

PLAN DE CALIDAD 2021





I. CONTEXTO

II. TRAYECTORIA DE LA ALCER GRANADA

III. LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD

IV. GOBIERNO Y ORGANIZACIÓN: RELACIONES INSTITUCIONALES E INCIDENCIA POLITICA

V. RECURSOS ECONÓMICOS.

VI. ÁREAS DE ACTUACIÓN

VII. PROTECCION DE DATOS

VIII. CALIDAD ALCER-GRANADA

IX. CONTAR CON LAS PERSONAS/DERECHOS DE LOS USUSARIOS.

X. LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACION

XI. TRABAJO EN EQUIPO

XII. BUENAS PRACTICAS

XII. GESTION DE PROCESOS

XIV. AHORRO/OPTIMIZACION DE RECURSOS

XV. GESTIÓN DE PROGRAMAS

XVI. COMUNICACIÓN INTERNA XVII.

COMUNICACIÓN EXTERNA

XVIII. EXPERIENCIA EN CALIDAD

XIX. EVALUACION DEL PLAN DE CALIDAD

ANEXO. PREMISAS DE CALIDAD

I. CONTEXTO

Entre los años 40 y 50 el desarrollo de la hemodiálisis fue lento. Todos los pacientes tratados de modo experimental morían poco tiempo después del que lo hubiera hecho sin el tratamiento. Esto, unido a problemas mecánicos de la máquina de diálisis, hizo dudar a un buen número de miembros de la comunidad médica sobre el futuro del tratamiento. No obstante, los experimentos continuaron, y en 1954, el director de la Sociedad Americana de Órganos Artificiales declaró que el uso del riñón artificial pronto dejaría de considerarse como un experimento. En 1957 Kelemen y Kolff publicaron los resultados del tratamiento de Hemodiálisis que practicaban, señalando que el 52% de los 38 pacientes tratados consiguieron sobrevivir.

Durante los años 50 la hemodiálisis se utilizaba para tratar transitoriamente a pacientes con fallo renal agudo.

En los años 60 comienzan a solucionarse algunos de los problemas técnicos de la hemodiálisis y se implanta la primera fístula arteriovenosa, lo cual constituye una solución al problema del acceso vascular. En estas fechas ya se empiezan a plantear cuestiones sobre las implicaciones éticas, sociales y económicas de la hemodiálisis, fundamentada en que una sesión de hemodiálisis duraba entre 10 y 12 horas, y no todos los pacientes podían acceder a este tratamiento, a pesar de que el 50% lograba sobrevivir durante siete años.

Paralelamente a la evolución de la hemodiálisis se inicia otra línea de investigación sobre la diálisis peritoneal y el trasplante renal.

A finales de la década de los 60, cuando la supervivencia de los pacientes estaba garantizada, comenzó el interés por otras cuestiones como la calidad de vida y el coste económico del procedimiento. Los profesionales sanitarios pronto descubrieron que la hemodiálisis llevaba asociados un buen número de problemas psicológicos y emocionales: ansiedad, fobias, problemas familiares, irritabilidad, etc... A pesar de todo esto y de los elevados costes económicos, la hemodiálisis empezó a utilizarse con un número cada vez mayor de pacientes.

En España la hemodiálisis comenzó a generalizarse en los años 70, llegando a 2.600 pacientes en 1977, 15 por millón de población, y alcanzando los 7.710, 50 por millón, en 1983.

En 1964 se implementó la Hemodiálisis Domiciliaria en un intento por aumentar el número de pacientes que pudieran beneficiarse de este procedimiento, disminuyendo los costes y el número de profesionales sanitarios entrenados. Sin embargo, esta modalidad de tratamiento no ha evolucionado al mismo ritmo que lo han hecho la HDH y la DPCA. En España, el número de enfermos en HDD ha ido decreciendo, hasta el punto de que en 1991 de los 14.632 enfermos renales únicamente 182 estaban en Hemodiálisis Domiciliaria.

Por otro lado, el primer trasplante renal en humanos fue practicado en 1933 por el Dr. Voronoy. Esta experiencia resultó un fracaso total, ya que no se conocían las posibles incompatibilidades y se trasplantó un riñón del grupo sanguíneo B a una paciente del grupo O.



Las experiencias se continúan de forma anecdótica y sin éxito, hasta que aumentan los conocimientos sobre inmunosupresión y técnica quirúrgica. En la primera mitad de los años 60 no había más de diez equipos en todo el mundo con un programa de trasplante renal, incluido el del Hospital Clínico de Barcelona, en España. En la primera mitad de los años 60 la mortalidad de estos pacientes era del 50% en los primeros años y muy pocos injertos funcionaban a medio plazo. Sin embargo, la experiencia acumulada y el desarrollo de la investigación permitieron una rápida mejora de los resultados, hasta el punto de reducir la mortalidad al 25% y aumentar el tiempo de funcionamiento del injerto.

Hoy, el trasplante renal es una práctica generalizada y constituye la alternativa terapéutica más deseada por pacientes y profesionales sanitarios, alcanzando tasas de supervivencia del paciente y del injerto, a cinco años, superiores al 90% y al 70%, respectivamente.

Esta breve revisión histórica es un indicador de la rapidez con que se han producido los avances médicos y tecnológicos en este campo. Por ello, a la hora de valorar los estudios sobre calidad de vida y aspectos psicológicos en los pacientes renales, se hace necesario considerar el perfeccionamiento de cada tratamiento, ya que, aunque se mantienen los fundamentos, se aprecian grandes cambios en los métodos que pueden afectar a las condiciones físicas y psicológicas de los pacientes.

II. TRAYECTORIA DE ALCER GRANADA

ALCER-Granada, Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales, de Granada, fue constituida en 1981, y declarada de utilidad pública en 1999, persigue como objetivo fundamental: “Contribuir a la ayuda psicológica y física de todas las personas afectadas de enfermedades renales y sus familiares, así como la prevención y lucha de dichas enfermedades”.

Los principios de esta asociación tuvieron un fin claro: la supervivencia, el luchar por conseguir unos tratamientos adecuados, por una diálisis eficaz y una buena organización de los trasplantes, garantizando de esta manera a los pacientes renales una adecuada gestión de los tratamientos médicos que fuesen necesarios.

Acorde con los objetivos que desde sus inicios se han conseguido y sin que esto haya conllevado una reducción de esfuerzos, ALCER-Granada ha querido ir más allá, creando unos servicios integrales de atención al paciente renal y a sus familiares, servicios sociales, laborales, psicológicos, etc..., cubriendo así sus necesidades, y por ende, mejorando su calidad de vida y la de su entorno más cercano.

Además del fin primordial ya señalado, ALCER-Granada, cuenta con los siguientes objetivos específicos:

A. Asistir e informar a los enfermos renales en los aspectos médicos, sociales y psicológicos, especialmente en lo concerniente a una óptima atención especializada en sus tratamientos clínicos, sociales y administrativos.



B. Fomentar la investigación, de cara a una mejor prevención, de la variada problemática, que suelen acarrear las enfermedades renales, especialmente en aspectos médicos-asistenciales, socio-económicos y psicológicos.

C. La divulgación popular de estas enfermedades y sus posibles soluciones terapéuticas, así como sus múltiples aspectos sociales, psicológicos, económicos y jurídicos.

D. La promoción o creación, si fuera necesario, de centros especializados en el tratamiento de dichos enfermos y su financiación total o parcial.

E. La colaboración consensuada con personas y/o entidades públicas y privadas, cuyas actividades pueden contribuir a la consecución de los fines y objetivos de la Asociación.

F. La promoción, fomento y realización efectiva del principio de igualdad de género entre hombres y mujeres.

G. La promoción y realización de actuaciones encaminadas al fomento del voluntariado en todo lo relacionado con los fines y actividades de esta Asociación, así como la promoción del mismo ante la Administración Pública.

