,5), 5, 5,4,10)

- De acuerdo con las respuestas una persona dice vivir Muy Bien, 1 Bien, 2 Regular, 1 Regular/Mal, 1 mal.

Tabla 6: Resultados obtenidos en la valoración de la casa de acogida.

VALORACIÓN DE LA CASA DE ACOGIDA	
ASPECTOS SATISFACTORIOS	ASPECTOS MOTIVO DE INSATISFACCIÓN
	1. INSTALACIONES. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencia de espacios separados para que puedan estar los/as niños/as.
2. TEMPERATURA, VENTILACIÓN, ILUMINACIÓN. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuadas en general. 	
3. LIMPIEZA. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada. 	
4. LAVANDERÍA. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada. 	
5. COMIDA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada. 	
6. ASEOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuados. 	
	7. TRATO Y CUIDADOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por necesitar de ayuda con sus hijos/as demandan una educadora para ellos. ▪ Necesidad de apoyo para la inserción laboral. Apoyo para la salida.
8. ATENCIÓN SANITARIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfactoria. 	
9. INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción desigual. 	9. INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor participación. ▪ Mejora de la información inicial.
10. RELACIÓN SOCIAL/CONVIVENCIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción desigual 	10. RELACIÓN SOCIAL/CONVIVENCIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ No están claras las funciones de la de la entidad en este aspecto.
11. ORGANIZACIÓN: normas, horarios, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfactorias. 	11. ORGANIZACIÓN: normas, horarios, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con las normas y con su aplicación. ▪ Horarios.
12. INTIMIDAD <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacción 	

En los pisos de persona víctimas violencia de género la reclamación más relevante es la de respetar a las familias independientes sin incorporar a la vivienda a otras familias diferentes.

Resultados obtenidos de la consulta realizada a persona en situación de exclusión social o riesgo de estarlo

Tabla 7: Resultados obtenidos en la valoración del albergue de transeúntes.

VALORACIÓN DEL ALBERGUE DE TRANSEUNTES	
ASPECTOS SATISFATORIOS	ASPECTOS MOTIVO DE INSATISFACCIÓN
1. ACCESO AL ALBERGUE Y AL ROPERO. ▪ Satisfactorio, apenas se piden requisitos para poder acceder.	1. ACCESO AL ALBERGUE Y AL ROPERO. ▪ A veces cuesta llegar.
2. ASEOS. ▪ Muy satisfactorio.	2. ASEOS. ▪ No hay sugerencias.
3. ESTANCIAS. ▪ Instalaciones adecuadas.	3. ESTANCIAS. ▪ No hay sugerencias.
4. COMIDA. ▪ Buena, a veces problemas con la cantidad.	4. COMIDA. ▪ Pedir las comidas cuando se sepa el número de comensales.
5. TRATO RECIBIDO ▪ Muy satisfactorio.	5. TRATO RECIBIDO ▪ No hay sugerencias.
6. ORGANIZACIÓN ▪ Satisfactoria: horarios, actividades ocupacionales, normas.	6. ORGANIZACIÓN ▪ Aumentar los días de estancia.
7. CONVIVENCIA ▪ Satisfactoria en general.	7. CONVIVENCIA ▪ No hay sugerencias.
8. FUNCIONES DEL ALBERGUE ▪ Satisfactorias en general.	8. FUNCIONES DEL ALBERGUE ▪ Sugieren un servicio de apoyo para la búsqueda de empleo.
9. VALORACIÓN GENERAL/GRADO DE SATISFACCIÓN: ▪ Todas las personas afirman estar Bien o Muy Bien el albergue. ▪ Medida de las valoraciones: 9,57. (10,10,10,10,10,10,10,10,10, 9,9,9,9,8).	

Resultados de los centros ocupacionales de exclusión social

- La media de la valoración global de las personas usuarias es 7,52.
- El horario es bueno o muy bueno para el 72% y regular para el 17%. Para éstos es demasiado largo.
- La limpieza es buena o muy buena para el 93%.
- La información recibida es buena o muy buena para el 92%.
- Las actividades son adecuadas o muy adecuadas para 83%, un 10% las considera repetitivas.
- El 97% considera que el trato que reciben es muy bueno.
- Las instalaciones son buenas o muy buenas para el 89% de las personas usuarias.

- El 100% de los encuestados dicen acudir contentos al centro.

Resultados obtenidos en la consulta a las personas usuarias de un centro residencia.

- Los espacios comunes los valoran el 100% entre bien y muy bien.
- Las habitaciones son buenas para el 92% y regulares para el 8% restante.
- Para el 93 % los horarios son buenos o muy buenos.
- Para el 100% la limpieza es satisfactoria.
- Lo mismo ocurre con la atención y el trato que reciben tanto los días laborales como los fines de semana y por las noches.
- La atención médica es buena o muy buena para el 93%.
- El cuidado de la ropa es adecuado para el 92%.
- Están satisfechos con la información que reciben de los/as profesionales que les atienden, pero no son consultados apenas sobre temas de la vida diaria.
- Las relaciones entre ellos y la participación comunitaria no son del todo satisfactorias, un 23% considera que las relaciones son regulares o malas. A un 31% le gustaría tener más relación con sus compañeros/as y a un 46% le gustaría tener más participación social.
- Las actividades son bien aceptadas por el 85% y participan en ellas.
- Un 23% dice aburrirse algunas veces, el resto nunca o casi nunca.
- No tienen miedo a que les desaparezcan objetos de su propiedad.
- Un 92% puntúa entre notable y sobresaliente.
- La participación de los usuarios/as en la vida del centro no está muy potenciada y podía ser un aspecto que puede mejorarse.
- Las relaciones personales, junto con las actividades de ocio pueden ser objeto de mejora.
- La participación comunitaria es motivo de insatisfacción para un número importante de las personas consultadas.
- Hay aspectos que está muy bien valorados que debe ser reseñados debidamente:
 - El trato recibido por los profesionales y los cuidados de noche y fin de semana (100%).
 - La información que reciben por parte del personal (100%).
 - La calidad de la atención médica.

Albergue

La satisfacción manifestada por los/as usuarios/as de este centro es muy difícil de superar, la media de las puntuaciones emitidas ha sido de 9,5. Hay, sin embargo varios aspectos que, a juicio de las personas usuarias, pueden mejorarse. Son los siguientes:

- Establecer un servicio de ayuda para la búsqueda de empleo.
- Teniendo en cuenta que sólo pueden estar cinco días al año, facilitar información/orientación para moverse por la ciudad y, así, evitar dedicar mucho tiempo a los desplazamientos.
- Llevar más ropa al albergue de los puntos de recogida antes de que puedan acceder a ella otros colectivos.
- Aumentar la posibilidad de alojarse en el albergue. Cinco días una sola vez al año es muy poco, sugieren poder hacerlo cada tres meses.

II.2.3. Resultados de la consulta realizada a trabajadores/as de los servicios sociales sobre la calidad de vida laboral

A continuación se presentan de forma gráfica los resultados en la consulta a los/as trabajadores/as del sector acerca de las condiciones de calidad de vida:

Gráfico 57: Porcentaje de trabajadores/as del sector público y sector privado concertado.

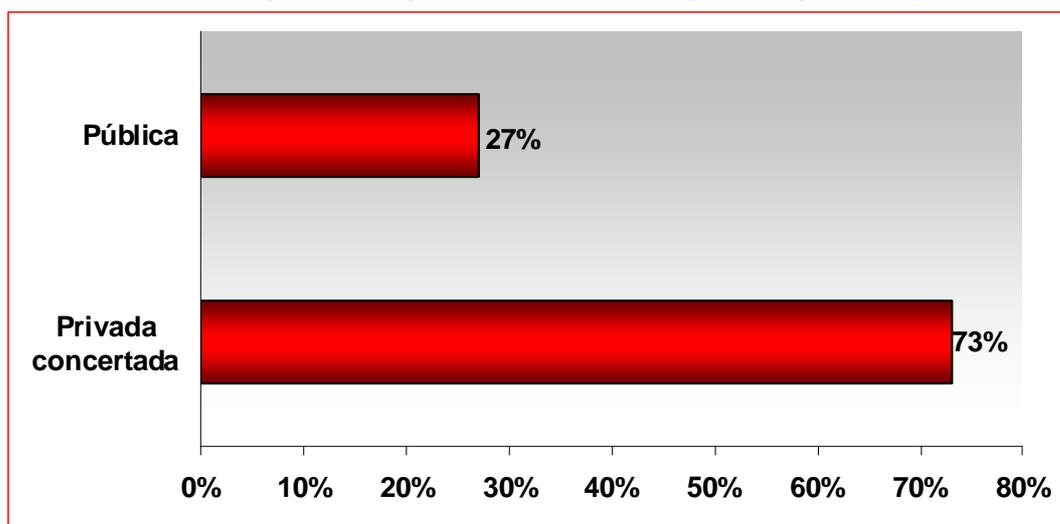
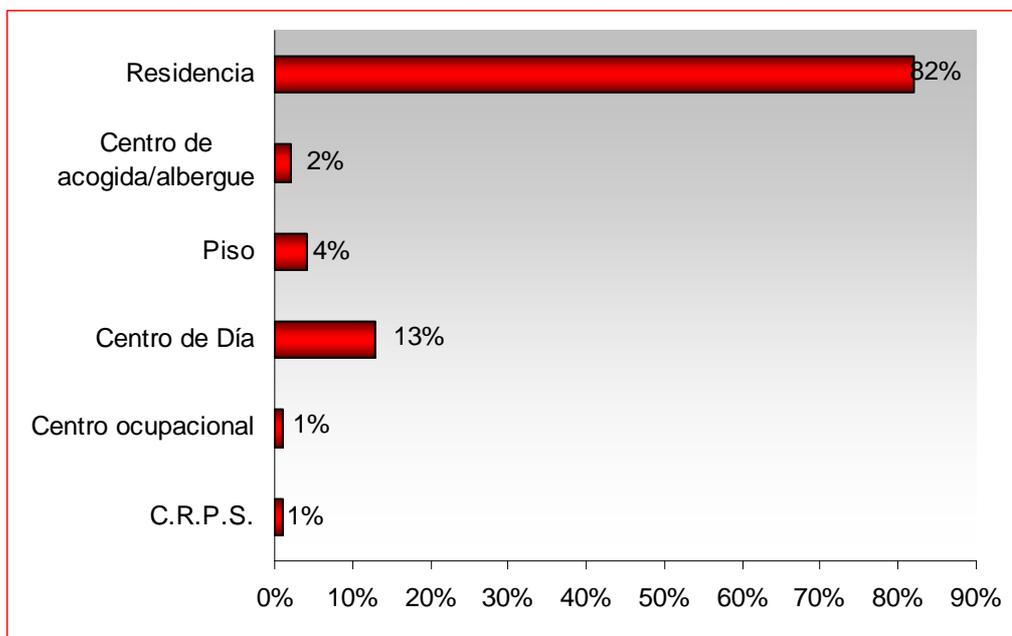
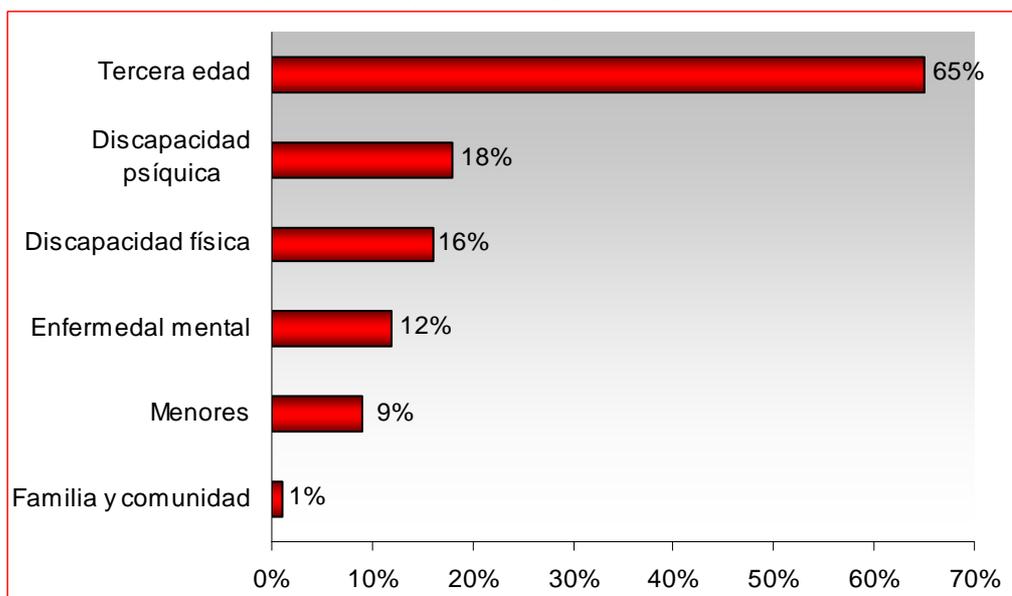


Gráfico 58: Tipo de centros de trabajo (la mayor parte trabajan en centros residenciales)



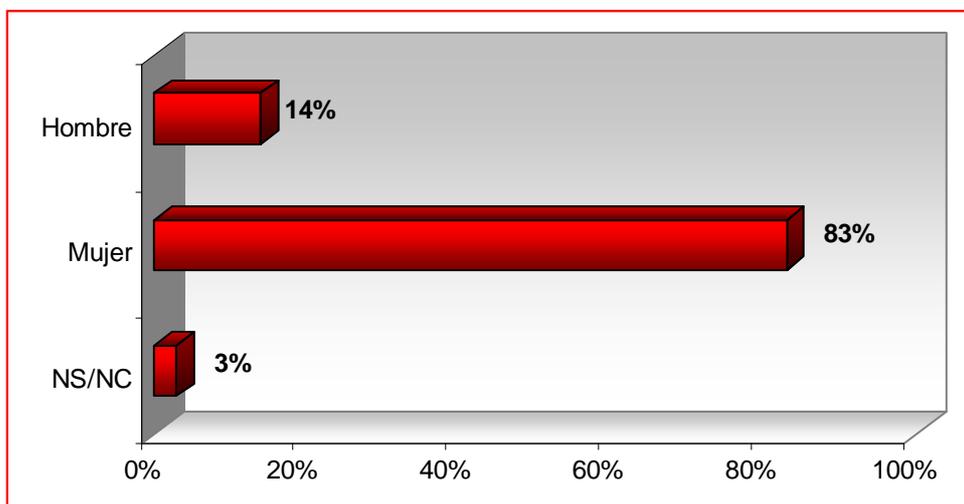
*El porcentaje supera el 100% porque la contestación al cuestionario admite respuesta múltiple.

Gráfico 59: Porcentaje de trabajadores/as por línea de atención.



