



AFAMP



**Plena
inclusión**
Andalucía

III PLAN DE CALIDAD DE AFAMP 2023



*Documento elaborado por la responsable de calidad
y revisado por el equipo de calidad*



En los estatutos de Afamp, en el Artículo 6, Del objeto social, misión, valores y fines, Apartado 3. Principios y Valores, podemos leer que *“Afamp basa su actuación en la **mejora constante** de la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, en la **transparencia y responsabilidad** en sus actuaciones y en la solidaridad, el liderazgo compartido y ayuda mutua de sus miembros. Los valores que Afamp defiende son: la consideración de la personas con discapacidad intelectual o del desarrollo como sujeto de derechos y deberes, su inclusión y empoderamiento hasta conseguir su plena ciudadanía, la importancia de las familias, **la calidad en su actuación**, el interés por todas y cada una de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y su participación en sus proyectos de vida”*.

Además, en este mismo Artículo 6.- Del objeto social, misión, valores y fines, hablamos de que *“ La Asociación tendrá el objeto la organización y puesta en marcha de iniciativas y centros de atención a personas con discapacidad intelectual adecuados para dar respuesta a las necesidades según su edad, grado de discapacidad o niveles de apoyo que presenten, así como la promoción y realización de actividades encaminadas tanto a la inclusión social, como al estudio, prevención y tratamiento de las discapacidades intelectuales y del desarrollo, persiguiendo, como última finalidad, contribuir al mayor y más completo desarrollo de las personas con discapacidad intelectual propiciando la plena inclusión y la aceptación en su entorno, así como la **mejora de su calidad de vida**”*. Y precisamente para trabajar en la mejora de la calidad de vida de las personas es indispensable ofrecer una gestión con calidad.

El presente plan de calidad surge de la apuesta clara de la entidad por prestar sus servicios con calidad, implicando a todos los miembros de la entidad en el mismo. Por ello se hace necesario desarrollar planes y documentos que nos guíen para realizar una gestión con calidad, orientada a la mejora continua y en sintonía con nuestra misión: *contribuir con apoyos y oportunidades, a que cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia puedan desarrollar su proyecto de vida y promover su inclusión como ciudadano de pleno derecho en una sociedad más justa y solidaria*.

El plan se desarrolla en torno a una serie de objetivos, acciones y/o actividades a realizar, y se define la metodología y herramientas de seguimiento y evaluación.

Contamos con dos equipos de personas que trabajan sobre nuestro modelo de calidad y una persona responsable de calidad, que dinamiza y coordina ambos equipos:

- **Equipo de calidad:** formado por técnicos y directivos de la entidad, que planifica y ejecuta acciones relacionados con el trabajo sobre procesos, procedimientos y los modelos de calidad de los que obtenemos acreditación
- **Equipo de Autoevaluación,** compuesto por personal laboral de distintos servicios (atención directa, limpieza, directoras de los centros, técnicos), familiares, personas con discapacidad, representante de junta directiva que trabaja en cuestiones relacionadas con el modelo de calidad plena.

Este plan ha sido elaborado por la responsable de calidad, revisado por el equipo de calidad y aprobado en la junta directiva, el 28 de marzo de 2023.

A/ OBJETIVO GENERAL: Desarrollar un modelo de calidad en AFAMP

B/ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disponer de un sistema de calidad que nos permita obtener y/o mantener los reconocimientos externos obtenidos en diferentes modelos de calidad
 - Criterio de eficacia: Obtendremos y mantendremos una certificación en calidad por parte de la Agencia De Calidad Sanitaria y otra por parte de Plena Inclusión
2. Tener definidos e implantados los procesos identificados en nuestros mapas de procesos.
 - Criterio de eficacia: el 75% de los procesos de nuestra entidad tendrán desarrolladas sus fichas de procesos
3. Tener definidos e implantados todos los procedimientos relacionados con nuestros procesos
 - Criterio de eficacia: el 75% de los procedimientos identificados tendrán su ficha de procedimiento desarrollada y difundida entre las personas implicadas en ellos.
4. Realizar la revisión de nuestros procesos y procedimientos implantados de forma periódica
 - Criterio de eficacia: Al menos una vez al año realizaremos la revisión del 50% de las fichas de nuestros procedimientos implantados
 - Criterio de eficacia: Al menos una vez al año realizaremos la revisión del 50% de las fichas de nuestros procesos implantados.