H. La atención especial hacia las personas mayores y hacia los menores, fomentando su activa participación, dedicándoles singular dedicación y apoyo.

I. Atender de manera especial la problemática específica de los jóvenes con enfermedad renal crónica, y fomentar la participación de éstos en las actividades y órganos de la asociación.

J. La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es una enfermedad producida por el deterioro de las nefronas, que conducen a la pérdida de las funciones del riñón. Ocurre de forma progresiva y lenta, produciéndose la manifestación de sus síntomas cuando el 90% de las unidades funcionales se han destruido.

El tratamiento adecuado, en sus primeras fases, consiste en detectar factores que agudicen la enfermedad, prevenir o enlentecer su progresión mediante restricciones dietéticas y con fármacos (este periodo se denomina pre-diálisis), tratar las complicaciones más frecuentes y, si el grado de la enfermedad lo precisa, iniciar tratamiento sustitutivo renal con diálisis o trasplante. La diálisis es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas y el exceso de agua de la sangre, normalmente como terapia renal sustitutiva tras la pérdida de la función renal en personas con fallo renal. La persona en diálisis estará tres días a la semana una media de cuatro horas o más ocupada totalmente en este proceso, bien en un centro sanitario especializado (con una de las opciones de diálisis más comunes, la HEMODIALISIS) o en su propia casa (con otra de las opciones de diálisis más habituales, la DIALISIS PERITONEAL). Tras estas sesiones la persona se sentirá débil, cansada, a veces mareada ya que se pierde un peso significativo en cada una de ellas, y un estado físico que probablemente no recuperará el 100% de su estado óptimo en todo ese día. Se puede afirmar, por tanto, que la ERC constituye un grave problema de salud con repercusiones de índole social, económica y laboral que hay que tener muy en cuenta. Hay que prestar atención a las dificultades sociales asociadas a la enfermedad, a las carencias o insuficiencias de los sistemas de protección, a los derechos



sociales que tienen estas personas, a la especial atención psicológica que precisan y, sobretodo, a la desinformación sobre su propia enfermedad, en ocasiones alarmante. Si conseguimos adaptar nuestros hábitos a esta nueva situación, podremos sobrellevar mejor la enfermedad.

Debido a esta problemática, desde ALCER-Granada se ha apostado desde hace años por mantener una atención integral del paciente, con la prestación de manera continua de los servicios de atención psicológica y social, junto con el Voluntariado que efectúa acciones de ocio y cultura, de sensibilización y promoción. De manera intermitente, se han prestado los servicios de atención nutricional y de fisioterapia. Entendemos que esta atención integral del paciente es indispensable, por lo que ALCER Granada la considera una de sus prioridades.

Tras una larga experiencia de prestación de estos servicios se han detectado ciertos problemas en la aceptación por parte del paciente de la necesidad de atención psicosocial, lo que implica que los profesionales se encuentren con negativas por parte de los pacientes, o que la relación con el profesional no sea lo suficientemente satisfactoria, dadas las reticencias y la existencia de barreras de comunicación.

Para combatir estos efectos nocivos, desde ALCER Granada se han puesto en marcha diversos proyectos que han dado sus frutos, entre ellos la creación de grupos de autoayuda. Estos grupos ofrecen un recurso positivo para afrontar su situación, no sólo a la persona directamente afectada por la enfermedad, sino para los familiares y/o cuidadores de estas personas, quienes normalmente sufren las consecuencias de forma inesperada al alterar su vida cotidiana, incorporando nuevas responsabilidades, cambio de roles y la desintegración de la familia. Al centrarse la atención en la persona afectada, se provocan situaciones de descuido o abandono del trabajo, disminución de la eficiencia en el mismo, lo que conlleva afectando los ingresos económicos de la familia. Por todas estas razones se ha visto necesario dividir el grupo en dos partes, por un lado los cuidadores, y por otro los pacientes renales, sea cual sea el estadio de su enfermedad. La asistencia al grupo de autoayuda, va a convertir este círculo en virtuoso, ofreciendo a los participantes el reconocimiento y solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar el duelo anticipado por la pérdida que la discapacidad, reto o enfermedad implica, lo que permitirá rescatar las capacidades remanentes de la persona y de la familia, buscar soluciones en la propia comunidad y generar servicios.

Para conocer de primera mano las necesidades del colectivo, desde ALCER-Granada se ha querido aprovechar esta oportunidad para que los asistentes a los grupos de autoayuda manifestaran sus necesidades y se las dieran a conocer al equipo técnico de la entidad, con el fin de poder ofrecerles los servicios adecuados. De esta forma el grupo se retroalimenta, obteniendo no sólo los beneficios propios del grupo de autoayuda, sino cubriendo los servicios demandados. La entidad pondrá a disposición de los usuarios los servicios de atención social, psicológica y laboral con los que cuenta la asociación. Sin embargo, de las primeras sesiones de los grupos de autoayuda se detectaron diversas necesidades específicas del colectivo de pacientes renales, que no pueden ser cubiertas en su totalidad debido a la falta de recursos económicos. De estas necesidades destacamos las siguientes:

- ✗ Talleres de autoestima y relajación.
- ✗ Información dietético-nutricional.
- ✗ Información sobre enfermedades asociadas a la enfermedad renal crónica, tales como diabetes e hipertensión arterial, prevención y control de las mismas.

Pero estos grupos de autoayuda, son muy variables tanto en sus participantes, dado que se producen bajas por diversos motivos, como en los profesionales que los orientan, dado que la falta de recursos económicos de la entidad en ocasiones obliga a renovar los equipos, por motivos de no poder ofrecer la suficiente estabilidad laboral a los técnicos. Este hecho no favorece el problema de la ruptura de barreras entre pacientes y técnicos.

Pero desde hace varios años se lleva desarrollando una actividad de animación de los pacientes en las salas de diálisis, llevada a cabo por voluntarios de la asociación, entre los que se encuentran: pacientes, familiares, simpatizantes y personal sanitario. Nuestra experiencia, tras varios años de esta actividad, es que el nivel de empatía y comunicación con los pacientes es mucho mejor. Además, en muchas ocasiones estas sesiones sirven para detectar necesidades de atención psicosocial y demandas insatisfechas de los pacientes, que aprovechan estas visitas para exponer sus problemáticas.

ALCER Granada pretende ahora unir todos estos servicios prestados por la asociación en las salas de diálisis, “segunda casa” de los pacientes durante mucho tiempo; precisamente la idea es que en las actividades de entretenimiento, ocio y cultura de los pacientes en diálisis participen las técnicas encargadas tanto de la atención psicológica como social, nutricional, fisioterapéutica o de organización, con la asistencia al menos de una vez por turno de diálisis del grupo de voluntarios y técnicos de la asociación, con actividades de musicoterapia, lectura, etc...De esta manera, el contacto posterior entre paciente y técnico se hará desde un nivel de confianza y cercanía mucho más accesible, rompiendo de esta manera las barreras previas. Pero además, se crea el marco perfecto para la prestación de servicios integrales de Psicología, Trabajo Social, Nutrición con menor probabilidad de obstáculos y retenciones de los usuarios con los profesionales.

III. LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD

1. “Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal y de sus familias”.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ALCER GRANADA: PRINCIPIOS ORIENTADORES.

2. Responder a los principios y valores que inspiran y orientan la definición de la Calidad de ALCER GRANADA.
3. Crear instrumentos prácticos de acuerdo con la definición de la calidad ALCER GRANADA.
4. Crear las condiciones necesarias para implementar de forma generalizada la calidad ALCER GRANADA.



5. Garantizar las condiciones necesarias para la mejora permanente de la calidad ALCER GRANADA.
6. Facilitar y potenciar la acreditación de la calidad ALCER GRANADA de forma progresiva.