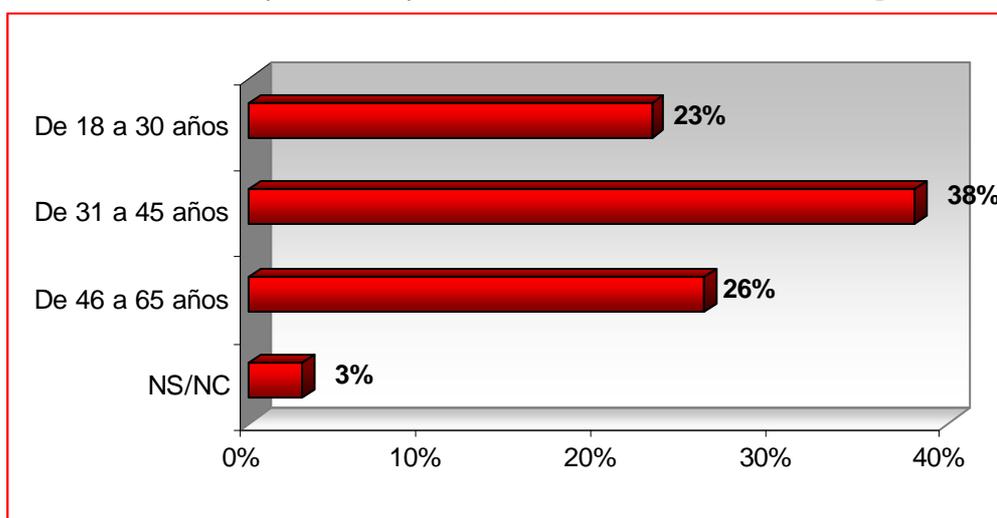
*El porcentaje supera el 100% porque la contestación al cuestionario admite respuesta múltiple.

Las personas mayores representan el mayor porcentaje de trabajadores/as.

Gráfico 60: Porcentaje de trabajadores/as por sexo

El colectivo de trabajadores/as de los servicios sociales es mayoritariamente femenino.

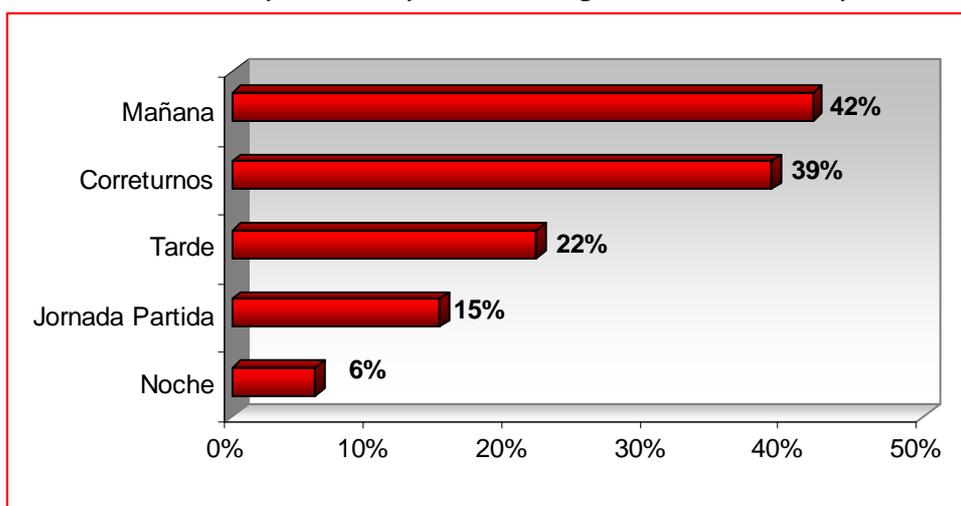
- Los hombres disfrutan en mayor medida que las mujeres de contratos indefinidos.
- Los hombres tienen un mayor nivel de estudios, el 43% son universitarios.

Gráfico 61: Porcentaje de trabajadores/as de los servicios sociales por edades.

Un porcentaje representativo de los/as trabajadores/as de los servicios sociales tiene menos de 45 años.

- La edad media de las mujeres es de 38,8 años.
- Un 41% tiene entre siete y once años de antigüedad. Un 16% más de once.
- Un 37% tiene una antigüedad comprendida entre menos de un año y tres años.

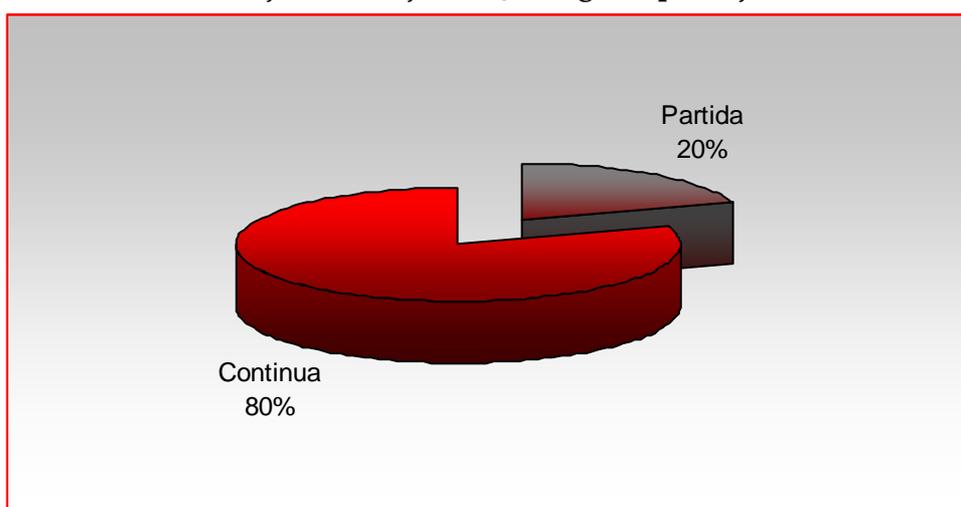
Gráfico 62: Porcentaje de trabajadores/as según turnos de trabajo



*El porcentaje supera el 100% porque la contestación al cuestionario admite respuesta múltiple.

Corretornos y trabajadores/as con jornada de mañana representan a la mayoría del colectivo.

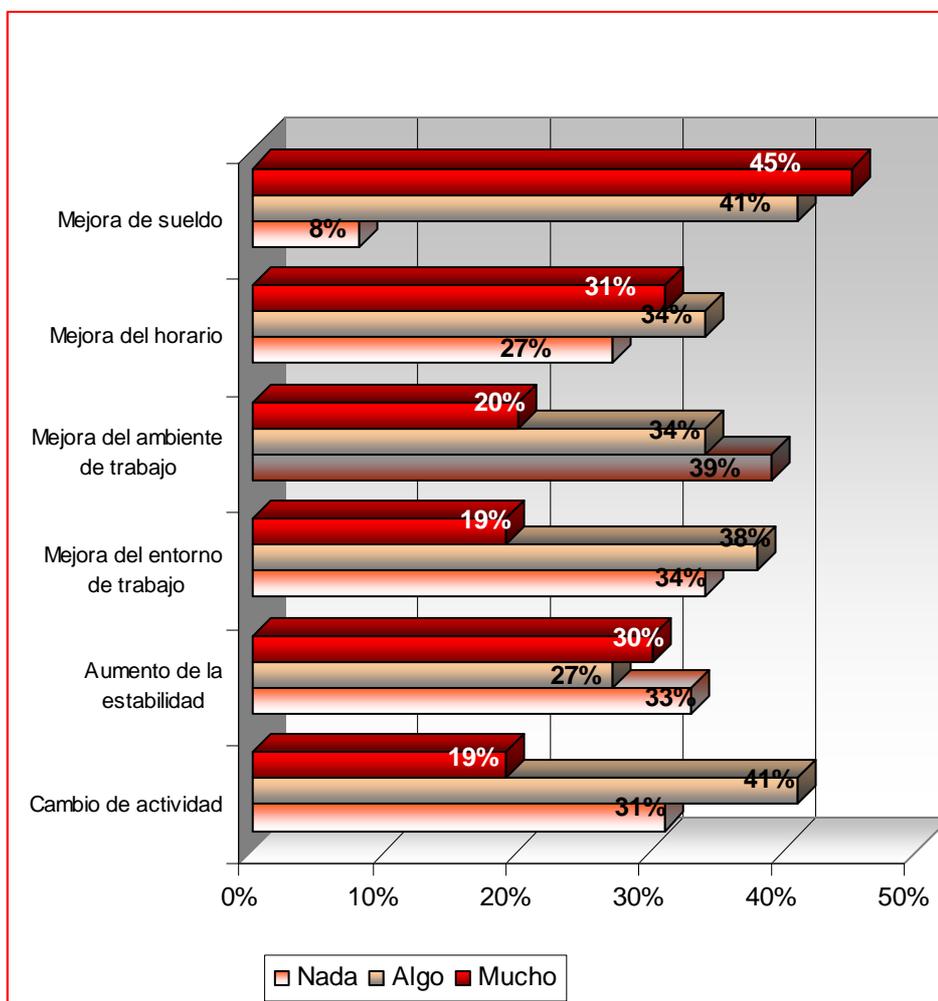
Gráfico 63: Porcentaje de trabajadores/as según tipo de jornada



- Las mujeres realizan en mayor medida que los hombres jornada continua.

- La jornada continua es más frecuente en los centros públicos que en los privados.
- El trabajo nocturno se reparte más entre mujeres y los menores de 30 años que realizan su trabajo en centros privados.
- El 30% trabaja los fines de semana y es más frecuente en mujeres que en hombres.
- El trabajo de fin de semana es mayor en las empresas privadas.

Gráfico 64: Motivos que aducen los trabajadores para el cambio de trabajo

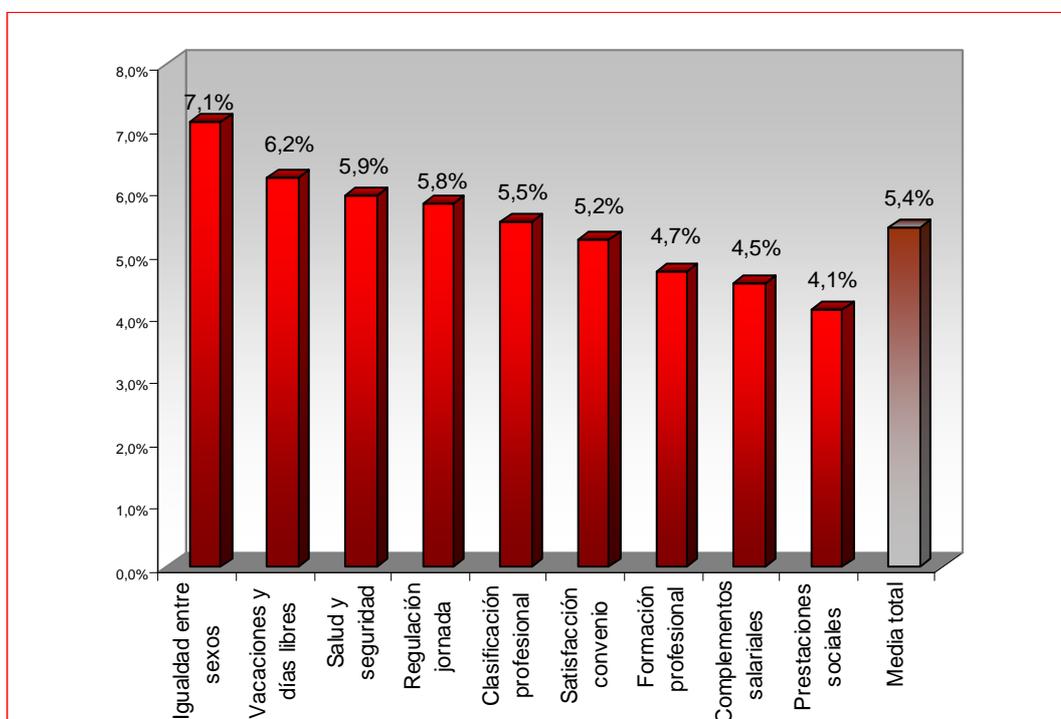


*El porcentaje supera el 100% porque la contestación al cuestionario admite respuesta múltiple.

- Las razones para el cambio de trabajo coinciden plenamente con otras encuestas realizadas a nivel estatal.

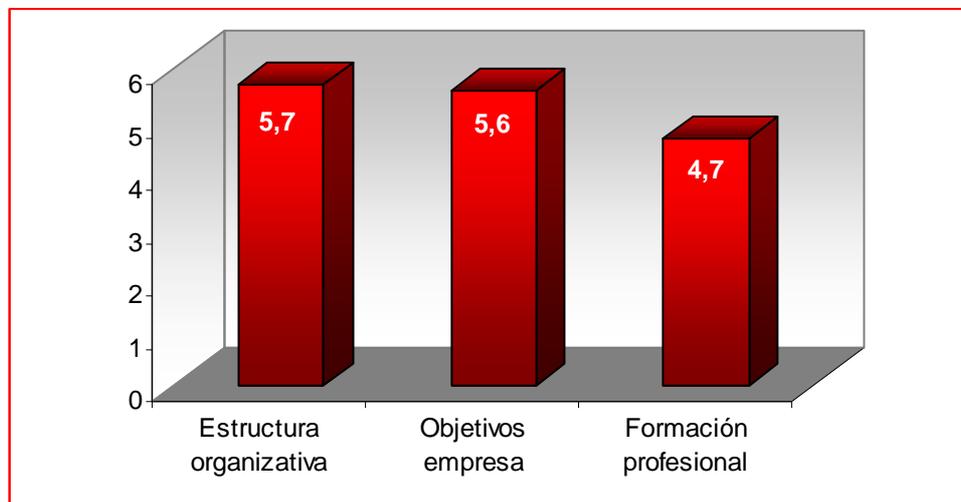
- El acoso en el trabajo es prácticamente inexistente.
- Los/as trabajadores/as inmigrantes se sienten discriminados/as, y, a pesar de ello, puntúan mejor las condiciones del trabajo.
- Los/as trabajadores/as más jóvenes son los que más valoran el salario y la estabilidad en el empleo.

Gráfico 65: Aspectos importantes regulados en el convenio (0 satisfacción nula - 10 muy bien).



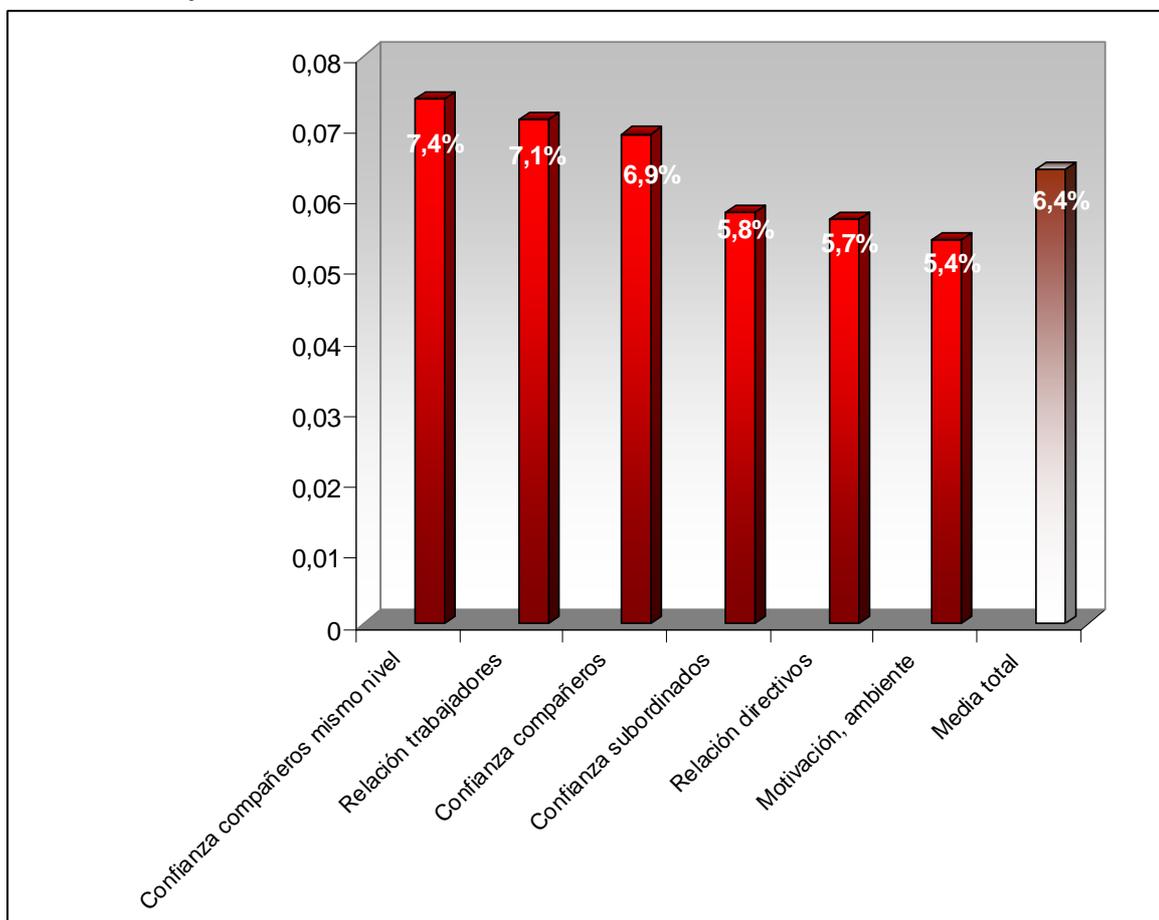
- La satisfacción global en el empleo de los/as trabajadores/as es discreta, alcanza una media de 6 puntos sobre 10. Los/as trabajadores/as inmigrantes se muestran más satisfechos y puntúan con un 7,1 su satisfacción global.
- Sin embargo, la satisfacción por la actividad desarrollada y por el ambiente de trabajo se sitúan en torno a puntuación de 7.
- El salario con un 5,2, la posibilidad de promoción con un 4 y las ayudas sociales con un 4 son los aspectos peor valorados por los/as trabajadores/as.