C/ ACCIONES Y/O ACTIVIDADES

- Planificar, desarrollar y evaluar el trabajo sobre las áreas de mejora detectadas
 - en la autoevaluación de la entidad realizada por el equipo de autoevaluación en calidad plena
 - en las reuniones del equipo de calidad
- Desplegar nuestros mapas de procesos (de la entidad, de la residencia y del centro de día ocupacional), identificando sus procesos principales

- Definir e implantar las fichas de procesos estratégicos, clave y de apoyo de nuestros mapas de procesos (de la entidad, de la residencia y del centro de día ocupacional)
- Disponer de un cuadro de mando de indicadores de los procesos que nos permitan realizar su seguimiento y control: Recoger datos sobre los procesos que tenemos implantados
- Definir e implantar los procedimientos estratégicos, clave y de apoyo, identificados a partir de nuestros procesos
- Realizar el control y seguimiento de todos los procedimientos desarrollados e implantados en la entidad: continuar trabajando sobre la revisión y actualización continua de los procedimientos implantados por parte de los propietarios y del personal implicado en la aplicación práctica de cada uno de ellos.
- Implicar a todo el personal de la entidad en el desarrollo e implantación de procedimientos y procesos
- Continuar realizando las acciones necesarias para mantener el reconocimiento en calidad otorgado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
- Conocer y desarrollar el modelo de calidad de plena inclusión en Afamp
- Realizar las acciones necesarias para mantener la acreditación en calidad otorgada por Plena inclusión

D/ SEGUIMIENTO Y ÁREAS DE MEJORA

La responsable de calidad será la persona encargada de convocar al equipo de calidad, establecer plazos y emitir los informes de seguimiento y evaluación que fuesen necesarios, tanto ante la junta directiva, como ante los organismos que la entidad crea conveniente o así lo soliciten. Al menos realizará un informe anual sobre el cumplimiento de los objetivos y acciones planificadas en el plan de calidad.

Para realizar el seguimiento y evaluación de este plan de calidad, el equipo de calidad se reunirá para valorar los objetivos, acciones y áreas de mejora trabajadas, implantadas y no implantadas, proponiendo la continuidad o no del trabajo sobre los mismos. De igual forma, el equipo de calidad realizará propuestas sobre objetivos, acciones o nuevas áreas de mejora.

Además se medirán los siguientes indicadores analizando si dan respuesta a los criterios de eficacia ligados a los objetivos específicos del presente plan

- Número de fichas de procesos implantadas.
- Número de procedimientos implantados
- Certificaciones en calidad obtenidas por parte de organismos externos
- Número de fichas de procesos revisadas.
- Número de fichas de procedimientos revisados.

Como herramientas de control y registro del plan de calidad se dispondrá de los siguientes documentos:

- Un listado de procesos y procedimientos (**ANEXO 1**): en este registro podremos ver que procesos y procedimientos se encuentran en desarrollo o implantados, los propietarios de los mismos, las fechas de edición inicial y actual

Nombre del Proceso de referencia	Nombre del Procedimiento	Estado (en elaboración o implantado)	Nombre del Propietario	Fecha de Edición inicial	Fecha de Última edición

- Cuadro de mando de los indicadores de los procesos estratégicos, clave y de apoyo (**ANEXO 2**): en este registro podremos ver los resultados de la medición de los indicadores establecidos para cada uno de los procesos definidos en la entidad, especificando el indicador del que se trata, la fuente de la que se extrae la información del indicador, el proceso con el que se relaciona, que persona lo mide, cuando lo mide y si se cumple el criterio de eficacia planificado.

Nombre del proceso de referencia	Nombre del indicador	Fuente información	Nombre del responsable medición	Fecha en que lo aporta	Resultado de la medición	¿Se cumple el criterio de eficacia? porcentaje	Media

- Cuadro de seguimiento de los registros generados de la aplicación práctica de los procedimientos de Afamp. (**ANEXO 3**): en este registro podremos ver el código que tiene asignado cada registro, con que procedimientos se relaciona, y qué persona es la responsable de cada registro, de su actualización y control

Identificación	Nombre del registro	Procedimientos en los que aparece	Responsable del registro