“CALIDAD ALCER GRANADA es la práctica que denota un compromiso con la mejora permanente de los procesos de ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL Y SUS FAMILIAS para el incremento de la calidad de vida de las mismas”

☐ Calidad de vida

Calidad de vida es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc.

Hay muchos tipos de condiciones de vida:

- ☐ Condiciones económicas
- ☐ Condiciones sociales
- ☐ Condiciones políticas
- ☐ Condiciones de salud
- ☐ Condiciones naturales

La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes. Bienestar físico (con conceptos como salud, seguridad física), bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión o creencias, espiritualidad).

La orientación permanente hacia la mejora de la calidad de vida habrá de instalarse progresivamente pero sin vuelta atrás en nuestra asociación. Por ende, la calidad de vida, en todas sus dimensiones, también cobra el sentido de elemento básico de evaluación, pues la calidad de los servicios y de los programas habrá de medirse finalmente de acuerdo con los efectos significativos que se produzcan en el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de los usuarios.



- Calidad plena

La excelencia conlleva seguir dos vías inamovibles en la forma de producir servicios y apoyos: la orientación al usuario y la mejora continua. Los servicios de cualquier nivel o estructura dentro del sistema, aun siendo distintos y dispares, se han de orientar a los beneficiarios finales. Pero ello quiere también decir que la calidad, y en este caso la mejora permanente, no debe afectar sólo a las actuaciones clásicas de atención directa, sino a todo tipo de actividad. Hemos de incorporar procesos de mejora continua a la hora de ofrecer diferentes productos, ya sean de integración, de sensibilización social, de reivindicación, de apoyo familiar, de defensa de derechos, etc.

Orientar las actividades al usuario es ni más ni menos que cumplir la misión de ALCER Granada, es decir, actuar en función de sus necesidades, expectativas y demandas.

Por eso hay que cuidar EL PROCESO, un conjunto de pasos secuenciales en los que actúan otros subsistemas, estructuras, equipos, profesionales, familiares, voluntarios, etc... Construir también "con calidad" una estructura fluida de usuarios-servicios es uno de los referentes esenciales de la calidad total.

Por otra parte, hablar de mejora continua supone la participación de todos los actores de la organización, el trabajo en equipo, la eficiencia, un nuevo sentido de liderazgo, usar los métodos más adecuados a cada caso, y también los sistemas de evaluación no sólo para los resultados sino también de los propios procesos.

La calidad de vida y calidad plena son dos referentes distintos pero muy relacionados: la calidad de vida es un fin, y la calidad plena es un sistema, una forma para alcanzar el fin.

IV. GOBIERNO Y ORGANIZACIÓN.

RELACIONES INSTITUCIONALES E INCIDENCIA POLITICA

ALCER Granada pertenece a la Federación Nacional ALCER, que engloba a asociaciones de toda España.

Los órganos de Gobierno de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales, ALCER-Granada, son:

La Asamblea General de Socios Junta Directiva

ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS

La Asamblea General de Socios es el órgano de expresión de la voluntad de la Asociación, el cual está formado por los/las miembros de la Junta Directiva y todos/as los/as socios/as. Las hay de dos tipos:

Asamblea General Ordinaria: Deberá ser convocada y celebrada de forma obligatoria al menos una vez al año, a ser posible dentro del primer trimestre, a fin de estudiar y decidir



sobre el funcionamiento de la Asociación durante el ejercicio pasado, así como sobre los presupuestos y proyectos de actividades del ejercicio siguiente.

Asamblea General Extraordinaria: Son convocadas, con carácter extraordinario, cuantas veces estime oportuno por la relevancia del asunto a tratar, por la Junta Directiva de la Asociación o un número suficiente de socios (10% de socios que se encuentren “al corriente” en el pago de sus cuotas) que lo crean necesario.

JUNTA DIRECTIVA

La Junta Directiva es el Órgano Ejecutivo de la Asociación. Ejercerá la representación, dirección y administración de la Asociación. La composición de la Junta Directiva, tras las elecciones del día 15 de diciembre del 2013, queda con los siguientes cargos:

Presidenta. Secretaria. Tesorero. Vocales.

Objetivos estratégicos de futuro de gobierno de la asociación y de relaciones institucionales e incidencia política:

1. Orientación de los servicios.

Hay que adecuar los servicios a las nuevas necesidades sociales, especialmente a aquellas situaciones de especial desprotección, como la población con enfermedad renal y sus familias que estén mayoritariamente en paro, y a los que carecen de redes sociales y familiares de apoyo. Además, la organización dirigirá sus esfuerzos a reforzar el enfoque de género, atendiendo a la doble discriminación que puede sufrir la mujer con esta patología, especialmente en el terreno laboral.

2. Líneas de intervención

- Desarrollar programas de sensibilización dirigidos a la sociedad, comunidad educativa, etc., para eliminar las barreras que dificultan la integración e inserción social de la población con enfermedad renal en nuestro país. Realizar proyectos de sensibilización y fomento del conocimiento de la problemática.
- Denunciar públicamente aquellas situaciones que la entidad considere alarmantes y deban ser conocidas por la sociedad.
- Realizar una búsqueda activa de recursos económicos para desarrollar los proyectos y servicios. Desde la sede se desarrollarán líneas de trabajo centradas en la colaboración con entidades, organismos y empresas a través de programas de gestión de recursos, venta de servicios y captación de nuevos socios
- En cuanto a RELACIONES INSTITUCIONALES, continuar con la buena comunicación y cooperación existente entre ALCER Granada y los organismos y entidades públicas a nivel local, provincial, autonómico y nacional, y crear nuevos lazos de colaboración con aquellos con los que aún no existan, para que beneficien al colectivo al que nos debemos. También colaborar



estrechamente con entidades privadas, como las empresas de diálisis concertadas con el Servicio Andaluz de Salud.

- Seguir en la tarea de fomentar la INCIDENCIA POLÍTICA de ALCER Granada a través participación en entes en los que se trabaje tanto con los representantes de los partidos políticos como los de otras asociaciones afines, para hacerles llegar el posicionamiento de la asociación. Además, abrir nuevas vías de participación con aquellas entidades públicas que incidan en la vida del colectivo.

Resumiendo, las principales entidades en las que trabaja y se engloba ALCER Granada son:

1) FEDERACION NACIONAL ALCER. La Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón engloba a todas las asociaciones del territorio español y a las federaciones autonómicas de lucha contra la enfermedad renal, aunando esfuerzos y coordinando actuaciones en pro del colectivo.

2) FUNDACION ALCER. La Fundación Renal ALCER España (FRAE) surge a iniciativa de la Federación Nacional ALCER con el apoyo de reconocidos profesionales del mundo socio sanitario relacionados con la enfermedad renal. FRAE se establece como herramienta fundamental para completar los fines de la Federación Nacional ALCER, que desde 1976 trata de mejorar las condiciones de vida del enfermo renal crónico (ERC).

3) COCEMFE. Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, es una Organización No Gubernamental sin ánimo de lucro que se constituyó en 1980. Su objetivo es aglutinar, fortalecer, formar y coordinar los esfuerzos y actividades de las entidades que trabajan a favor de las personas con discapacidad física y orgánica para defender sus derechos y mejorar su calidad de vida. COCEMFE representa a este colectivo ante la Administración, la empresa privada y la sociedad y congrega a más de 1.600 organizaciones, divididas en Confederaciones Autonómicas, Entidades Estatales y Federaciones Provinciales que a su vez, agrupan a las diferentes asociaciones locales. En el año 2016, la Federación ALCER pasa a formar parte de la Junta Directiva de COCEMFE, en la Vicepresidencia.