Gráfico 66: Conocimientos relativos al puesto de trabajo (0 nada - 10 mucho)

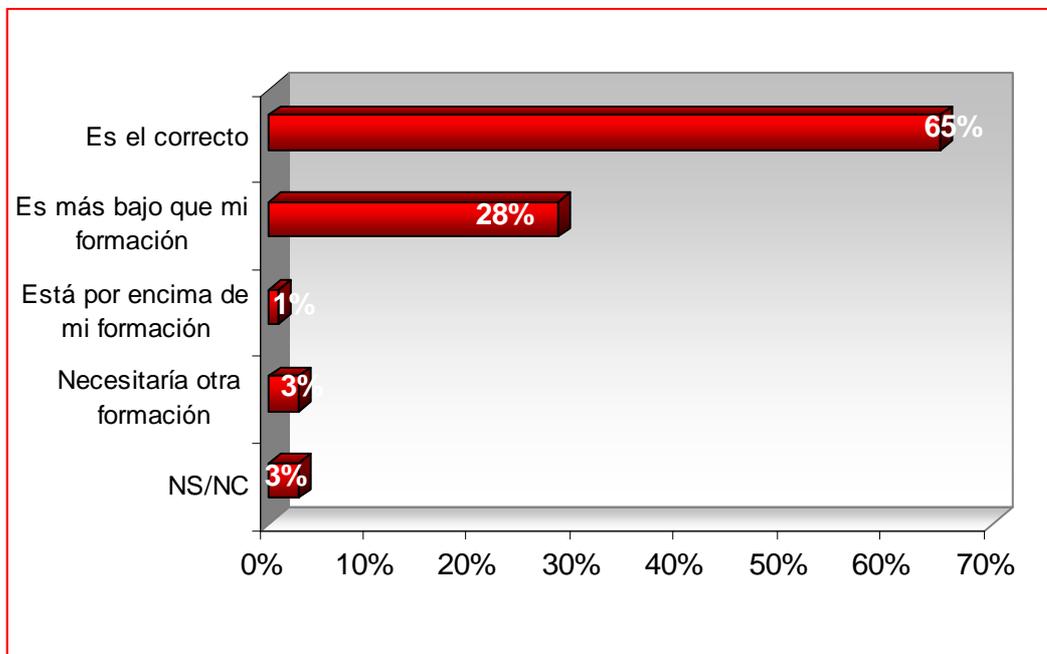


- Los/as trabajadores/as muestran muy poco interés por los temas relacionados con la empresa.
- Un 80% de los/as trabajadores/as tienen delegados/as sindicales.
- Un 23% se encuentra afiliado a algún sindicato.
- La afiliación sindical aumenta con la edad y se sitúa en el 30% en las personas mayores de 46 años y en el 32% entre los que llevan más de once años en la empresa.
- Igualmente, éstos muestran muy poco interés por el asociacionismo y el mundo sindical, con una media de 4,2.

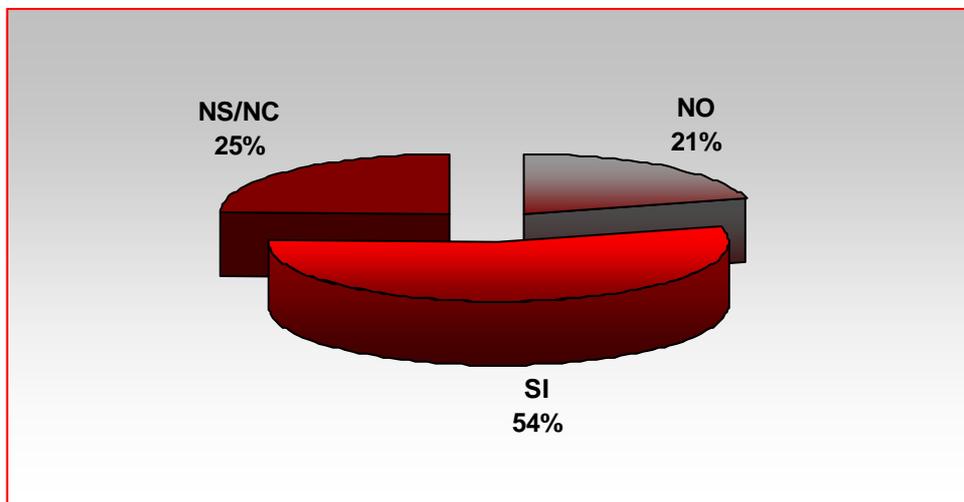
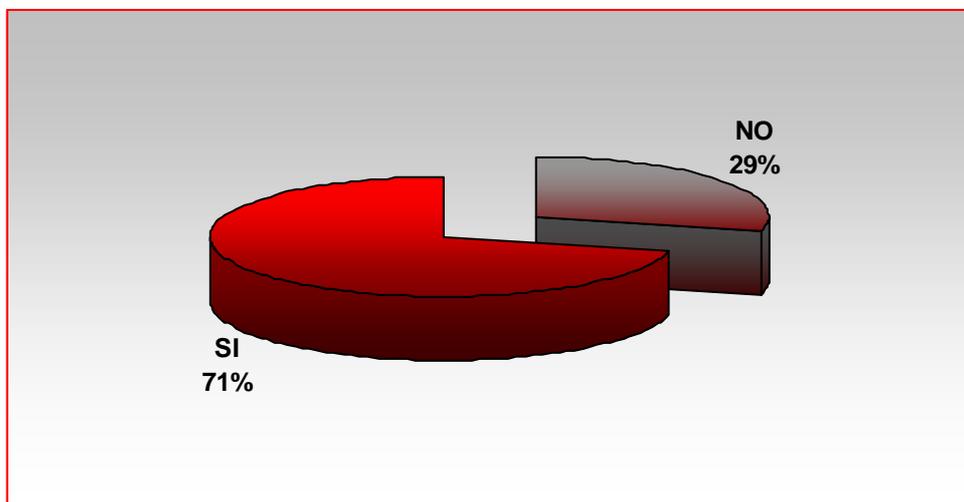
Gráfico 67: Valoración de las relaciones personales en el puesto de trabajo. (0 muy malas - 10 muy buenas)



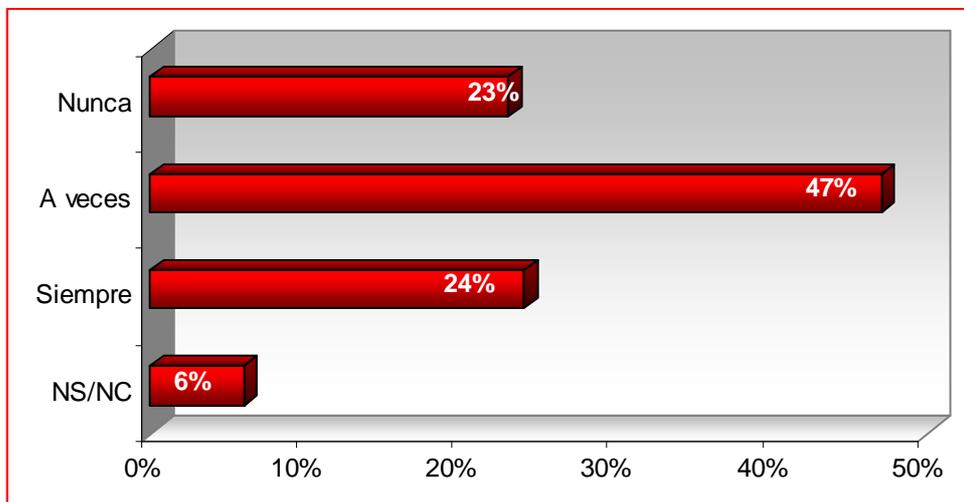
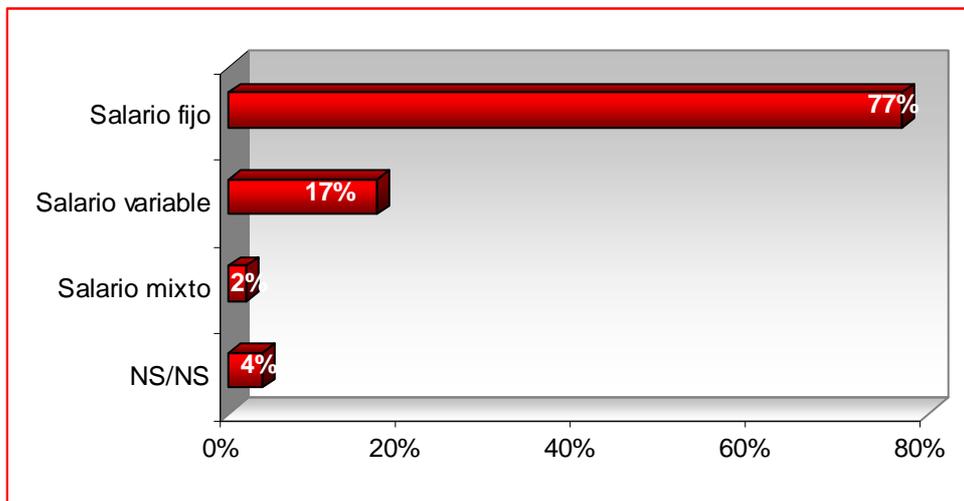
- Las relaciones entre los/as trabajadores/as son buenas pero no excelentes.
- Las relaciones con los/as superiores son peores que las que mantienen con los/as compañeros/as.
- Las relaciones de amistad entre compañeros y compañeras se concentran en pocas personas.
- Estos resultados coinciden con los encontrados en otras consultas.

Gráfico 68: Formación en relación al trabajo.

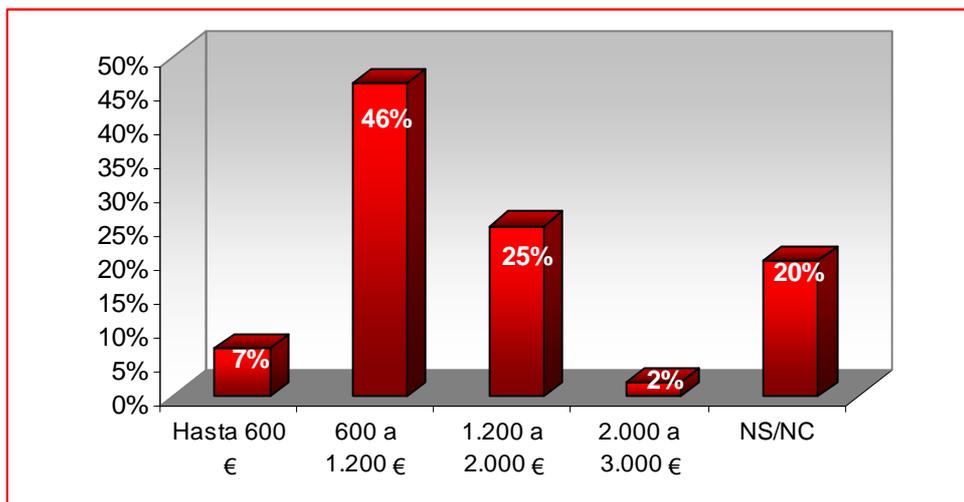
- El 42% tiene estudios que superan la FP Superior.
- El 11% se encuentra a nivel de estudios primarios o inferiores.
- Un 65% considera que su formación es adecuada al trabajo que realiza.

Gráfico 69: Actividades de formación organizadas por la empresa en el último año**Gráfico 70: Participación en el último año en actividades de formación**

- Las personas inmigrantes son las que menos han participado en estas actividades.
- La utilidad de la formación está bien valorada con un 7,1, llegando hasta un 8,8 en el caso del personal inmigrante.

Gráfico 71: Actividades de formación en horario de trabajo**Gráfico 72: Tipos de remuneración**

- La mayoría percibe un salario fijo.
- Cuando se percibe salario variable, en casi todos los casos, se debe a horas trabajadas.
- En la empresa privada se da más el salario variable.
- Los/as trabajadores/as apenas participan en beneficios de la empresa.

Gráfico 73: Ingresos mensuales netos.

- Los mejores sueldos los perciben los hombres y los empleados y empleadas de las empresas públicas.
- La satisfacción con la situación económica del hogar es baja (5,8), inferior a la de otros aspectos de la vida.