4) COMISION DE PARTICIPACION CIUDADANA DEL HOSPITAL GUADIX Y DE BAZA es incorporar activamente la voz de la ciudadanía en las distintas áreas asistenciales y no asistenciales, ajustando la toma de decisiones a sus necesidades y expectativas. La Comisión de Participación Ciudadana está formada por profesionales de distintos estamentos del hospital y distintas asociaciones y entidades de Granada, pretende vehicular y garantizar las acciones participativas de la ciudadanía en el Hospital. Existen multitud de asociaciones de pacientes y ciudadanos junto con fundaciones de ayuda socio-sanitaria, dentro del hospital, y unificando los centros, trabajamos con más de 30 asociaciones de pacientes y/o ciudadanos de las referenciadas en una comisión específica, y de manera puntual colaboramos con más de 50 asociaciones a lo largo del año en actividades puntuales solicitadas. Esta comisión es una de las más importantes para ALCER Granada, ya que desde ella defendemos de forma directa los derechos de los pacientes con enfermedad renal



5) CONVENIOS DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE VOLUNTARIADO CON EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CECILIO.

Este tiene por objeto la colaboración, apoyo individualizado y asesoramiento a pacientes del servicio de nefrología, fundamentalmente aquellos que requieren terapia renal sustitutiva, y a sus familiares.

Implantación en el centro hospitalario de programas y actividades tales como: servicio de atención social, atención psicológica, atención nutricional, actividades grupales y de ocio y tiempo libre, apoyo y acompañamiento a pacientes y sus familiares, programa de sensibilización y fomento de la Donación de órganos.

Y para las unidades clínicas que se relacionan a continuación: Unidad Clínica de Nefrología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, incluyendo: Sala de hemodiálisis 1ª y 2ª planta, sala de hemodiálisis de Guadix y consultas de pre diálisis y de Trasplante renal.

6) CONVENIOS CON CENTROS PRIVADOS DE DIASLISIS
CONCERTADOS (DIAVERUM y ESTUDIOS DE SALUD S.L)

Diaverum Servicios Renales, S.L.

Mantiene un convenio de colaboración anual con ALCER-Granada, gracias al cual los pacientes renales de estos centros de diálisis se ven beneficiados de un servicio de atención psicológica, social y nutricional, así como sus familiares. La estrecha relación mantenida con este centro de diálisis ha permitido contar con la presencia de representantes del mismo, y la colaboración, para actividades relevantes de ALCER-Granada.

Estudios de Salud S.L.

El contacto con esta empresa de diálisis ha ido en aumento a lo largo de los años, consolidándose en una estrecha relación de trabajo y colaboraciones debido al porcentaje de pacientes que posee. Se ha establecido un acuerdo de colaboración entre Diaverum y ALCER-Granada, y así poder continuar ofreciendo un servicio de atención psicológica, social y nutricional al paciente renal y sus familias.

Por otro lado, el equipo de voluntarios de ALCER-Granada lleva a cabo diferentes actividades en las salas de diálisis de las empresas con Convenio, como parte de la ejecución de proyectos de ALCER.

3. Representación de la organización

- Aumentar la representación a nivel provincial de la asociación a través de más actuaciones directas y presenciales en todos los municipios de Granada.
- Fomentar aún más la actuación e importancia del VOLUNTARIADO de ALCER Granada como principal bastión de nuestra asociación, de su espíritu y su fortaleza.



4. Mejora en la gestión

- Profesionalizar los servicios, a través del desarrollo de modelos de intervención social común, y crear espacios de intercambio entre los profesionales y voluntarios, para el análisis de nuevos retos.
- Incorporar criterios de calidad en la prestación de los servicios que presta la entidad.

5. Funciones asumidas por la presidencia:

- 1) Objetivo principal: desarrollar las acciones necesarias que permitan alcanzar los objetivos estratégicos definidos por la Junta Directiva.
- 2) Informar a la Junta Directiva sobre el día a día de entidad en todos los ámbitos.
- 3) Organizar y planificar el trabajo de las personas contratadas y voluntarias para el desarrollo de los distintos proyectos y programas.
- 4) Coordinar formas de trabajo que permitan la colaboración entre las distintas asociaciones de las distintas agrupaciones ciudadanas.
- 5) Responsable de la gestión de los recursos humanos, económicos y materiales de la organización.
- 6) Responsable de establecer un plan para la captación de recursos y de la comunicación

6. Responsabilidades del equipo técnico y el equipo gestor:

- 1) Una de las tareas de los responsables de departamento o servicio es mantenerse informados de la actualidad referida al área, y esto implica conocer tanto las novedades legales como las que afectan a los modelos de intervención, publicaciones, etc. Para ello, cada responsable tendrá en su ordenador una base de datos en la que recoge este tipo de información que afecta al servicio, y una estructura de carpetas de guardado de archivos y documentos plenamente ordenada y etiquetada.
- 2) La coordinación y el trabajo en equipo entre los diferentes departamentos será continua y estrecha, ya que en la mayoría de los casos se realizan atenciones multidisciplinares con los usuarios. Para esta coordinación, se establecen reuniones de al menos una vez a la semana entre el equipo técnico para coordinar las acciones conjuntas, teniendo siempre en cuenta el cumplimiento íntegro del SECRETO PROFESIONAL y de la PROTECCION DE DATOS de los usuarios.
- 3) Se establecerá también un mínimo de una reunión semanal entre el equipo técnico y el equipo gestor para puesta en común de las actuaciones de cada servicio.
- 4) Se realizará como mínimo una reunión previa a cada evento o acto en el que participen los VOLUNTARIOS con el equipo técnico y gestor de la entidad, para establecer las líneas de



actuación a seguir, definir las tareas de cada uno y establecer todo lo expuesto en el Plan de Voluntariado de ALCER Granada.

7. Relaciones con otras asociaciones.

Como ya hemos citado en este mismo Plan, la unión en proyectos y acciones comunes con entidades similares debe seguir siendo una premisa primordial para ALCER Granada, y aunque es verdad que no se puede estar en todos los sitios, ya que somos muchas entidades con muchos actos e intervenciones que suelen coincidir en el tiempo, sí debemos intentar estar en todas las que podamos apoyando y ayudando, y si no es presencialmente, al menos divulgando entre nuestros asociados y simpatizantes la información de esos eventos y servicios de organizaciones hermanas, que también pueden redundar en el beneficio del colectivo de enfermos renales y sus familias.

8. Recursos Humanos.

La gestión de los recursos está actualmente afectada por cambios permanentes ajenos a la voluntad de la entidad, y debidos a la crisis y disminución de los ingresos en la organización. La Asociación está en los últimos años por una trabajadora social, una nutricionista y un psicólogo a media jornada y el apoyo puntual de los voluntarios).

La gestión de las personas en la entidad está centralizada en la Presidencia y la Junta Directiva. Por una parte, el Departamento de Administración tiene encomendadas funciones relacionadas con nóminas, seguros sociales, bajas, etc. (llevado por una gestoría externa).

- Política de retribución: la retribución salarial se rige por el convenio de Oficinas y Despachos, salvo para aquellas subvenciones que exigen unas propias y determinadas bases, cumpliéndose estrictamente lo estipulado bien por la Ley bien por las condiciones de cada convocatoria concreta.

- La organización de las vacaciones no plantea ningún problema, ya que el centro cierra alguna semana en el mes de agosto, y el resto se pacta con los trabajadores con flexibilidad. Además, la organización de la jornada de trabajo también es flexible y moldeable a las necesidades de ambas partes, y las jornadas que se alargan por necesidades de la entidad son luego compensadas por horas o días libres.

- El Plan de formación del personal contratado tiene en cuenta las demandas del personal y las necesidades y posibilidades de la entidad.