Gráfico 74: Prestaciones sociales de la empresa

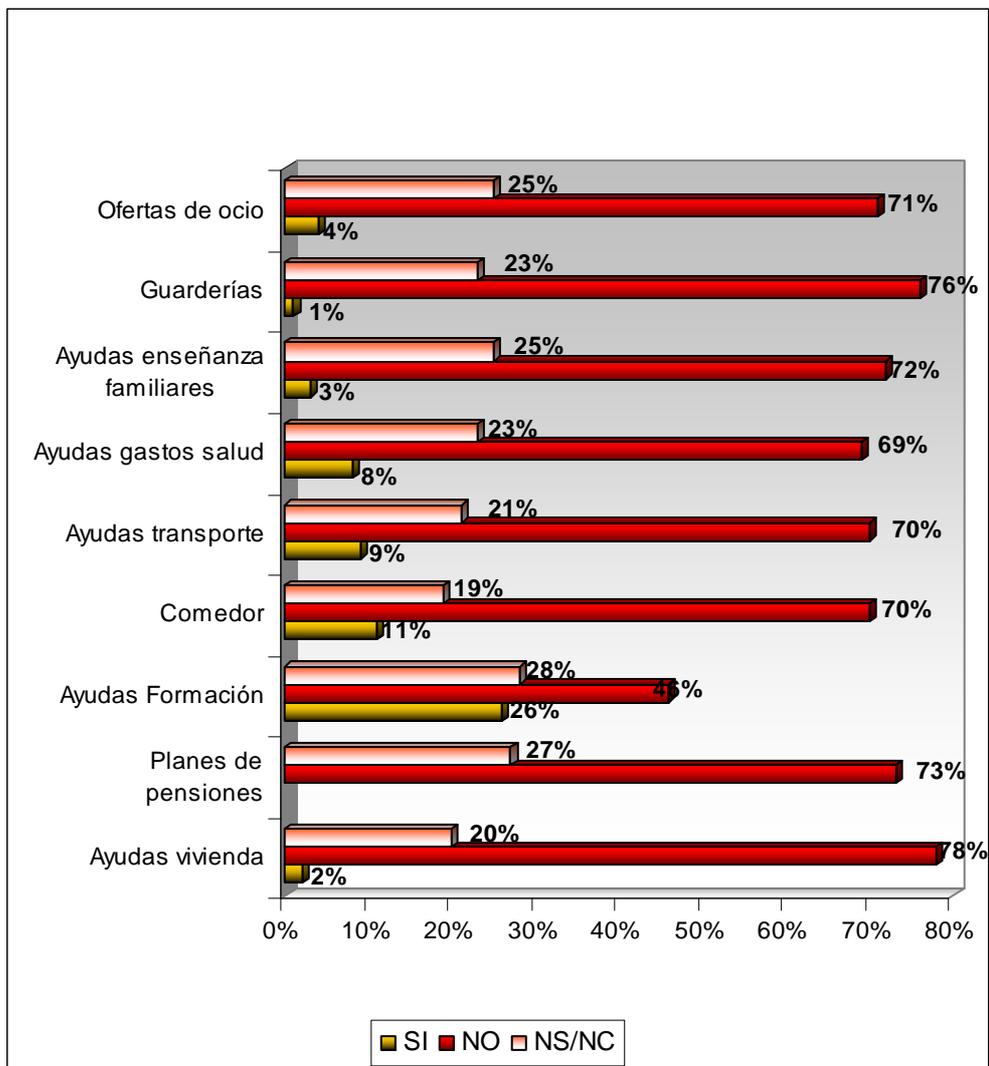


Gráfico 75: Grado de satisfacción con respecto a las siguientes variables. (0 nula - 10 muy alta).

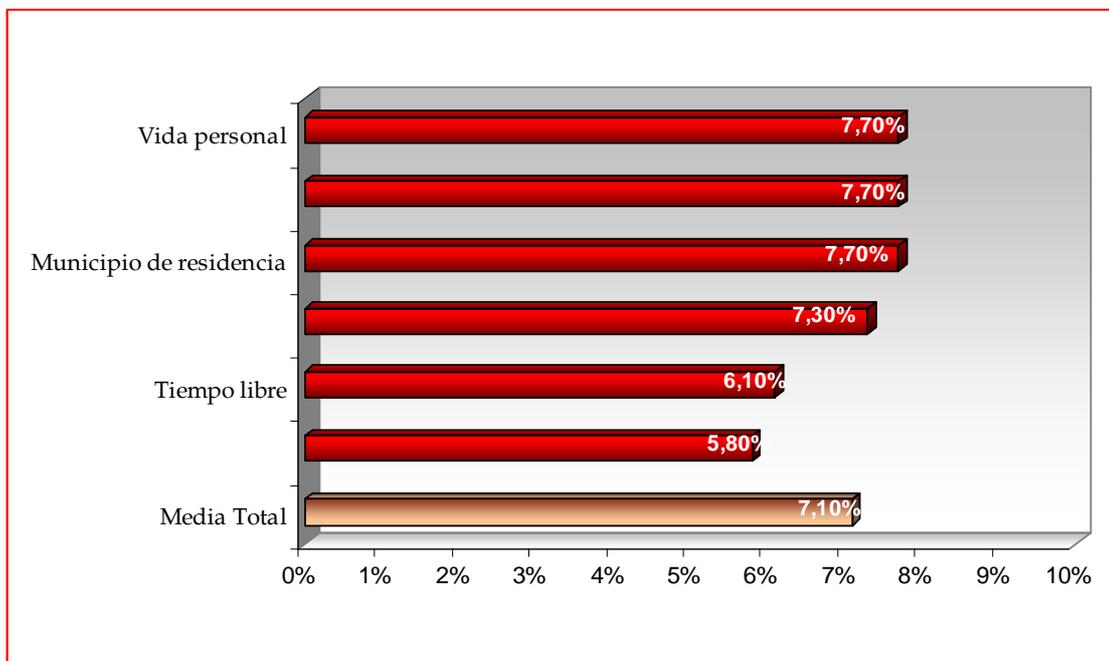
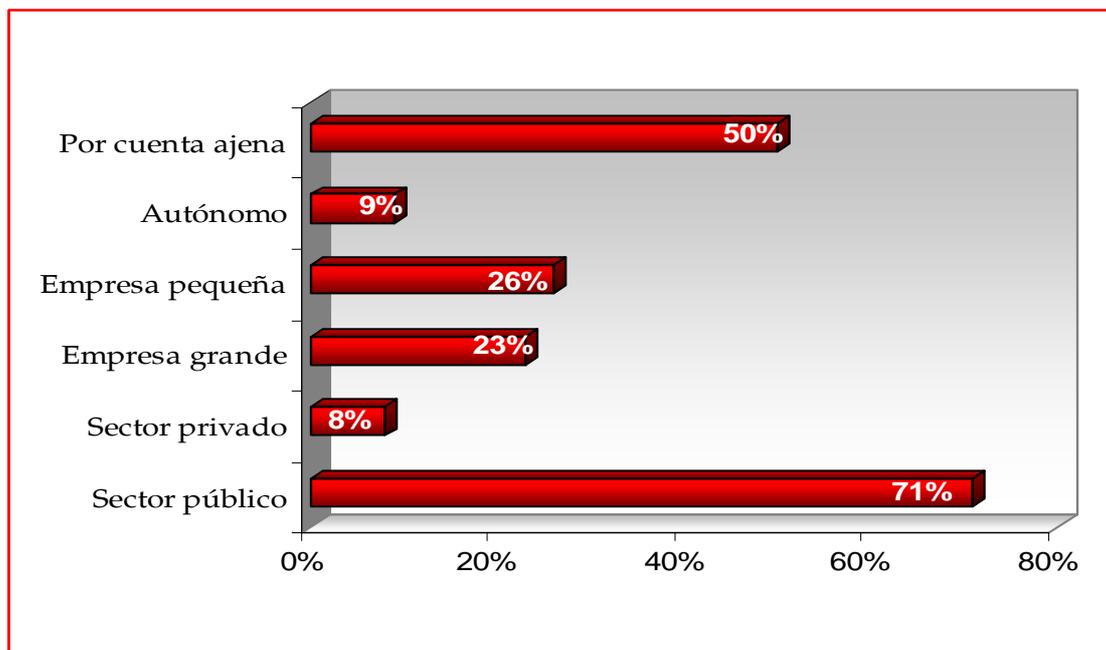


Gráfico 76: Tipo de trabajo deseado



- La mayoría de las personas encuestadas prefiere trabajar en empresas públicas. Un 80% en personas menores de 30 años.

Gráfico 77: Situación laboral de la pareja.

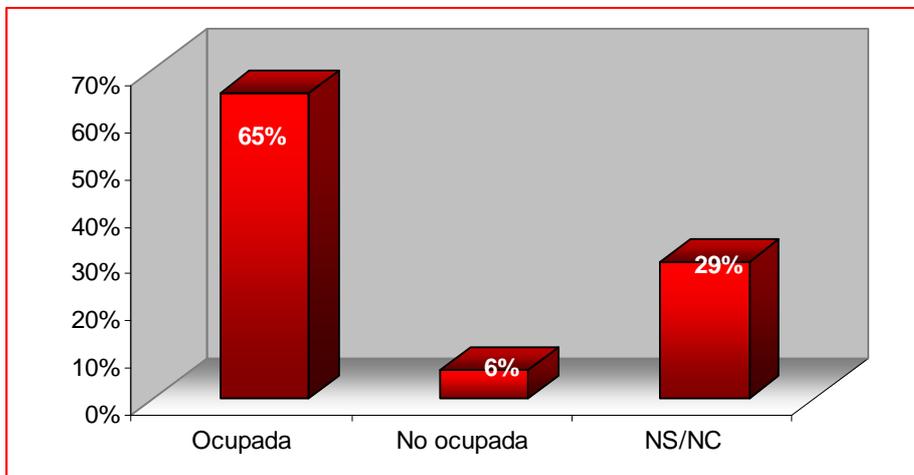


Gráfico 78: Permisos concedidos en la empresa

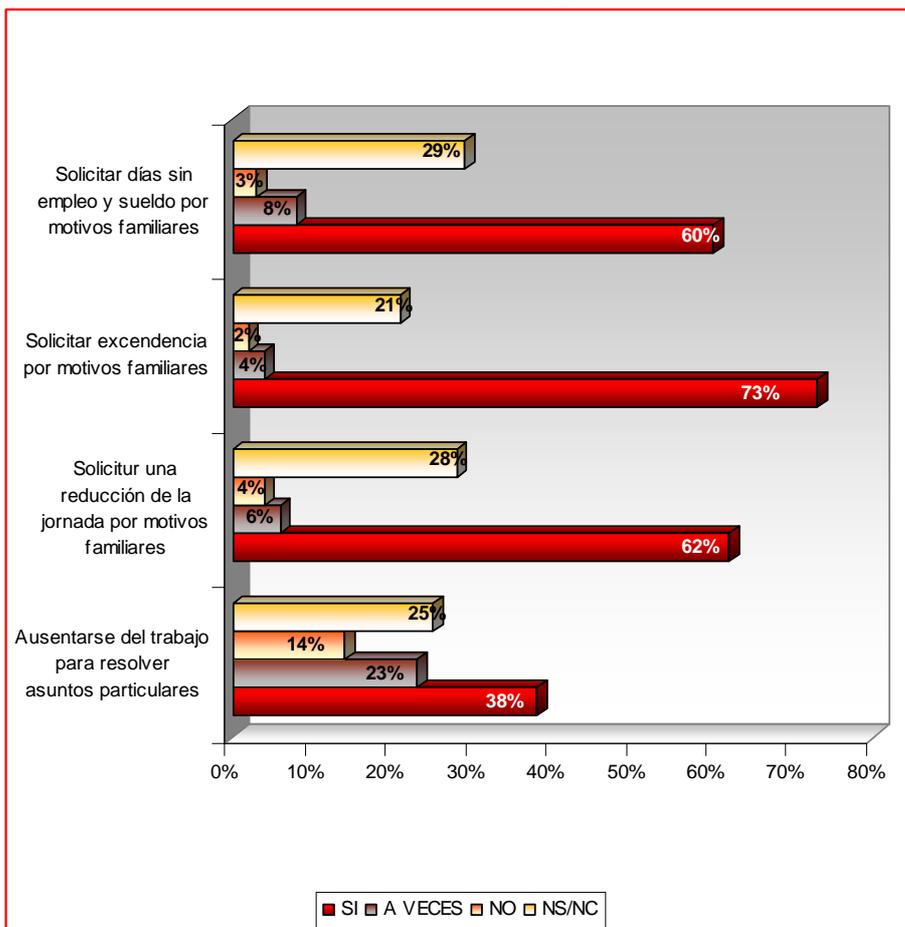
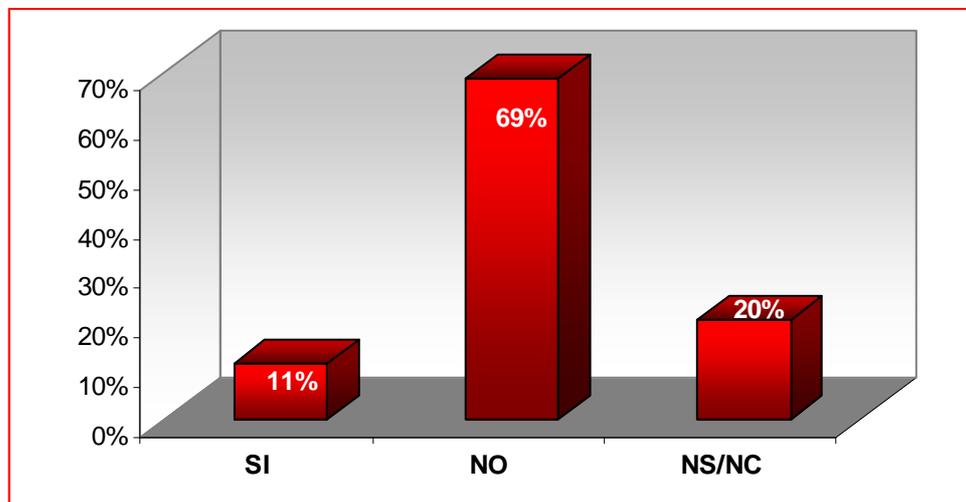


Gráfico 79: Personas dependientes a su cargo

- Un número importante de las personas encuestadas tiene alguna persona dependiente a su cargo.

II.2.4. Resultados obtenidos de las entrevistas a técnicos del Departamento de Asuntos Sociales considerados relevantes

A continuación se exponen los aspectos más relevantes que expresaron en las entrevistas personas relevantes del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Éstos, hacen referencia a puntos débiles identificados por las personas entrevistadas, en torno a la gestión de prestaciones y de servicios sociales en general, y en concreto a los servicios de atención residencial.

Puntos débiles

- **Gestión de las prestaciones y servicios de Servicios Sociales por parte de la Administración**
 - Exceso de burocratización.
 - En algunos casos lentitud en la respuesta.
 - Necesidad de mejorar las herramientas de gestión de expedientes.
 - Falta de coordinación interdepartamental.
 - Necesidad de mejorar la información al ciudadano en cuanto a los servicios que se prestan.

▪ **Servicios de Atención Residencial y Atención Diurna**

- a) **Profesionales:** Necesidad de definir los perfiles y funciones del personal de atención directa.
- b) **Gestión:** Elaborar proyectos de centro
- c) **Programas:** Adaptar los programas a las necesidades de las personas usuarias
- d) **Derechos:** Necesidad de mejorar la información a las personas usuarias de programas de integración de las personas en la comunidad, de atención individualizadas, aumentar la participación del usuario/a y regular el uso de contenciones.
- e) **Infraestructuras:** Deben mejorarse las infraestructuras sobre todo en los recursos del ámbito de exclusión social.

II.2.5. Resultados obtenidos del Taller de mejora continua de la calidad

Los **puntos débiles identificados** mediante la técnica nominal de grupo fueron, en resumen, los siguientes:

- **Gestión de las prestaciones y servicios de Servicios Sociales por parte de la Administración**
 - Exceso de burocracia en la tramitación de las prestaciones.
- **Servicios de atención residencial y atención diurna**
 - a) **Atención a la persona usuaria:**
 - Necesidad de establecer programas adecuados a las necesidades de las personas usuarias.
 - Equilibrar el derecho de autodeterminación del usuario/a y organización del servicio.
 - Dificultad para abordar planes de atención individualizada.
 - Necesidad de mejorar la información a las personas usuarias y las técnicas.
 - b) **Gestión del servicio:**
 - Inexistencia de protocolos unificados en los distintos servicios.
 - Falta de organización en la gestión.
 - c) **Profesionales:**
 - Necesidad de mejorar la formación en general.
 - Desmotivación en el colectivo.