- Los problemas o posibles conflictos laborales son tratados directamente con la Presidenta o el equipo gestor responsable de la entidad, desechándose vías intermedias, ya que no son necesarias ni eficaces. Se plantean los temas directamente por los trabajadores a la dirección de la entidad para su resolución y consenso, o viceversa.



- La relación y organización del Voluntariado se rige por el propio “Plan de Voluntariado de ALCER Granada”. Destacar que es un voluntariado formado, al que no se le atribuyen tareas que no pueden realizar, y que por ello puede contarse siempre con él, y se busca continuamente el incremento de ese grupo de voluntarios de la entidad.

9. Nuestras metas.

Nuestra meta es ser una organización representativa y reconocida como una organización profesional, eficaz y transparente en su gestión, que participa en la elaboración de las políticas públicas, que cuenta con libertad para desarrollar sus propios proyectos, que ofrezca servicios a la sociedad que sirvan para luchar contra las desigualdades sociales, y que busque una sociedad más justa, equitativa e igualitaria. Para ellos se adoptan medidas como la publicación de las memorias y las cuentas anuales de la entidad en el Blog de la misma, y también la disposición en Facebook del Código ético de ALCER Granada.

La estructura del órgano de gobierno de la Junta Directiva responde a los cargos representantes de la entidad que son nombradas por la Asamblea General de Socios, en las elecciones que tienen lugar cada cuatro años.

En cambio, la Presidencia, que también se elige cada cuatro años, es un cargo personal y voluntario, ya que al ser el máximo representante de la organización está sujeto a una importante carga de trabajo. La Junta Directiva se compone de Presidencia, Tesorería, Secretaría y vocalías. Las funciones y responsabilidades de la Junta están recogidas formalmente en los Estatutos, aunque pueden ampliarse o fijarse algunas funciones específicas desarrolladas o a desarrollar por cada vocalía.

La Junta se reúne habitualmente cada mes, o a veces cada más o menos tiempo, según las necesidades de la entidad. Se preparan informes de gestión para analizarlos en las reuniones, para información de los miembros en cada reunión de la Junta Directiva. Se llevará a cabo una evaluación periódica sobre el desempeño de la labor de la Junta Directiva, como órgano y como miembros, lo que permitirá tener una visión estratégica de la organización.

Se buscará un mayor apoyo y alivio en la carga de funciones y trabajo que la Presidenta tiene actualmente, analizando qué tareas pueden repartirse entre los distintos miembros de la Junta Directiva y el equipo técnico.

V. RECURSOS ECONÓMICOS

.Los recursos de la organización se basan en la gestión de subvenciones, el trabajo de voluntarios y la colaboración con empresas y con organismos públicos y privados. Los recursos económicos vienen fundamentalmente de las subvenciones públicas, tanto a nivel local como autonómico y estatal, y aunque se ha gestionado algún programa europeo a través la consejería de Empleo o algún Ministerio, todavía no se ha podido explorar la financiación



directa de Europa, porque esta exige de una fuerte unión de trabajo con otras organizaciones europeas similares que tengan fines comunes.

No obstante, existe también una parte de los recursos generados por las cuotas de los asociados a los que se les presta servicios, que cubren un pequeño porcentaje de los costes salariales de los técnicos. En estos ingresos incide de forma notable el servicio de gestión de vacaciones en otras ciudades con cambios de centros de diálisis.

Otra fuente de ingresos son los convenios con empresas sanitarias privadas concertadas con el Servicio Andaluz de Salud que prestan el servicio de Hemodiálisis, ya nombrados anteriormente.

La financiación de la entidad es a través de subvenciones públicas (sobre todo por la concurrencia a convocatorias de subvenciones a nivel autonómico y local), y subvenciones privadas (obras sociales, fundaciones, etc.). En este campo, el momento actual de crisis ha incidido de manera brutal en la frecuencia y las cuantías de estas subvenciones, que han descendido hasta un nivel bajísimo en los últimos años. Se puede comprobar que han dejado de convocarse algunas ayudas habituales a nivel de Andalucía, otras a nivel local y también a nivel provincial. Las que se convocan, tanto públicas como privadas, han estandarizado y priorizado el concepto de CONCURRENCIA COMPETITIVA, es decir, han cambiado y añadido muchos criterios de selección para las entidades beneficiarias, endureciéndose la posibilidad de acceder a algunas de estas subvenciones, por lo cual realmente hay que competir con todas las demás para volver a obtener una financiación, la cual, si se obtiene, vendrá claramente reducida respecto a convocatorias anteriores.

Es por eso que los ingresos por cuotas de asociado, o lo que es igual, ingresos por prestación de servicios, cobran mayor relevancia en las finanzas de la asociación.

Este tipo de financiación a partir de subvenciones y convenios está directamente ligada a proyectos que, en su mayor parte, corresponden a la prestación de servicios sociales y, en algunos casos, a actividades de sensibilización. Las subvenciones incluyen además un porcentaje destinado a gastos de gestión y administración que suele oscilar entre el 6% y el 9% del total de la subvención, pero que no todas las convocatorias permiten, casos en los cuales estos gastos recaen en la entidad.

Una de las dificultades que afronta la asociación es conseguir fondos que le permitan financiar las actividades destinadas a fortalecer la propia entidad, en cuanto a prestación de servicios a los usuarios, encuentros provinciales o regionales, grupos de trabajo, la propia Asamblea General de Socios, desarrollo de herramientas de comunicación, etc., dado que, la mayoría de sus fondos están directamente asociados al desarrollo de proyectos.

Ante esta realidad, nos encontramos también con un colectivo que económicamente está azotado crisis y por la carencia o insuficiencia de recursos económicos, por lo cual no todos pueden hacer frente a la cuota de socio. Sin embargo, la asociación tampoco puede bajar el importe de la misma, pues son muchos los gastos que conllevan los servicios prestados, y además, son menos los recursos obtenidos de subvenciones y ayudas....Es un círculo vicioso difícil de romper.



Por todo ello, vamos a fijar en los siguientes apartados los baremos y pautas de CALIDAD que debemos adoptar como organización no gubernamental sin ánimo de lucro, para asegurar, a la vez, la sostenibilidad económica y la de los servicios.

VI. AREAS DE ACTUACION

En la actualidad, la asociación cuenta con un equipo técnico en sede de una Trabajadora Social con discapacidad a media jornada, y una Psicóloga también a media jornada, además de 20 voluntarios estables que se dedican tanto a la prestación directa de servicios sociales a usuarios como a actuaciones externas de la asociación. Nuestro principal objetivo es aumentar los recursos de la entidad para poder volver a ofrecer servicios integrales (atención social, psicológica, nutricional, fisioterapéutica, de ocio y cultura) en tiempos completos y suficientes.

ALCER Granada trabaja en estas áreas principales:

*PRESTACION DE SERVICIOS:

RECEPCION (Información y organización). Atención social y laboral.

Atención psicológica Atención nutricional

Atención fisioterapéutica Área de administración

Gestión de vacaciones para personas en hemodiálisis.

6.1.- RECEPCION (Información y organización).

Supone el primer contacto de los usuarios con la asociación. Puede producirse a través de una llamada telefónica o presencialmente, o por medios telemáticos.

La recepción es llevada a cabo prioritariamente por la persona responsable de dicha tarea (administrativa), si bien en la práctica también otras empleadas la realizan, dependiendo de las necesidades.

En los casos en que la recepción es realizada por otra persona, derivará al usuario a la profesional o persona pertinente, para que las atienda e introduzca en el sistema de registro correspondiente según la acción a realizar.

La persona responsable de la Recepción introduce o deriva la información recogida para que sea incluida en los siguientes

SISTEMAS DE REGISTRO:

1) LIBRO DE REGISTRO de entradas y salidas (para la documentación enviada o recibida por correo ordinario o electrónico, mensajería, etc.).

2) DIARIO DE CAMPO INFORMATIZADO (registra todas las llamadas, visitas y consultas recibidas y atendidas a diario). Después está la AGENDA o DIARIO DE CAMPO escrito de cada trabajador para registrar sus casos y sus tareas concretas.



2) BASE DE DATOS DE USUARIOS DE TRABAJO SOCIAL (si son demandas de atención social de casos). Por el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos, toda la documentación en papel de los usuarios se guarda en Carpetas y en armarios o cajones de la entidad, para que no se dé lugar a su pérdida o exposición al público.

3) AGENDA DE EVENTOS INFORMATIZADA: Se registran en ella todos los actos, reuniones, participaciones y actividades realizadas diariamente por la entidad, pieza clave para la organización del trabajo en la misma.

En esta Recepción se busca resolver el máximo número de gestiones posibles en el momento, para evitar que la persona tenga que regresar o llamar de nuevo para concretar futuras citas.

6.2. ATENCION SOCIAL Y LABORAL.

Bienestar social se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social.

El bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro. Aun así, el bienestar, como concepto abstracto que es, posee una importante carga de subjetividad propia del individuo, aunque también aparece correlacionado con algunos factores económicos objetivos.

Los principales pilares del bienestar social son:

BIENESTAR OBJETIVO (medido por factores medibles y cuantificables reales, como el económico, etc.) VS BIENESTAR SUBJETIVO (es cualquier medida de la cantidad de bienestar que dicen tener las personas. Una medida de esto, por ejemplo, es índice de bienestar subjetivo, que se elabora a partir de encuestas, se calcula a partir del porcentaje de personas que se consideran "felices" o "muy felices" menos el porcentaje de personas que se consideran "no muy felices" o "infelices").

BIENESTAR AFECTIVO/RELACIONAL (relaciones interpersonales): Los indicadores centrales de esta dimensión son: intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Las técnicas de mejora propuestas son: permitir la intimidad, permitir el afecto, apoyar a la familia, fomentar interacciones, promover amistades, proporcionar apoyos. Si recordamos que las personas lo son gracias a la interacción significativa con los demás, nos daremos cuenta de la relevancia de esta dimensión.

BIENESTAR MATERIAL: Indicadores centrales propuestos para esta dimensión son: derechos, económico, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico. Las técnicas para la mejora de esta dimensión son: permitir la propiedad, defender la seguridad financiera, asegurar ambientes seguros, empleo con o sin apoyo.

BIENESTAR Y EL DESARROLLO PERSONAL. Indicadores centrales son: formación, habilidades, realización personal, competencia personal, capacidad resolutive. Las técnicas de mejora



consisten en proporcionar educación y habilitación/rehabilitación, enseñar nuevas habilidades funcionales o adaptarlas a la nueva situación, proporcionar actividades profesionales y no profesionales, fomentar el desarrollo de habilidades, proporcionar actividades útiles y utilizar tecnología si es preciso.

BIENESTAR FÍSICO: Ejemplos de indicadores son la salud, nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria. Las técnicas de mejora son: asegurar el cuidado de la salud, maximizar la movilidad, apoyar oportunidades para el recreo y tiempo libre significativos, promover la nutrición apropiada, apoyar actividades de vida diaria, promover el bienestar poniendo énfasis en el ajuste, nutrición, estilos de vida saludables y manejo del estrés.

AUTODETERMINACIÓN: Los indicadores centrales de esta dimensión central son: autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autorregulación, valores/metas personales. Las técnicas de mejora son: favorecer hacer elecciones, favorecer el control personal, favorecer tomar decisiones, ayudar en el desarrollo de metas personales. Debemos recordar que el crecimiento personal tiene lugar cuando se es actor/agente del propio desarrollo y no mero espectador/paciente del mismo.

INCLUSIÓN SOCIAL: Indicadores centrales de calidad de vida son: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles, actividades de voluntariado, entorno habitacional. Las técnicas de mejora para esta dimensión son: conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad, apoyar el voluntariado.

DERECHOS: Ejemplos de indicadores centrales de esta dimensión son: privacidad, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general y especiales protecciones requeridas por el hecho de manifestar la condición de enfermo renal, derechos, responsabilidades civiles. Las técnicas de mejora son: reducir barreras (y no solo las físicas sino también las psicológicas y las sociales), proporcionar procesos justos y fomentar las responsabilidades cívicas.

Servicio de atención social: mediante este servicio se tiene como objetivo promover la autonomía personal y la mejora de la calidad de vida de los pacientes renales con la promoción y movilización de los recursos humanos necesarios, y al final, el bienestar social del individuo.

Se va detectando un aumento en el número de pacientes con necesidades de carácter social debido a la crisis actual y, en su mayor parte, a problemas económicos que han sido agravados a raíz de padecer la enfermedad, con pérdida de puestos de trabajo en la mayoría de los casos.

En cuanto al tipo de demandas sociales, las gestiones son muy variadas e incluyen interrelaciones con recursos sociales de todos los tipos y campos (educacional y formativo, laboral, alimentario). Algunas de las más frecuentes son:

- Solicitud de valoración o revisión del grado de discapacidad, e información sobre sus beneficios.
- Pensión No Contributiva (PNC) y otros recursos económicos de subsistencia.



- Compatibilidades e incompatibilidades entre pensiones.
- Ayudas para el alquiler de la vivienda.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Solicitud, revisión y cambio de expediente de la Ley de Dependencia.
- Trámites para la incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez.
- Búsqueda activa de empleo.
- Servicio de Tele-asistencia.
- Gestión de plaza de diálisis por vacaciones.
- Trámites para la solicitud o renovación del permiso de residencia de extranjeros.
- Reclamación de copago farmacéutico
- Información sobre solicitud de residencia y/o centros de día.

Servicio de elaboración de proyectos y búsqueda de subvenciones y recursos económicos: es la segunda vertiente del área de Trabajo Social, muy importante en los tiempos actuales, donde la crisis económica ha azotado principalmente al denominado “tercer sector”, y en cuyo contexto todas las asociaciones sin ánimo de lucro tiene como necesidad, en mayor o menor grado, la falta de recursos para mantener al personal y por tanto, ven peligrar el mantenimiento de los servicios y programas que se desarrollaban. Esta nueva realidad ha hecho que las subvenciones públicas sean de verdad y más que nunca, en “CONCURRENCIA COMPETITIVA”, como ya explicamos en el apartado de recursos económicos, cambiándose y endureciéndose sobremanera los requisitos exigidos a las entidades para obtener la financiación que antaño tenían para sus proyectos, quedándose muchos de ellos sin “puntuación suficiente” o con una cuantía muy inferior a la precisa, paradójicamente, porque se les exige más a todas cuanto menos tienen.

10 premisas de CALIDAD de atención social al usuario son:

- 1- El usuario antes que nadie.
- 2- No esperes a que el usuario pida más.
- 3- No hay nada imposible cuando se quiere (o al menos, se intenta).
- 4- Cumplir con lo estipulado, y no crear falsas expectativas. Explicar la realidad de la situación del usuario sin edulcorarla pero tampoco ennegreciéndola.
- 5- No decidir por el usuario, sólo presentarle todas las alternativas de solución que existen para su problemática y que sea él quien decida la más adecuada para sí mismo, no la que más le guste al profesional (tras haber analizado, eso sí, los pros y los contras entre ambos).
- 6- De los errores se aprende, siempre debemos mejorar, aprender cosas nuevas y volver a aprender lo desfasado.
- 7- Tu marca de CALIDAD es la diferencia respecto a otras.
- 8- Las entidades y organismos no miden la calidad del servicio, sino que son los usuarios.



- 9- La mejor opción para satisfacer al usuario es trabajar en equipo.
- 10- Un trabajador satisfecho genera usuarios satisfechos, para lo cual es importante el amor a la profesión.