En el marco del curso, para asegurar que los enunciados correspondían a un problema y no a una causa, se reformularon en función de la persona atendida y de cómo

repercutía sobre ella el problema identificado. Los grupos realizaron un análisis causal de los problemas priorizados y se determinaron las siguientes áreas de mejora:

Taller de Calidad en servicios de Atención residencial y diurna

- **Infraestructuras:**
 - Establecer planes de inversión para mejorar y adecuar las infraestructuras existentes.
- **Organización y gestión:**
 - Elaboración e implantación de protocolos.
 - Definir la cartera de servicios de cada Servicio.
 - Implementar la figura de profesional de referencia.
- **Profesionales:**
 - Sistematizar protocolos de acogida.
 - Elaborar planes de formación, de acuerdo a las necesidades de los/as profesionales.
 - Crear sistemas que favorezcan la participación de los/as profesionales.
 - Crear grupos de mejora para abordar cargas de trabajo.
 - Definición de tareas y funciones de los/as profesionales.
 - Establecer sistemas de reconocimiento de profesionales.

II.2.6. Resultados obtenidos de fuentes secundarias

Los tres grandes ejes, a nivel normativo, que sirven de base a este estudio diagnóstico y, por ende al Plan de Calidad, son la Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General y el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Navarra.

La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales establece como uno de sus objetivos principales configurar un sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra que garantice que los servicios que se presten cuenten con las condiciones óptimas para asegurar la autonomía, dignidad y la calidad de vida de las personas. En este sentido, contempla como uno de los principios rectores del sistema de servicios sociales, el principio de calidad señalando que el Gobierno de Navarra garantizará la existencia de estándares mínimos de calidad en el sistema de servicios sociales, y fomentará la mejora de dichos estándares.

A tal efecto, el Título II, Capítulo II de la citada Ley regula el régimen de autorización administrativa, donde además del cumplimiento de unos determinados requisitos, se exigirán estándares mínimos de calidad. Por su parte, el Capítulo III

establece la regulación de la homologación administrativa en la que se establecerá un nivel de calidad superior al que se exija para las autorizaciones administrativas.

Por último, el Título VIII regula la Calidad de los Servicios Sociales exigiendo al Gobierno de Navarra la aprobación de Planes de Calidad para los servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, como instrumento básico para asegurar el desarrollo y la aplicación de los procesos de calidad.

Asimismo, debe tenerse en cuenta el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general, concretando el derecho de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios sociales mediante el establecimiento de las prestaciones garantizadas y no garantizadas.

Por su parte, el *Plan estratégico de servicios sociales de Navarra*, de Junio de 2008 pone de manifiesto la voluntad de establecer las pautas de las políticas de servicios sociales de los próximos años y de servir como marco a la planificación sectorial.

Finalmente, también se ha consultado *El Informe resumen de los centros y servicios de Servicios sociales* de Noviembre de 2007, fue elaborado por la Sección de Calidad e Inspección presentando los datos disponibles de los centros y servicios de Servicios Sociales de la Comunidad. Presenta datos generales, que incluyen información referente a barreras arquitectónicas, entidad gestora, capacidad, ocupación y plazas concertadas.

II.2.7. Conclusiones

- Los niveles medios de satisfacción en el puesto de trabajo del colectivo de trabajadores/as es de 6,0 puntos de media en los/as trabajadores/as de los Servicios Sociales de Navarra
- Los/as trabajadores/as navarros/as de los centros y servicios de servicios sociales se encuentran satisfechos con la actividad que desarrollan (7,2) y con el ambiente de trabajo (7,1 en general y 7,9 entre los más jóvenes).
- Se encuentran insatisfechos con las posibilidades de promoción interna (3,4) y con las prestaciones sociales de la empresa (4).
- Los niveles medios de monotonía-rutina (4,9), estrés (5,7) y esfuerzo físico (5,6) se corresponden plenamente con los del resto de los/as trabajadores/as.
- La discriminación y el acoso moral o sexual apenas tienen incidencia en ambos estudios, y menos, si cabe en el de los trabajadores navarros que no alcanza ni siquiera la puntuación de 1, situándose en el 0,6.
- Los riesgos o peligros laborales alcanzan valores de 4,7
- Los motivos más influyentes para decidir cambiar el empleo son, por este orden, la mejora del salario, la mejora del horario y la mejora de la estabilidad en el empleo.

- Los temas sindicales y de asociacionismo parecen importar poco a los/as trabajadores/as y están bastante mal valorados en ambos estudios.
- Las relaciones entre trabajadores/as alcanzan una puntuación de siete en ambos casos.
- Un 65% de los/as trabajadores/as navarros/as considera adecuada su formación con el puesto de trabajo que desempeña.
- Las empresas organizan actividades de formación en Navarra en el 60% de los casos y en el estado en el 50%.
- Se considera que esta formación tiene una utilidad alta (entre 7 y 8), alcanzando el 8,8, entre los/as trabajadores/as inmigrantes.
- La mayoría de los/as encuestados/as en ambos casos percibe un salario comprendido entre 600 y 1.200 euros. Los hombres tienen mejores sueldos en ambos casos.
- En el apartado de conciliación de la vida laboral y familiar, se confirman diferencias entre los sexos siendo las mujeres las que se ocupan en mayor medida de los niños y de las personas dependientes

II.3. ANÁLISIS INTEGRADO DE LA SITUACIÓN

A continuación, a partir de la información disponible de las diferentes fuentes del diagnóstico, se presentan las conclusiones relativas a los puntos más importantes o relevantes que son susceptibles de mejora de la situación de los servicios sociales en la Comunidad Foral de Navarra:

Servicios residenciales y centros de día, en las siguientes dimensiones:

- Atención a la persona y a la familia.
- Aspectos relacionales y derechos.
- Entorno.
- Organización.
- Por áreas de intervención.
- Calidad en el empleo de los/as profesionales de servicios sociales.
- Gestión de las prestaciones de los servicios sociales por parte de la Administración.

Puntos fuertes:

Atención a las personas y a las familias

- La higiene de las personas usuarias de los centros residenciales está garantizada.
- El trato recibido por parte de los profesionales es satisfactorio en todos los servicios.
- La limpieza de los edificios en su totalidad es adecuada.
- Los cuidados médicos y sanitarios son satisfactorios en todos los servicios.
- Las personas que precisan dietas en su alimentación las tienen garantizadas.
- Las contenciones físicas utilizadas en discapacidad y en tercera edad están homologadas.
- Las familias de las personas usuarias de los centros confían en los/as profesionales/as que los atienden.

Entorno: edificios e instalaciones. En general se puede decir que se parte de una valoración muy alta de las instalaciones de los centros por parte de las personas usuarias y de sus familiares.

- Los espacios son adecuados tanto en centros residenciales como en centros de atención diurna.
- Los edificios se encuentran, salvo algunas excepciones, en buen estado de conservación.
- Las habitaciones y los baños de los centros residenciales son espaciosos y están bien equipados.
- La buena iluminación, ventilación y la temperatura de los locales está garantizada.
- La señalización de los espacios es adecuada.
- Los centros de atención diurna (ocupacionales, centros de día y C.R.P.S.), están bien equipados para realizar el cometido para el que se han diseñado.

Menores

- Existe coordinación con los centros escolares a los que acuden.
- Se organizan de actividades lúdicas.

Discapacidad física

- Sistemas de prevención de problemas por broncoaspiración.
- Sistemas de prevención de lesiones por presión.
- Las instrucciones para el uso de ayudas técnicas para la promoción de la autonomía.

Mujeres víctimas de la violencia de género

- Se realiza valoración periódica anual de los riesgos sociales de las personas miembros de la familia.
- Existe coordinación con los/as agentes comunitarios/as.
- Existe programa de orientación laboral.
- Las instalaciones y el funcionamiento de la supervisión en los pisos es satisfactoria.

Enfermedad mental

- La coordinación de los centros con los centros de salud mental está garantizada.

Exclusión social

- Los centros cumplen con las expectativas y las necesidades de las personas usuarias.

Debilidades teniendo en cuenta las distintas dimensiones en la atención a las personas usuarias:

Atención a la persona y a la familia:

- Debe mejorarse el sistema de valoración integral de las personas usuarias y fomentar el trabajo a través de los equipos interdisciplinarios
- Mejorar la sistemática de elaboración y seguimiento de los Planes de Atención Individualizada
- Promover la participación de las familias en los servicios sociales
- Creación de medidas para eliminar en lo posible los posibles riesgos que puedan padecer la personas usuarias en la atención prestada.

Aspectos relacionales y derechos

- Mejorar la información que reciben las personas usuarias
- Mejorar la participación de las personas usuarias en la vida comunitaria
- Mejorar la convivencia entre las personas usuarias de los centros residenciales.

Entorno

- Deben mejorarse las instalaciones del área de exclusión social.
- Mejorar los mecanismos de seguridad implementando los planes de autoprotección.

Organización del servicio

- Deben definirse de forma sistemática los procesos clave y organizativos de los servicios.
- Debe utilizarse de forma sistemática protocolos de organización y funcionamiento del servicio (procesos básicos) así como los relativos a la atención de personas usuarias (actuaciones ante riesgos, trastornos cognitivos, uso de contenciones, caídas etc).

Por áreas de intervención

Personas Mayores:

- Aumentar el número de habitaciones individuales.
- Definir un sistema de prevención y mejora de los principales riesgos geriátricos, especialmente de caídas y riesgo nutricional.
- Valorar periódicamente los riesgos geriátricos especialmente la posibilidad de trastorno anímico o depresión, dejando constancia en el expediente asistencial.
- Disponer de protocolos para intervenir en trastornos cognitivos/demencias.

Discapacidad Física

- Mejora del transporte para los centros de atención diurna.

Discapacidad intelectual

- Mejorar el sistema de prevención de caídas, lesiones por presión, autolesiones y heterolesiones.
- Necesidad de protocolos de trastornos de conducta.

Enfermedad mental

- Potenciar los programas de orientación laboral.

Exclusión Social

- Que dispongan de un programa de orientación laboral.

Violencia de Género

- Mejorar la intimidad en los centros.

Gestión de las prestaciones sociales por los organismos públicos

Deben mejorarse los tiempos de respuesta a las personas usuarias en la gestión de las prestaciones sociales y simplificar el exceso de burocratización.

Coordinación entre los distintos organismos públicos

Debe mejorarse la coordinación interdepartamental y de organismos públicos dado que hay muchas áreas implicadas en la atención a las personas usuarias de servicios sociales.

Calidad en el empleo

- Se evidencia la necesidad de mayor estabilidad en los equipos.
- Necesidad de mejorar el desarrollo profesional.
- Definir perfiles y competencias profesionales.
- Mejorar los procesos sistemáticos de formación inicial y continua.
- Deben sistematizarse las consultas de satisfacción de los profesionales.

II.3.1. Conclusiones finales

Como conclusiones finales del estudio diagnóstico se evidencia la necesidad de establecer medidas de actuación con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios sociales en tres aspectos fundamentales: la calidad en la gestión del servicio, los derechos de las personas usuarias y las condiciones de los/as trabajadores/as del sector de servicios sociales.

En este sentido, los aspectos objeto de priorización por el Plan de Calidad deben ser:

I. En el área de los servicios de atención residencial y atención diurna:

La principal conclusión que se desprende de la evaluación externa es la gran variabilidad existente en entre unos servicios residenciales y otros en el cumplimiento de criterios de calidad. Por ello, la primera de las medidas del Plan de Calidad debe ser garantizar un mínimo nivel de calidad en todos los servicios que debe ser exigido, tanto en la normativa como en los criterios de calidad que deban cumplirse para poder prestar los servicios en el sistema de servicios sociales.

A tal fin, deberían ser priorizados diversos aspectos. Éstos deben garantizarse en todos los servicios de todas las áreas de intervención. El principal será mejorar el sistema de valoración integral de las personas usuarias pues es la base fundamental para elaborar Planes de Atención Individualizada. El fin de éste es que puedan responder a necesidades reales de las personas usuarias a la hora de pautar sus cuidados e intervenciones, al tiempo que puedan permitir conocer también los posibles riesgos de las personas usuarias de estos servicios. Asimismo, debe mejorarse la sistemática en la elaboración de los PAIS con la definición de unas normas básicas como la elaboración de objetivos generales y específicos reales, concretos y a plazo que permitan una evaluación posterior por los profesionales de los objetivos de intervención planteados.

Por otra parte, las fuentes del diagnóstico revelan la importancia de potenciar la participación de los usuarios y sus familias en los servicios sociales.

En lo que respecta a la gestión de estos servicios, debe sistematizarse el trabajo por procesos y la sistematización de protocolos.

II. Calidad en el empleo

Las actuaciones prioritarias del Plan de Calidad deberían tener como objetivo promover el desarrollo profesional de los/as trabajadores/as del sector, la formación y dotar de mayor estabilidad al personal reduciendo la excesiva rotación del mismo.

III. Gestión en la prestación de los servicios de servicios sociales

Los tres ejes fundamentales que conformarían las medidas del Plan de Calidad serían mejorar tiempos de respuesta en la tramitación de las prestaciones, mejorar la información a las personas usuarias de servicios sociales y mejorar la coordinación entre los distintos organismos públicos y privados que intervienen en la prestación de los servicios.

III. PLAN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE NAVARRA

III.1. VISIÓN, MISIÓN, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

Misión

El Plan de Calidad de los Servicios Sociales debe contribuir a garantizar la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios sociales desde los postulados de la ética. Siendo la persona usuaria, el centro alrededor del cual debe girar todo el sistema asistencial y los procesos de calidad, siempre de acuerdo a sus necesidades y expectativas.

Visión

Los Servicios Sociales de Navarra deberán gestionarse teniendo como referente el paradigma de la mejora continua de las organizaciones, implantando de forma sistemática la metodología de la autoevaluación, identificación de aspectos a mejorar y mejora en la gestión y prestación del servicio a través de un modelo de atención basado en la calidad total.

Principios

El Sistema público de Servicios Sociales deberá funcionar con arreglo a los principios recogidos en el artículo 5 de la Ley Foral de Servicios Sociales y a los establecidos en el Plan Estratégico de Servicios Sociales. Estos principios son los siguientes:

- Universalidad.
- Responsabilidad pública.
- Igualdad.
- Solidaridad.
- Proximidad y descentralización.
- Participación cívica.

- Atención personalizada e integral.
- Normalización.
- Prevención.
- Promoción de la autonomía personal.
- Coordinación y cooperación interadministrativa.
- Calidad.
- Promoción del voluntariado.
- Orientación a las personas.
- Preferencia de la atención a las personas más vulnerables.
- Igualdad de género.
- Libertad de elección.
- Preferencia de la prestación de servicio.
- Apoyo a la permanencia en el domicilio y/o el entorno.
- Excepcionalidad de la prestación vinculada al servicio.
- Calidad en el empleo.
- Igualdad en la exigencia y control permanente.

Además de éstos, la ejecución de las medidas y acciones previstas en este Plan deberán estar orientadas por los siguientes principios:

- **Eficacia y eficiencia en la gestión y prestación de los servicios:** las medidas y acciones previstas en este Plan deberán contar con los recursos necesarios para lograr que los servicios sociales de Navarra sean unos servicios de calidad y sobre todo de calidad de vida centrada en la persona.
- **Bienestar personal:** las medidas y acciones previstas en este Plan deberán ir dirigidas a garantizar el buen estado físico, psíquico y funcional de las personas.
- **Profesionalización y competencia:** se garantizará la existencia de equipos multiprofesionales que garanticen la realización del Programa de Atención individual (PAI), la elaboración de programas y protocolos y la utilización de los recursos técnicos necesarios en una prestación de servicios de calidad.
- **Coordinación y cooperación con las organizaciones prestadoras de servicios:** se priorizarán las medidas y acciones previstas en este Plan dirigidas a la actuación conjunta de las Administraciones Públicas entre sí y con las entidades de iniciativa privada para la consecución del Modelo de Calidad de Servicios Sociales de Navarra.

- **Transparencia:** El sistema público de servicios sociales garantizará la transparencia en la gestión económica y la difusión de la información sobre el modelo de calidad asistencial de nuestra Comunidad.

Objetivos Generales:

1. La ciudadanía navarra conocerá cuál es el modelo de calidad de servicios sociales implantado en nuestra Comunidad.
2. La ciudadanía navarra tendrá derecho a una atención de calidad que garantice unos estándares mínimos, independientemente del municipio en el que viva.
3. El Sistema de Servicios Sociales incrementará la satisfacción de las personas usuarias/clientes, elevando el nivel de calidad en la prestación de los servicios.
4. El Sistema Público de Servicios Sociales impulsará un cambio cultural hacia un nuevo estilo de gestión: la dirección participativa y gestión por procesos.
5. El Sistema Público de Servicios Sociales potenciará la cultura de la mejora continua en la prestación de los servicios sociales en Navarra.
6. El Sistema de Servicios Sociales impulsará y/o mejorará la calidad en el empleo de los y las trabajadoras del sector, impulsando su profesionalización y la mejora de las condiciones laborales de los mismos.

III.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

Las políticas de actuación dirigidas a las personas más vulnerables que están contenidas en este Plan, se articulan a través de las siguientes líneas estratégicas, que integran medidas y actuaciones en los diferentes ámbitos de la calidad en la gestión y en la calidad de vida.

Para su determinación se ha partido del diagnóstico elaborado en el año 2008. y de las aportaciones realizadas para la elaboración de un Plan de Calidad.

Estas líneas estratégicas son las siguientes:

- Línea Estratégica 1.** Soporte técnico al establecimiento y cumplimiento de estándares mínimos de calidad para la autorización y homologación administrativa.
- Línea Estratégica 2.** Modelo de atención orientado a la persona usuaria/cliente.
- Línea Estratégica 3.** Ayuda a la mejora de la calidad de vida de las familias de las personas usuarias/clientes.
- Línea Estratégica 4.** Mejora de la calidad y fomento de la mejora continua en la gestión y prestación de Servicios Sociales.
- Línea Estratégica 5.** Fomento de la seguridad y Gestión del riesgo
- Línea Estratégica 6.** Calidad en el empleo.
- Línea Estratégica 7.** Fomento de la cultura de la calidad en las diferentes áreas de intervención en Servicios Sociales.
- Línea Estratégica 8.** Mejora de la coordinación y cooperación
- Línea Estratégica 9.** Calidad en las Políticas Públicas.
- Línea Estratégica 10.** Promoción de la Igualdad de género

Cada una de ellas, por su parte, contiene las siguientes medidas y actuaciones.

Línea Estratégica 1. SOPORTE TÉCNICO DE ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD PARA LA AUTORIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN ADMINISTRATIVA.

Medida 1.1. Establecimiento de criterios de calidad e indicadores consensuados con el sector, de los centros y servicios de servicios sociales.

Actuación 1.1.1. Aprobación mediante Orden Foral de los criterios, indicadores y estándares de calidad a cumplir por los servicios.

Actuación 1.1.2. Creación y consolidación del equipo interno de evaluadores del Departamento competente en materia de Servicios Sociales.

Actuación 1.1.3. Desarrollo e implantación de los protocolos de actuación y comprobación en materia de calidad, por parte del Servicio de Inspección del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, para la tramitación y evaluación de las autorizaciones administrativas de los servicios del sistema de servicios sociales.

Actuación 1.1.4. Desarrollo e implantación de los protocolos de actuación y comprobación en materia de calidad, por parte del Servicio de Inspección del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, para la tramitación y evaluación de las homologaciones administrativas de los servicios del sistema de servicios sociales.

Medida 1.2. Establecimiento de los procedimientos para la autorización y homologación de servicios.

Actuación 1.2.1. Aprobación del Decreto Foral de Autorización y Homologación Administrativa de servicios.

Actuación 1.2.2. Los Planes anuales de Inspección contemplarán entre otras acciones dos líneas básicas de actuación destinadas, la primera a la supervisión de los centros y servicios conforme a la normativa vigente, y la segunda, a la vigilancia del respeto de los derechos de las personas destinatarias de los servicios sociales.

Medida 1.3. Establecimiento de medidas de apoyo para el cumplimiento de los criterios de calidad a efectos de la autorización y homologación de servicios.

Actuación 1.3.1. Realización de convocatorias anuales de subvenciones de apoyo al cumplimiento de los criterios de calidad a efectos de la autorización y homologación de servicios.

Actuación 1.3.2. Publicación y difusión de criterios, indicadores y estándares de calidad de autorización y homologación administrativa mediante un Plan de Comunicación.

Actuación 1.3.3. Diseño y puesta en marcha de un programa de formación e información de los criterios, indicadores y estándares de calidad de autorización y homologación administrativa, a los prestadores de servicios.

Actuación 1.3.4. Asesoramiento por parte del equipo de calidad en la puesta en marcha de los criterios, indicadores y estándares de calidad siempre que una entidad prestadora de servicios sociales lo solicite.

Medida 1.4. Diseño e implantación de una herramienta de comunicación e información.

Actuación 1.4.1. Construcción de una herramienta de información y gestión de servicios de Navarra en la que conste: las características del servicio, los resultados en la evaluación de calidad y las plazas disponibles.

Actuación 1.4.2. Implantación progresiva de dicha herramienta, comenzando por los centros de atención residencial a personas mayores.

Línea Estratégica 2. MODELO DE ATENCIÓN ORIENTADO A LA PERSONA USUARIA/CLIENTE.

Medida 2.1. Garantía de los derechos y valores éticos de las personas usuarias/clientes en la prestación de servicios sociales.

Actuación 2.1.1. Elaboración de un modelo básico de Reglamento de Régimen Interno para centros y servicios.

Actuación 2.1.2. Creación del comité de ética asistencial en la atención social y de los comités de ética sectoriales o de centros.

Medida 2.2. Formación a los y las profesionales de los servicios sociales en la atención a las personas usuarias/clientes de los servicios sociales de acuerdo con sus necesidades

Actuación 2.2.1. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales se realizarán acciones formativas destinadas a los y las profesionales de atención directa de los servicios, sobre las características y necesidades de las personas a atender, así como sobre los distintos tipos de centros y los programas de los mismos.

Actuación 2.2.2. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales se realizarán acciones formativas al equipo técnico de los servicios sobre valoración y elaboración de planes de atención individualizada.

Actuación 2.2.3. Elaboración de una guía de ayuda para la realización de los planes de atención individualizada.

Actuación 2.2.4. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales se realizarán acciones formativas sobre el maltrato institucional de personas ingresadas en los centros de servicios sociales.

Actuación 2.2.5. Establecimiento de un protocolo de prevención del maltrato institucional en personas atendidas por los servicios sociales.

Actuación 2.2.6. Elaboración de guías con recomendaciones para la buena praxis en la atención a las personas usuarias de los servicios sociales.

Medida 2.3. Introducción de elementos de mejora de la calidad en la promoción y prevención de las situaciones que pueden producir vulnerabilidad y/o falta de autonomía personal y social.

Actuación 2.3.1. Introducción en los criterios de calidad y normativa para la homologación de servicios de la participación de las personas usuarias/clientes en programas de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia.

Actuación 2.3.2. Disposición de un sistema para evaluar la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.

Medida 2.4. Mejora del sistema de información a las personas usuarias/clientes y sus familias.

Actuación 2.4.1. Introducción en los criterios de calidad y normativa para autorización y homologación de los servicios, de las obligaciones y actuaciones relativas a los derechos de información de las personas usuarias/clientes.

Actuación 2.4.2. Elaboración de un protocolo sobre información a facilitar a las personas usuarias/clientes y familias, tanto por el Departamento competente en materia de Servicios Sociales, como por los Servicios Sociales de Base.

Actuación 2.4.3. Elaboración y puesta en marcha de un manual de buenas prácticas que incluirá formación para profesionales del Departamento competente en materia de servicios sociales, sobre la forma de facilitar la información a las persona usuarias/clientes de servicios sociales.

Actuación 2.4.4. Utilización de los sistemas de información adaptados a las capacidades de las personas usuarias/clientes y familias.

Medida 2.5. Promoción de la participación de las personas usuarias/clientes en la organización y gestión de los servicios sociales.

Actuación 2.5.1. Regulación mediante Decreto Foral, de los Consejos de Participación según tipología de recursos, garantizando esta regulación una participación más activa de las personas usuarias/clientes en la toma de decisiones que les afecten.

Actuación 2.5.2. Consolidación de las comisiones de seguimiento de los conciertos de centros de personas con discapacidad y extensión progresiva de dicha comisión a centros de personas mayores.

Actuación 2.5.3. Se analizará con carácter anual el funcionamiento y la eficacia de los sistemas de reclamaciones o quejas de personas usuarias, familias o representantes legales en todos los servicios, y especialmente en lo referido a acciones de contenido discriminatorio.

Línea Estratégica 3. AYUDA A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS USUARIAS/CLIENTES.

Medida 3.1. Apoyo y asesoramiento a familiares para dotarles de estrategias en la convivencia y atención a las personas usuarias/clientes de los servicios sociales.

Actuación 3.1.1. Diseño y puesta en marcha de un Plan de formación de cuidadores/as no profesionales de personas dependientes.

Actuación 3.1.2. Realización bianual de una campaña de sensibilización sobre la importancia de aprender a cuidarse.

Actuación 3.1.3. Fomento en los centros de atención a personas con discapacidad, enfermedad mental y personas mayores con demencia o Alzheimer, de escuela de familias y grupos de autoayuda.

Medida 3.2. Fomento de la participación e implicación de las familias de las personas usuarias/clientes en la organización y gestión de los servicios sociales.

Actuación 3.2.1. Regulación mediante Decreto Foral, de los Consejos de Participación según tipología de recursos, garantizando esta regulación una participación más activa de las familias o representantes legales en la toma de decisiones que les afecten.

Actuación 3.2.2. Consolidación de las comisiones de seguimiento de los conciertos de centros de personas con discapacidad y extensión progresiva de dicha comisión a centros de personas mayores.

Actuación 3.2.3. Introducción en los criterios de calidad y normativa para la autorización y homologación de los servicios, la participación de las familias en la elaboración de los planes individuales de atención

Actuación 3.2.4. Se regulará y analizará con carácter anual, el funcionamiento y la eficacia de los sistemas de reclamaciones o quejas de personas usuarias, familias o representantes legales en todos los servicios, y especialmente en lo referido a acciones de contenido discriminatorio.

Línea Estratégica 4. MEJORA DE LA CALIDAD Y FOMENTO DE LA MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.

Medida 4.1. Diseño e implantación de modelos básicos de gestión de servicios sociales adaptados a los diferentes centros/servicios y perfiles de las personas usuarias/clientes.

Actuación 4.1.1. Diseño de un modelo básico de gestión de calidad adaptado a las distintas áreas de atención de servicios sociales.

Actuación 4.1.2. Diseño y establecimiento de un Plan de formación para la implantación de modelos de gestión adaptados a las características y necesidades de las personas atendidas en los servicios sociales.

Actuación 4.1.3. Diseño de un modelo básico de gestión para Servicios Sociales de Base.

Actuación 4.1.4. Realización de acciones formativas a los profesionales de los Servicios Sociales de Base para la implantación de este modelo en los mismos.

Medida 4.2. Potenciación de las Cartas de Servicios en el Departamento competente en materia de Servicios Sociales y en los Servicios Sociales de Base.

Actuación 4.2.1. Implementación de la Carta de Servicios del sistema de información a la ciudadanía de la Dirección General de Asuntos Sociales.

Actuación 4.2.2. Elaboración e implementación progresiva de Cartas de Servicios en las distintas unidades orgánicas del Departamento competente en materia de servicios sociales.

Actuación 4.2.3. Los planes de formación de los y las profesionales de los Servicios Sociales de Base contendrán formación para dichos profesionales en Cartas de Servicios.

Medida 4.3. Diseño de un conjunto de criterios de gestión económica que aseguren la transparencia de dicha gestión.

Actuación 4.3.1. Los criterios de homologación administrativa establecerán la obligatoriedad de contar con actuaciones que aseguren la transparencia en la gestión económica.

Línea Estratégica 5. FOMENTO DE LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Medida 5.1. Introducción de la cultura de la seguridad y la evaluación de la gestión del riesgo de las personas usuarias/clientes entre los y las profesionales de los servicios sociales.

Actuación 5.1.1. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de servicios sociales, se fomentará la realización de cursos de formación destinados tanto a los y las profesionales como a las personas voluntarias de atención directa sobre la gestión del riesgo.

Actuación 5.1.2. Elaboración de una guía de autogestión preventiva mediante la cual se pretende que los y las cuidadores/as aprendan a identificar las situaciones de riesgo y puedan planificar las medidas necesarias para controlarlas.

Medida 5.2. Garantía y promoción del uso racional de inmovilizaciones físicas y farmacológicas.

Actuación 5.2.1. Elaboración del Decreto Foral que regule la utilización de sujeciones físicas y farmacológicas.

Actuación 5.2.2. Creación de grupo de consenso con entidades privadas para la elaboración de un modelo de consentimiento informado en el uso de sujeciones.

Actuación 5.2.3. Realización de una jornada bianual para la concienciación social sobre el uso de las sujeciones.

Actuación 5.2.4. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales se realizará la formación estratégica para el uso racional de sujeciones.

Actuación 5.2.5. Realización de un estudio comparativo de prevalencia sobre el uso de sujeciones.

Actuación 5.2.6. Realización de una experiencia piloto en centro, para la consecución de ese centro libre de sujeciones.

Medida 5.3. Introducción de prácticas seguras de protección y apoyo al desempeño de los y las profesionales.

Actuación 5.3.1. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de servicios sociales, se realizará formación a profesionales de atención directa, sobre aquellas técnicas que les ayuden a realizar su trabajo de manera segura tanto para él/ella, como para la persona usuaria/cliente.

Actuación 5.3.2. Establecimiento de un protocolo de actuación para la seguridad de los y las trabajadores/as de servicios sociales.

Línea Estratégica 6. CALIDAD EN EL EMPLEO.

Medida 6.1. Seguimiento del cumplimiento de los estándares mínimos de calidad en el empleo establecidos para autorización y homologación administrativa.

Actuación 6.1.1. Seguimiento por parte de la Comisión de Calidad en el Empleo, de los estándares de calidad establecidos en la normativa reguladora de la autorización y homologación administrativa.

Actuación 6.1.2. Elaboración y publicación de un informe con la evaluación de criterios e indicadores de calidad en el empleo.

Medida 6.2. Adecuación de los recursos humanos del sistema de servicios sociales a las necesidades de sus centros y servicios.

Actuación 6.2.1. Realización de un estudio diagnóstico de las necesidades del sector de los servicios sociales, identificando tipo de servicios, perfiles profesionales, tipo de entidades gestoras y productos que ofrecen.