6.3. ATENCION PSICOLOGICA:

La salud es un concepto integral que surge del equilibrio entre cuerpo y mente. En la sociedad actual, existen daños que van en contra del bienestar anímico. Por ejemplo, el estrés y la ansiedad alteran el estado de ánimo, produce inquietud interior, cansancio psicológico y tristeza.

El bienestar emocional muestra la tranquilidad de ánimo propio de aquel que se siente bien consigo mismo. Una persona que experimenta un alto grado de bienestar emocional siente una mayor influencia de emociones agradables: alegría, ilusión, gratitud existencial, entusiasmo...

El bienestar emocional es un “estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (Organización Mundial de la Salud).

Disfrutar de bienestar emocional no significa la mera ausencia de alguna patología mental, es mucho más eso. Significa no estar afectado por una depresión, un trastorno de ansiedad, un trastorno de personalidad, una neurosis o una psicosis; pero además el bienestar emocional implica sentirse bien con uno mismo y con los demás.

El bienestar emocional habla de construir y mantener relaciones positivas, duraderas y satisfactorias, y sobre todo tiene que ver con una actitud optimista ante la vida.

El bienestar emocional está relacionado de manera muy directa con la autoestima, con la confianza en uno mismo, con la capacidad para afrontar situaciones estresantes y buscar soluciones, con la capacidad para recuperarse de la adversidad.

El servicio de atención psicológica va incrementando todos los años el número de demandas, siendo las más frecuentes las relacionadas con estados de ansiedad y depresivos, en muchos casos en pacientes de reciente ingreso en diálisis, ya sean nuevos o pacientes con fracaso renal de órgano trasplantado, que presentan las distintas etapas de duelo psicológico. Hay que tener en cuenta que el duelo es un proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida. En el caso del paciente renal no sólo se limita a la pérdida de la salud, sino también a la pérdida de trabajo en muchos casos, a la pérdida de autonomía al tener que someterse a un tratamiento, a las limitaciones de la dieta y al cambio en la calidad de vida en general. Es frecuente encontrar al enfermo en alguna de las siguientes fases del duelo:

- Fase de shock/negación, en la que al paciente se sume en un estado de desconcierto y es incapaz de aceptar la realidad.
- Fase rabia/agresividad, con sentimientos de injusticia y desamparo.



- Fase de negociación con la realidad, o intento de buscar solución a lo inevitable.
- Fase de dolor emocional/estado depresivo: toma de conciencia de la pérdida.
- Fase de aceptación, en la que el paciente asimila su enfermedad y normaliza su vida.

Igualmente son frecuentes las intervenciones por falta de adherencia al tratamiento.

Por otro lado también se atienden y atenderán problemas psicológicos que han tenido su raíz en causas distintas a la enfermedad crónica, que inciden negativamente en la vida global del paciente.

Estos servicios han de prestarse por profesionales de la Psicología, atendiendo las necesidades del colectivo en las distintas fases en las que se pueden encontrar los pacientes, ya sea en pre diálisis, diálisis peritoneal/hemodiálisis y trasplantados, sin exclusión de los familiares y allegados en general.

En cuanto a la labor informativa sobre las características de la enfermedad y sus consecuencias a nivel preventivo, se seguirá participando en las actividades que en este campo desarrolla la asociación.

También se ha de efectuar una labor divulgativa en todos los centros de diálisis de los distintos talleres que se realizaron en ALCER-GRANADA, invitando pacientes y familiares a participar en los mismos, sirviendo de ejemplo los siguientes:

“Taller: Empodérate frente a la enfermedad renal”

“Taller para el Cuidador del Paciente Renal”.

“Talleres de Nutrición y Cocina para Pacientes Renales”

“Encuentro de pacientes renales y familiares”

De igual forma, la labor informativa a la persona que ya padece la enfermedad y a sus familiares/cuidadores ha de ser siempre atendida de manera individual.

También se ha de informar a los pacientes sobre los servicios que la Trabajadora Social de ALCER-GRANADA presta a los usuarios, así como de los servicios de Fisioterapia y Nutrición, cuando los haya, de los que pudieran beneficiarse un nutrido grupo de pacientes en diálisis.

La intervención psicológica directa con los pacientes y sus familiares/ cuidadores se ha de realizar en los distintos hospitales y centros de diálisis (Diaverum y Estudios S.L. os), así como en nuestra sede social.

Como viene siendo habitual, los problemas psicológicos más frecuentes son los relacionados con estados depresivos y estados de ansiedad, sin descartar otro tipo de trastornos con menos presencia, como los trastornos de personalidad.



La atención temprana en pacientes en pre-diálisis o de reciente ingreso en centros de diálisis, ayuda a prevenir la aparición de trastornos psicológicos, a la vez que mejora la adherencia al tratamiento.

La línea de actuación que se sigue tanto en los casos de nuevos pacientes como en los casos de pacientes con fracaso de injerto, es la de tratar la situación como la de un duelo, ya que el duelo supone sufrir una pérdida.

La mayoría de las intervenciones se encuadran dentro del paradigma cognitivo-conductual, lo que supone trabajar con terapias de reestructuración cognitiva y de modificación de conductas.

El profesional también participará en las acciones formativas y de sensibilización, tanto de la propia entidad como de otras que puedan solicitarlo y que tengan un colectivo receptivo al conocimiento de la enfermedad renal.

El área de Psicología tendrá en cuenta los aspectos comunes a todos los departamentos de la entidad (SECRETO PROFESIONAL, TRABAJO INTERDISCIPLINAR, CAUCES DE COMUNICACIÓN EXTERNA E INTERNA, ETC.), que se explican más adelante en este Plan de Calidad.

6.4. ATENCIÓN NUTRICIONAL.

Nutrición en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Principales factores a tener en cuenta:

- La prescripción de la ingesta proteica en ERC es compleja por los conflictos potenciales existentes para retrasar la progresión de la ERC y preservar el estado nutricional. Proporcionar alrededor de 0,75 g proteínas/ kg/ día parece razonable en pacientes con FG > 30 mL (ERC estadios 1-3). En estadios 4, 5 es recomendable proporcionar alrededor de 0,6 g/kg/día. Para frenar la progresión y minimizar la acumulación de toxinas urémicas.
- Mantener una adecuada ingesta energética es esencial en todos los estadios de ERC. • La valoración del estado nutricional en ERC requiere de la utilización de múltiples marcadores, para valorar el estatus proteico, los depósitos de grasa, la composición corporal y la ingesta energética y proteica.
- La Malnutrición Proteico Energética (MPE) puede ser considerada como una indicación para el inicio en terapia renal sustitutiva. Si la MPE se desarrolla o persiste a pesar de intentar optimizar la ingesta y no existe otra causa de malnutrición que la ingesta o anorexia urémica está indicada la iniciación de diálisis o el trasplante renal en pacientes con FG > 15 mL/ min.
- El tratamiento nutricional para pacientes con ERC debería incluir valoración nutricional, educación y una planificación y seguimiento nutricional.