Actuación 6.2.2. Realización de un estudio análisis de la demanda de nuevos servicios que permitan actuar en la generación de empleo y entidades vinculadas a actividades de los servicios sociales.

Medida 6.3. Impulso de la mejora de las condiciones laborales de los y las profesionales del sector.

Actuación 6.3.1. Realización de un estudio que identifique número, perfiles profesionales, situación laboral, convenios vigentes, etc. de los y las profesionales que trabajan en los servicios sociales.

Actuación 6.3.2. Impulso de la formalización de un acuerdo marco en el sector de los servicios sociales para la mejora de las condiciones laborales de los y las profesionales de este ámbito.

Actuación 6.3.3. Realización de un estudio que identifique la precariedad laboral de los y las profesionales de las Administraciones Públicas de Navarra en el ámbito de servicios sociales.

Medida 6.4. Fomento e implantación de planes de formación inicial y continua de los y las profesionales de los servicios sociales.

Actuación 6.4.1. Promoción, en colaboración con el Servicio Navarro de Empleo, de planes de formación ocupacional que permitan generar empleabilidad de personas desempleadas en el ámbito de los servicios sociales.

Actuación 6.4.2. Promoción, en colaboración con el INAFRE de planes de formación continua que permitan la profesionalización y actualización de las competencias profesionales de las personas que trabajan en los servicios sociales.

Actuación 6.4.3. Promoción de acceso a las certificaciones profesionales mediante sistemas de acreditación de la experiencia adquirida a través de procedimientos de aprendizaje no formales.

Línea Estratégica 7. FOMENTO DE LA CULTURA DE LA CALIDAD EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN SERVICIOS SOCIALES.

Medida 7.1. Promoción de la investigación y divulgación en materia de calidad en servicios sociales, priorizando la innovación y la creatividad en este ámbito.

Actuación 7.1.1. Convocatoria anual del Premio a la Calidad de los Servicios Sociales de Navarra.

Actuación 7.1.2. Realización de una investigación para la mejora de la calidad en la atención en servicios sociales.

Actuación 7.1.3. Difusión en la página Web del Departamento de las mejores investigaciones realizadas en materia de calidad en Servicios Sociales.

Actuación 7.1.4 Elaboración de un registro de buenas prácticas en distintos ámbitos de intervención social.

Línea Estratégica 8. MEJORA DE LA COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN.

Medida 8.1. Establecimiento de protocolos de coordinación e intervención conjunta con los organismos públicos y entidades de iniciativa privada.

Actuación 8.1.1. Mejora del sistema de información conjunta con los Servicios Sociales de Base y puesta a disposición de los mismos de modelos de protocolos de actuación y procedimientos de gestión, con el fin de mejorar la coordinación y cooperación con las Entidades Locales titulares de Servicios Sociales de Base.

Actuación 8.1.2. Establecimiento de mecanismos de coordinación entre los Departamentos de Educación y Asuntos Sociales, con el fin de estudiar la situación de escolarización de los y las menores en situación de vulnerabilidad, mejorando el seguimiento y control de la educación que reciben, sea en centros públicos, concertados o privados.

Actuación 8.1.3. Establecimiento de una estructura de coordinación específica entre los Departamentos de Asuntos Sociales y Salud fomentando la colaboración de los profesionales sanitarios en la intervención domiciliaria de las personas mayores con gran dependencia.

Actuación 8.1.4. Establecimiento de mecanismos de coordinación con las entidades de iniciativa privada que intervienen en el ámbito de los servicios sociales.

Línea Estratégica 9: CALIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Medida 9.1. Evaluación de la efectividad de las políticas del sistema de servicios sociales.

Actuación 9.1.1. Evaluación del impacto del Plan Estratégico en la organización y gestión de los servicios sociales.

Actuación 9.1.2. Evaluación del impacto del Plan de Calidad en la mejora de atención de los servicios sociales.

Actuación 9.1.3. Introducción de la cultura de calidad en la planificación de las políticas de los servicios sociales.

Línea Estratégica 10. PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO.

Medida 10.1. Información sobre la situación de las mujeres en servicios sociales.

Actuación 10.1.1. Se realizará un estudio en la Comunidad Foral de Navarra destinado a la detección de situaciones de especial vulnerabilidad de las mujeres en los servicios sociales.

Actuación 10.1.2. Se elaborará una guía de buenas prácticas de la imagen de la mujer en los servicios sociales.

Actuación 10.1.3. Se impulsará la realización de los planes de igualdad en los servicios de atención de servicios sociales.

Actuación 10.1.4. Se realizarán campañas divulgativas sobre la igualdad entre hombres y mujeres en el proceso de cuidar en el entorno familiar.

Medida 10.2. Recogida de información desagregada por sexo

Actuación 10.2.1. Se establecerán los mecanismos adecuados para que la recogida de datos relativos a personas usuarias, se haga desagregada por sexo.

Actuación 10.2.2. Se establecerán los mecanismos adecuados para que la recogida de datos relativos a la satisfacción de las personas que integran las plantillas de los centros públicos, privados y concertados, se haga desagregada por sexo.

Medida 10.3. Incorporación del enfoque de género en los protocolos de intervención.

Actuación 10.3.1. Se analizará la pertinencia de la elaboración de protocolos de intervención para mujeres que sufren discriminación múltiple.

Medida 10.4. Utilización de lenguaje inclusivo en comunicaciones, imágenes y soportes generados.

Actuación 10.4.1. Se facilitará documentación y herramientas que permitan la utilización de un lenguaje respetuoso con la realidad de mujeres y hombres.

Medida 10.6. Avanzar en igualdad de género en los centros públicos, privados y concertados.

Actuación 10.6.1. Los centros públicos, privados y concertados avanzarán en sus planes de igualdad de género, de acuerdo al Procedimiento del gobierno de Navarra, para la Integración de Planes de Igualdad de Género en las Empresas de Navarra-Procedimiento IGE.

IV. FASES DE IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Línea Estratégica 1. SOPORTE TÉCNICO AL ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD PARA LA AUTORIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN ADMINISTRATIVA.

Medida 1.1. Establecimiento de criterios de calidad e indicadores consensuados con el sector, de los centros y servicios de servicios sociales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 1.1.1. Aprobación mediante Orden Foral de los criterios, indicadores y estándares de calidad a cumplir por los servicios.		■		■			DGAS	SI/NO
Actuación 1.1.2. Creación y consolidación del equipo interno de evaluadores del Departamento competente en materia de servicios sociales.		■		■			DGAS	SI/NO
Actuación 1.1.3. Desarrollo e implantación de los protocolos de actuación y comprobación en materia de calidad, por parte del Servicio de Inspección del Departamento de Asuntos Sociales, para la tramitación y evaluación de las autorizaciones administrativas de los servicios del sistema de servicios sociales.		■		■			DGAS	SI/NO. % de evaluaciones en relación a solicitudes de autorización
Actuación 1.1.4. Desarrollo e implantación de los protocolos de actuación y comprobación en materia de calidad, por parte del Servicio de Inspección del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, para la tramitación y evaluación de las autorizaciones administrativas de los servicios del sistema de servicios sociales.		■		■			DGAS	SI/NO.% de evaluaciones en relación a solicitudes de homologación
Medida 1.2. Establecimiento de los procedimientos para la autorización y homologación de servicios	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 1.2.1. Aprobación del Decreto Foral de Autorización y Homologación Administrativa de servicios		■	■				DGAS	SI/NO
Actuación 1.2.2. Los planes anuales de inspección contemplarán entre otras acciones, dos líneas básicas de actuación, destinadas la primera a la supervisión y control de los centros y servicios conforme a la normativa vigente, y la segunda, a la vigilancia del respeto de los derechos de las personas destinatarias de los servicios sociales.		■		■			DGAS	SI/NO
Medida 1.3. Establecimiento de medidas de apoyo para el cumplimiento de los criterios de calidad a efectos de la autorización y homologación de servicios	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 1.3.1. Realización de convocatorias anuales de subvenciones de apoyo al cumplimiento de los criterios de calidad a efectos de la autorización y homologación de servicios.	■		■	■	■	■	DGAS	Nº de solicitudes y % de solicitudes satisfechas
Actuación 1.3.2. Publicación y difusión de criterios, indicadores y estándares de calidad de autorización y homologación administrativa mediante un Plan de Comunicación.	■			■	■	■	DGAS	SI/NO
Actuación 1.3.3. Diseño y puesta en marcha de un programa de formación e información de los criterios, indicadores y estándares de calidad de autorización y homologación administrativa, a los prestadores de servicios	■			■	■	■	DGAS	Nº actuaciones formación/Nº solicitudes/Nº solicitudes admitidas/Demanda no satisfecha/ % del grado satisfacción de las personas con respecto a formación recibida.
Actuación 1.3.4. Asesoramiento por parte del equipo de calidad en la puesta en marcha de los criterios, indicadores y estándares de calidad, siempre que una entidad prestadora de servicios sociales lo solicite.		■		■	■	■	DGAS	Nº de solicitudes de asesoramiento / Nº de solicitudes satisfechas

Medida 1.4. Diseño e implantación de una herramienta de comunicación e información	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 1.4.1. Construcción de una herramienta de información y gestión de servicios de Navarra en la que conste: las características del servicio, los resultados en la evaluación de calidad, y las plazas disponibles.	■				■		DGAS	SI/NO
Actuación 1.4.2. Implantación progresiva de dicha herramienta, comenzando por los centros de atención residencial a personas mayores.	■					■	DGAS	% de implantación en relación a centros de personas mayores / a centros de otras áreas

Línea Estratégica 2. MODELO DE ATENCIÓN ORIENTADO A LA PERSONA USUARIA/CLIENTE.

Medida 2.1. Garantía de los derechos y valores éticos de las personas usuarias/clientes en la prestación de servicios sociales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 2.1.1. Elaboración de un modelo básico de Reglamento de Régimen Interno para centros y servicios.		■	■				DGAS	SI/NO
Actuación 2.1.2. Creación del comité de ética asistencial en la atención social y de los comités de ética sectoriales o de centros.		■		■			DGAS	SI/NO. % comités sectoriales/centros creados en relación a tipo centros/a ámbitos intervención Cartera
Medida 2.2. Formación a los y las profesionales de los servicios sociales en la atención a las personas usuarias/clientes de los servicios sociales de acuerdo con sus necesidades	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 2.2.1. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales, se realizarán acciones formativas destinadas a los y las profesionales de atención directa de los servicios, sobre las características y necesidades de las personas a atender, así como sobre los distintos tipos de centros y los programas de los mismos.	■			■	■	■	DGAS	SI/NO N° de actuaciones de formación/N° de solicitudes/N° de solicitudes admitidas/demanda no satisfecha/ % del grado de satisfacción de las persona profesionales con respecto a la formación recibida
Actuación 2.2.2. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales, se realizarán acciones formativas al equipo técnico de los servicios sobre valoración y elaboración de planes de atención individualizada.	■			■	■	■	DGAS	N° de actuaciones de formación. N° de solicitudes/N° de solicitudes admitidas/demanda no satisfecha. % del grado de satisfacción de las personas profesionales con respecto a la formación recibida
Actuación 2.2.3. Elaboración de una guía de ayuda para la realización de los planes de atención individualizada.	■			■			DGAS	SI/NO
Actuación 2.2.4. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales, se realizarán acciones formativas sobre el maltrato institucional de personas ingresadas en los centros de servicios sociales.	■			■	■	■	DGAS	N° de actuaciones de formación. N° solicitudes/N° de solicitudes admitidas/demanda no satisfecha. % del grado de satisfacción de los y las profesionales con respecto a la formación recibida
Actuación 2.2.5. Establecimiento de un protocolo de prevención del maltrato institucional en personas atendidas por los servicios sociales.	■			■	■	■	DGAS	SI/NO. % de implantación en relación a centros de personas mayores
Actuación 2.2.6. Elaboración de guías con recomendaciones para la buena praxis en la atención a las personas usuarias de los servicios sociales.		■			■		DGAS	SI/NO. N° de guías elaboradas en relación al n° de centros de atención de servicios sociales.

Medida 2.3. Introducción de elementos de mejora de la calidad en la promoción y prevención de las situaciones que pueden producir vulnerabilidad y/o falta de autonomía personal y social	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 2.3.1. Introducción en los criterios de calidad y normativa para la homologación de servicios, la participación de las personas usuarias/clientes en programas de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia.		■		■			DGAS	SI/NO
Actuación 2.3.2. Disposición de un sistema para evaluar la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.		■			■		DGAS	SI/NO. N° evaluaciones realizadas/% valuaciones de calidad sobre el total de centros con sistemas de calidad.
Medida 2.4. Mejora del sistema de información a las personas usuarias/clientes y sus familias	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 2.4.1. Introducción en los criterios de calidad y normativa para autorización y homologación de los servicios, de las obligaciones y actuaciones relativas a los derechos de información de las personas usuarias/clientes.		■		■			DGAS	SI/NO
Actuación 2.4.2. Elaboración de un protocolo sobre información a facilitar a las personas usuarias/clientes y familias, tanto por el Departamento competente en materia de Servicios Sociales, como por los Servicios Sociales de Base.		■		■			DGAS	SI/NO – Departamento: % de implantación protocolo información. SI/NO – SSBB: % de implantación.
Actuación 2.4.3. Elaboración y puesta en marcha de un manual de buenas prácticas que incluirá formación para profesionales del Departamento competente en materia de Servicios Sociales, sobre la forma de facilitar la información a las persona usuarias/clientes de servicios sociales.	■			■			DGAS	SI/NO
Actuación 2.4.4. Utilización de los sistemas de información adaptados a las capacidades de las personas usuarias/clientes y familias.		■					DGAS	SI/NO. N° y tipo de adaptaciones realizadas.
Medida 2.5. Promoción de la participación de las personas usuarias/clientes en la organización y gestión de los servicios sociales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 2.5.1. Regulación mediante Decreto Foral, de los Consejos de Participación según tipología de recursos, garantizando esta regulación una participación más activa de las personas usuarias/clientes en la toma de decisiones que les afecten.		■		■			DGAS	SI/NO. N° de Consejos regulados.
Actuación 2.5.2. Consolidación de las comisiones de seguimiento de los conciertos de centros de personas con discapacidad y extensión progresiva de dicha comisión a centros de personas mayores.		■	■	■			DGAS	% de comisiones consolidadas en relación a conciertos en centros de personas con discapacidad/% de comisiones consolidadas en relación a conciertos de personas mayores.
Actuación 2.5.3. Se analizará con carácter anual el funcionamiento y la eficacia de los sistemas de reclamaciones o quejas de personas usuarias, familias o representantes legales en todos los servicios, y especialmente en lo referido a acciones de contenido discriminatorio.		■		■	■	■	DGAS	N° de quejas presentadas - % de quejas con contenido discriminatorio presentadas sobre el total de quejas presentadas. % de quejas satisfechas.

Línea Estratégica 3. AYUDA A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS USUARIAS/CLIENTES.

Medida 3.1. Apoyo y asesoramiento a familiares para dotarles de estrategias en la convivencia y atención a las personas usuarias/clientes de los servicios sociales.	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 3.1.1. Diseño y puesta en marcha de un Plan de formación de cuidadores no profesionales de personas dependientes.	■		■	■	■	■	DGAS	Nº de actuaciones de formación. Nº de solicitudes/Nº de solicitudes admitidas/demanda no satisfecha. % del grado de satisfacción de las personas con respecto a la formación recibida.
Actuación 3.1.2. Realización bianual de una campaña de sensibilización sobre la importancia de aprender a cuidarse.	■			■		■	DGAS	SI/NO
Actuación 3.1.3. Fomento en los centros de atención a personas con discapacidad, enfermedad mental y persona mayores con demencia o Alzheimer, de escuela de familias y grupos de autoayuda.		■					DGAS	Nº escuelas / grupos de autoayuda en relación a estos ámbitos de actuación. % de escuelas de padres o grupos de autoayuda por ámbito.
Medida 3.2. Fomento de la participación e implicación de las familias de las personas usuarias/clientes en la organización y gestión de los servicios sociales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 3.2.1. Regulación mediante Decreto Foral, de los Consejos de Participación según tipología de recursos, garantizando esta regulación una participación más activa de las familias o representantes legales en la toma de decisiones que les afecten.		■		■			DGAS	SI/NO. Nº de Consejos regulados.
Actuación 3.2.2. Consolidación de las comisiones de seguimiento de los conciertos de centros de personas con discapacidad y extensión progresiva de dicha comisión a centros de personas mayores.		■	■	■			DGAS	Nº de comisiones creadas en relación a centros de discapacidad y % de comisiones creadas en relación a centros de discapacidad/ Nº de comisiones en relación a conciertos en centros de personas mayores
Actuación 3.2.3. Introducción en los criterios de calidad y normativa para la autorización y homologación de los servicios, la participación de las familias en la elaboración de los planes individuales de atención.		■		■			DGAS	SI/NO
Actuación 3.2.4. Se regulará y analizará con carácter anual, el funcionamiento y la eficacia de los sistemas de reclamaciones o quejas de personas usuarias, familias o representantes legales en todos los servicios, y especialmente en lo referido a acciones de contenido discriminatorio.		■		■	■	■	DGAS	% de quejas presentadas. % de quejas con contenido discriminatorio sobre el total de quejas presentadas. % de quejas satisfechas.

Línea Estratégica 4. MEJORA DE LA CALIDAD Y FOMENTO DE LA MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.

Medida 4.1. Diseño e implantación de modelos básicos de gestión de servicios sociales adaptados a los diferentes centros/servicios y perfiles de las personas usuarias/clientes	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 4.1.1. Diseño de un modelo básico de gestión de calidad adaptado a las distintas áreas de atención de servicios sociales.	■			■			DGAS	SI/NO
Actuación 4.1.2. Diseño y establecimiento de un Plan de formación para la implantación de modelos de gestión adaptados a las características y necesidades de las personas atendidas en los servicios sociales.	■				■	■	DGAS	Nº de actuaciones de formación realizadas/ Nº de solicitudes/Nº de solicitudes admitidas/demanda no satisfecha/ % del grado de satisfacción de las y los profesionales con respecto a la formación recibida.
Actuación 4.1.3. Diseño de un modelo básico de gestión para Servicios Sociales de Base.	■				■		DGAS	SI/NO
Actuación 4.1.4. Realización de acciones formativas a los profesionales de los Servicios Sociales de Base para la implantación de este modelo en los mismos.	■				■		DGAS	Nº de actuaciones de formación realizadas/ Nº solicitudes/Nº solicitudes admitidas/demanda no satisfecha/ % del grado de satisfacción de las personas profesionales con respecto a la formación recibida.
Medida 4.2. Potenciación de las Cartas de Servicios en el Departamento competente en materia de Servicios Sociales y en los Servicios Sociales de Base	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 4.2.1. Implementación de la Carta de Servicios del sistema de información a la ciudadanía de la Dirección General de Asuntos Sociales.		■	■				DGAS	SI/NO. Grado de implantación de los compromisos con la ciudadanía/% del grado de satisfacción de las personas usuarias.
Actuación 4.2.2. Elaboración e implementación progresiva de Cartas de Servicios en las distintas unidades orgánicas del Departamento competente en materia de servicios sociales.	■				■	■	DGAS	SI/NO. Nº de Cartas de Servicio implantadas.
Actuación 4.2.3. Los planes de formación de los y las profesionales de los Servicios Sociales de Base contendrán formación para dichos profesionales en Cartas de Servicios.	■				■		DGAS	SI/NO
Medida 4.3. Diseño de un conjunto de criterios de gestión económica que aseguren la transparencia de dicha gestión	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 4.3.1. Los criterios de homologación administrativa establecerán la obligatoriedad de contar con actuaciones que aseguren la transparencia en la gestión económica.		■		■	■	■	DGAS	SI/NO. Nº de actuaciones implementadas en este sentido.

Línea Estratégica 5. FOMENTO DE LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Medida 5.1 Introducción de la cultura de la seguridad y la evaluación de la gestión del riesgo de las personas usuarias/clientes entre los y las profesionales de los servicios sociales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 5.1.1. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de servicios sociales, se fomentará la realización de cursos de formación destinados tanto a los y las profesionales como a las personas voluntarias de atención directa sobre la gestión del riesgo.		■			■	■	DGAS	Nº de actuaciones de formación realizadas/ Nº de solicitudes/Nº solicitudes admitidas/Demanda no satisfecha/% del grado de satisfacción de las personas profesionales con respecto a la formación recibida.
Actuación 5.1.2. Elaboración de una guía de autogestión preventiva, mediante la cual se pretende que los cuidadores aprendan a identificar las situaciones de riesgo y puedan planificar las medidas necesarias para controlarlas.	■				■		DGAS	SI/NO
Medida 5.2. Garantía y promoción del uso racional de inmovilizaciones físicas y farmacológicas	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 5.2.1. Elaboración del Decreto Foral que regule la utilización de sujeciones físicas y farmacológicas.		■	■				DGAS	SI/NO
Actuación 5.2.2. Creación de grupo de consenso con entidades privadas para la elaboración de un modelo de consentimiento informado en el uso de sujeciones.	■	■		■		■	DGAS	SI/NO. % del grado de satisfacción de las personas asistentes a las jornadas.
Actuación 5.2.3. Realización de una jornada bianual para la concienciación social sobre el uso de sujeciones.	■			■	■	■		
Actuación 5.2.4. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de los servicios sociales se realizará la formación estratégica para el uso racional de sujeciones.	■		■	■			DGAS	Nº de actuaciones de formación realizadas/Nº de solicitudes/Nº de solicitudes admitidas/Demanda no satisfecha/ % del grado de satisfacción de las personas profesionales con respecto a la formación recibida.
Actuación 5.2.5. Realización de un estudio comparativo de prevalencia sobre el uso de sujeciones.	■					■	DGAS	SI/NO
Actuación 5.2.6. Realización de una experiencia piloto en centro, para la consecución de ese centro libre de sujeciones.	■			■			DGAS	SI/NO

Medida 5.3. Introducción de prácticas seguras de protección y apoyo al desempeño de los y las profesionales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 5.3.1. Dentro del plan de formación de los y las profesionales de servicios sociales, se realizará formación a profesionales de atención directa, sobre aquellas técnicas que les ayuden a realizar su trabajo de manera segura tanto para él/ella, como para la persona usuaria/cliente.	■			■	■		DGAS	Nº de actuaciones de formación/ Nº de solicitudes/Nº de solicitudes admitidas/Demanda no satisfecha/% del grado de satisfacción de las personas profesionales con respecto a la formación recibida.
Actuación 5.3.2. Establecimiento de un protocolo de actuación para la seguridad de los y las trabajadoras de servicios sociales.		■			■		DGAS	SI/NO. % de implantación con relación a los centros de servicios sociales.

Línea Estratégica 6. CALIDAD EN EL EMPLEO.

Medida 6.1. Seguimiento del cumplimiento de los estándares mínimos de calidad en el empleo establecidos para autorización y homologación administrativa	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 6.1.1. Seguimiento por parte de la Comisión de Calidad en el Empleo, de los estándares de calidad establecidos en la normativa reguladora de la autorización y homologación administrativa.							DGAS	SI/NO
Actuación 6.1.2. Elaboración y publicación de un informe con la evaluación de criterios e indicadores de calidad en el empleo.							DGAS	SI/NO
Medida 6.2. Adecuación de los recursos humanos del sistema de servicios sociales a las necesidades de sus centros y servicios	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 6.2.1. Realización de un estudio diagnóstico de las necesidades del sector de los servicios sociales, identificando tipo de servicios, perfiles profesionales, tipo de entidades gestoras y productos que ofrecen.							DGAS	SI/NO
Actuación 6.2.2. Realización de un estudio análisis de la demanda de nuevos servicios que permitan actuar en la generación de empleo y entidades vinculadas a actividades de los servicios sociales.							DGAS	SI/NO
Medida 6.3. Impulso de la mejora de las condiciones laborales de los y las profesionales del sector	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 6.3.1. Realización de un estudio que identifique número, perfiles profesionales, situación laboral, convenios vigentes, etc. de los y las profesionales que trabajan en los servicios sociales.							DGAS	SI/NO
Actuación 6.3.2. Impulso de la formalización de un acuerdo marco en el sector de servicios sociales para la mejora de las condiciones laborales de los y las profesionales de este ámbito.							DGAS	SI/NO
Actuación 6.3.3. Realización de un estudio que identifique la precariedad laboral de los profesionales de las Administraciones Públicas de Navarra en el ámbito de servicios sociales.								SI/NO

Medida 6.4. Fomento e implantación de planes de formación inicial y continua de los y las profesionales de los servicios sociales	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 6.4.1. Promoción, en colaboración con el Servicio Navarro de Empleo, de planes de formación ocupacional que permitan generar empleabilidad de personas desempleadas en el ámbito de los servicios sociales.		■		■	■	■	DGAS	Nº de actuaciones de formación realizadas/ Nº de solicitudes/Nº de solicitudes admitidas/demanda no satisfecha/% del grado de satisfacción de las personas profesionales con respecto a la formación recibida.
Actuación 6.4.2. Promoción, en colaboración con el INAFRE de planes de formación continua que permitan la profesionalización y actualización de las competencias profesionales de las personas que trabajan en los servicios sociales.		■		■	■	■	DGAS	Nº de actuaciones de formación. Nº de solicitudes/Nº de solicitudes admitidas/Demanda no satisfecha/ %del grado de satisfacción de las de las personas profesionales con respecto a la formación recibida.
Actuación 6.4.3. Promoción de acceso a las certificaciones profesionales mediante sistemas de acreditación de la experiencia adquirida a través de procedimientos de aprendizaje no formales.		■		■	■	■	DGAS	SI/NO

Línea Estratégica 7. FOMENTO DE LA CULTURA DE LA CALIDAD EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN SERVICIOS SOCIALES.

Medida 7.1. Promoción de la investigación y divulgación en materia de calidad en servicios sociales, priorizando la innovación y la creatividad en este ámbito	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 7.1.1. Convocatoria anual del Premio a la Calidad de los Servicios Sociales de Navarra.							DGAS	SI/NO
Actuación 7.1.2. Realización de una investigación para la mejora de la calidad en la atención en servicios sociales.							DGAS	SI/NO
Actuación 7.1.3. Difusión en la página Web del Departamento de las mejores investigaciones realizadas en materia de calidad en Servicios Sociales.							DGAS	SI/NO. N° de investigaciones realizadas/% de investigaciones difundidas en relación al n° total de investigaciones realizadas.
Actuación 7.1.4. Elaboración de un registro de buenas prácticas en distintos ámbitos de intervención social y difusión de las mismas.							DGAS	SI/NO. Número de Buenas prácticas registradas

Línea Estratégica 8. MEJORA DE LA COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN.

Medida 8.1. Establecimiento de protocolos de coordinación e intervención conjunta con los organismos públicos y entidades de iniciativa privada	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 8.1.1. Mejora del sistema de información conjunta con los Servicios Sociales de Base y puesta a disposición de los mismos de modelos de protocolos de actuación y procedimientos de gestión, con el fin de mejorar la coordinación y cooperación con las Entidades Locales titulares de Servicios Sociales de Base.	■				■		DGAS	Nº de protocolos nuevos/Nº de procedimientos de gestión implantados/Grado de satisfacción de los profesionales de los servicios sociales de base.
Actuación 8.1.2. Establecimiento de mecanismos de coordinación entre los Departamentos de Educación y Asuntos Sociales, con el fin de estudiar la situación de escolarización de los y las menores en situación de vulnerabilidad, mejorando el seguimiento y control de la educación que reciben, ya sea en centros públicos, concertados o privados.		■			■		DGAS	Nº de protocolos de coordinación creados
Actuación 8.1.3. Establecimiento de una estructura de coordinación específica entre los Departamentos de Asuntos Sociales y Salud fomentando la colaboración de los y las profesionales sanitarios/as en la intervención domiciliaria de las personas mayores con gran dependencia.		■			■		DGAS	SI/NO
Actuación 8.1.4. Establecimiento de mecanismos de coordinación con las entidades de iniciativa privada que intervienen en el ámbito de los servicios sociales.		■			■		DGAS	Nº de comisiones de coordinación creadas

Línea Estratégica 9: CALIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Medida 9.1. Evaluación de la efectividad de las políticas del sistema de servicios sociales.	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 9.1.1. Evaluación del impacto del Plan Estratégico en la organización y gestión de los servicios sociales.	■					■	DGAS	SI/NO
Actuación 9.1.2. Evaluación del impacto del Plan de Calidad en la mejora de atención de los servicios sociales.	■						DGAS	SI/NO
Actuación 9.1.3. Introducción de la cultura de calidad en la planificación de las políticas de los servicios sociales.		■	■	■	■	■	DGAS	SI/NO

Línea Estratégica 10. PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO.

Medida 10.1. Información sobre la situación de las mujeres en servicios sociales.	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
	SI	NO						
Actuación 10.1.1. Se realizará un estudio en la Comunidad Foral de Navarra destinado a la detección de situaciones de especial vulnerabilidad de las mujeres en los servicios sociales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		DGAS	SI/NO
Actuación 10.1.2. Se elaborará una guía de buenas prácticas de la imagen de la mujer en los servicios sociales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		DGAS	SI/NO
Actuación 10.1.3. Se impulsará la realización de los planes de igualdad en los servicios de atención de servicios sociales.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DGAS	Nº de Planes de Igualdad/% de las mismas en relación a servicios de igual o más de 50 trabajadores/as
Actuación 10.1.4. Se realizarán campañas divulgativas sobre la igualdad entre hombres y mujeres en el proceso de cuidar en el entorno familiar.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DGAS	Nº de campañas realizadas/% de campañas sobre la igualdad de género sobre el total de campañas realizadas
Medida 10.2. Recogida de información desagregada por sexo.	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 10.2.1. Se establecerán los mecanismos adecuados para que la recogida de datos relativos a personas usuarias, se haga desagregada por sexo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DGAS	SI/NO
Actuación 10.2.2. Se establecerán los mecanismos adecuados para que la recogida de datos relativos a la satisfacción de las personas que integran las plantillas de los centros públicos, privados y concertados, se haga desagregada por sexo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DGAS	SI/NO
Medida 10.3. Incorporación del enfoque de género en los protocolos de intervención.	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 10.3.1. Se analizará la pertinencia de la elaboración de protocolos de intervención para mujeres que sufren discriminación múltiple	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	DGAS/INAI	SI/NO
Medida 10.4. Utilización de lenguaje inclusivo en comunicaciones, imágenes y soportes generados.	COSTE		2010	2011	2012	2013	ÓRGANO RESPONSABLE	INDICADORES
SI	NO							
Actuación 10.4.1. Se facilitará documentación y herramientas que permitan la utilización de un lenguaje respetuoso con la realidad de mujeres y hombres.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	INAI	SI/NO