OBJETIVOS DE FORMACION NUTRICIONAL

Los objetivos que nos planteamos, debido a las necesidades de nuestro colectivo, y dada la importancia de la dieta en todas las etapas de la enfermedad son:



| Objetivos generales | Objetivos específicos |
|---|---|
| <p>Proporcionar una información y formación alimenticia adecuada y necesaria para que el paciente renal y su familia adquieran los conocimientos necesarios con respecto a la alimentación.</p> | <p>Ampliar los conocimientos sobre la pirámide alimenticia</p> |
| <p>Mejorar los conocimientos sobre cómo los alimentos influyen en la enfermedad renal, con independencia de cuál sea el estadio de su enfermedad.</p> | <p>Conocer los alimentos más y menos adecuados, según el estadio de la enfermedad renal en la que se encuentre el paciente.</p> <p>Mejorar las habilidades culinarias del paciente y sus familiares, de cara a la elaboración de recetas,</p> |
| <p>Dotar a los pacientes renales de las técnicas alimenticias más adecuadas según la fase de enfermedad renal en la que se encuentren para mejorar en la medida de lo posible el trascurso de su enfermedad y su calidad de vida</p> | <p>Conocer todo lo referente a los alimentos, como es la cantidad de sodio, comprensión de etiquetas, etc.</p> <p>Adquirir conocimientos sobre la preparación de alimentos (doble remojo, cocción, etc.).</p> |
| <p>Facilitar un recurso de atención integral a las personas con enfermedad renal</p> | <p>Dar a conocer y acercar a los pacientes y familiares los servicios de ALCER-Málaga</p> |
| <p>Fomentar el autocuidado</p> | <p>Impulsar la adquisición de hábitos saludables de vida (ejercicio físico, relación social y por supuesto la alimentación)</p> |

Por todo lo expuesto, se hace prioritaria la disposición en ALCER Granada de un nutricionista para los pacientes y familias, que ofrezca una formación a los mismos y sobre todo un seguimiento y evaluación de cada caso individualizado, por lo tanto, que preste servicios al menos durante cuatro horas semanales para este cometido (meta de futuro).

6.5 ÁREA DE ADMINISTRACIÓN

*Gestión administrativa: presupuesto anual y seguimiento, impuestos y tributos, nóminas y gestiones diversas.

*Gestión financiera y contable: Control bancario, flujos de caja, donaciones y cobros por la prestación de servicios (cursos en línea)...

*Seguimiento económico en la gestión de subvenciones y convenios y apoyo en la formulación de proyectos y justificación económica de subvenciones.

*Gestión de personal: altas y bajas del personal contratado y algunos aspectos de gestión de los recursos humanos, como bajas temporales, vacaciones y excedencias.

Todas estas funciones son compartidas por la Presidencia, el encargado de Tesorería, personal voluntario con cualificación profesional en administración y una Gestoría Externa, encargada especialmente de la parte laboral (contratos, nóminas, seguros sociales, etc.).El área ha desarrollado un procedimiento para la presentación de gastos de los empleados en dietas y desplazamientos.

- También tiene establecido un protocolo para la realización de los pagos en los programas, con una sistemática de doble firma y autorización que se aplica a todo gasto realizado sobre subvenciones gestionadas por la entidad, por lo que este protocolo está comunicado y es conocido por todas las personas que tienen responsabilidades en la gestión de programas.

- Es de esta área la responsabilidad de preparar la justificación económica de las diferentes subvenciones gestionadas por la entidad junto al departamento de Trabajo Social, en el caso de los proyectos y subvenciones solicitadas desde el mismo.

- El control de calidad de esta área pasa por la presentación de las Cuentas Anuales de la entidad ante el organismo público de la Junta de Andalucía pertinente, encargado del control de las asociaciones y entidades sin ánimo de lucro en el cumplimiento del Plan Contable exigido para las mismas.

6.6 GESTION DE VACACIONES PARA PERSONAS EN HEMODIÁLISIS.

Son numerosos los pacientes en hemodiálisis que a lo largo del año se desplazan de una ciudad a otra, ya sea a nivel autonómico, nacional o internacional, y bien por motivos familiares, laborales o turísticos. Estas gestiones son realizadas por el personal técnico de la asociación, y suponen numerosos trámites burocráticos para obtener una plaza de hemodiálisis en la ciudad donde se vaya a residir temporalmente. Los principales trámites consisten en:

Solicitar informe médico y serología al Centro de Diálisis u Hospital donde se dialice originalmente.



Solicitar plaza en el Centro de Diálisis u Hospital donde vaya a residir temporalmente.

Solicitar documento P-10 para desplazamientos dentro de la Comunidad Autónoma de Andalucía o documento SIFCO para desplazamientos nacionales en el Hospital de referencia, con el fin de que no supongan coste alguno para el paciente las diferentes sesiones de diálisis que reciba (más gestión del transporte sanitario en los casos que así lo soliciten).

Para una correcta calidad de este servicio, es imprescindible explicarle a los solicitantes que estos trámites conllevan costes de personal y de gestión a ALCER Granada, por lo cual es imprescindible que comprendan esta circunstancia y por lo que son los socios los beneficiarios, e igualmente, que no deben solicitar las vacaciones con pocos días de antelación, ya que, por muy rápido que trabajen los profesionales de ALCER Granada, siempre dependerá de que haya plaza disponible en la ciudad y centro donde se desplazan, y de la disponibilidad y velocidad de los funcionarios titulares del S.A.S. y de los profesionales habituales de las empresas concertadas que gestionan el protocolo sanitario preciso y expiden los documentos necesarios, o que los plazos para obtener analíticas e informes médicos actualizados no siempre son los mismos en el sistema sanitario. A veces hay “odiseas” y se producen “milagros” y se llega a tiempo, pero otras veces no, por causas totalmente ajenas a ALCER Granada y sus profesionales.

6.7- ÁREA DE COMUNICACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN.

Está formada por la Presidenta y el apoyo esporádico de los técnicos y voluntarios, con diferentes perfiles y dedicación. Las tareas desarrolladas son:

- Comunicación externa: realización de campañas de sensibilización, publicaciones, notas de prensa, presentaciones y discursos para la Presidencia, y supervisión de materiales para la formación. También se diseñan contenidos gráficos para campañas de sensibilización que posteriormente son utilizadas por la asociación. Entrevistas de radio, prensa y televisión.
- Página web: se utiliza para la difusión de las actividades de la entidad, pero debido a la falta de presupuesto para su mantenimiento y personal específicamente contratado para ello es menos utilizada.
- Facebook: se utiliza para la difusión de las actividades de la entidad, de una manera más continua y con más interrelación con los usuarios, ya que es gestionada por voluntarios.
- Blog: se utiliza para la difusión de las actividades de la entidad (hay que intentar que el voluntariado reactive el blog como medio expresión y de intercambio de información).
- Sensibilización: Desarrollo de programas de sensibilización en centros escolares y centros ciudadanos, a través de talleres, jornadas etc., sobre la enfermedad renal, la donación y el trasplante

VII. PROTECCION DE DATOS



ALCER Granada se ciñe a los principios relativos a la Calidad de datos (artículos 4 LOPD y 8 RLOPD).

- Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido.
- Los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos.
- Los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado.
- Si los datos de carácter personal registrados resultaran ser inexactos, en todo o en parte, o incompletos, serán cancelados y sustituidos de oficio por los correspondientes datos rectificadas o completados, sin perjuicio de las facultades que a los afectados reconoce el artículo 16 (derechos de rectificación y cancelación).
- Cuando los datos hubieran sido comunicados previamente, el responsable del fichero o tratamiento deberá notificar al cesionario, en el plazo de diez días, la rectificación o cancelación efectuada, siempre que el cesionario sea conocido. En el plazo de diez días desde la recepción de la notificación, el cesionario que mantuviera el tratamiento de los datos, deberá proceder a la rectificación y cancelación notificada.
- Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados. No serán conservados en forma que permita la identificación del interesado durante un período superior al necesario para los fines en base a los cuales hubieran sido recabados o registrados. Reglamentariamente se determinará el procedimiento por el que, por excepción, atendidos los valores históricos, estadísticos o científicos de acuerdo con la legislación específica, se decida el mantenimiento íntegro de determinados datos.
- También podrán conservarse los datos durante el tiempo en que pueda exigirse algún tipo de responsabilidad derivada de la una relación u obligación jurídica o de la ejecución de un contrato o de la aplicación de medidas precontractuales solicitadas por el interesado. Una vez cumplido este período los datos sólo podrán ser conservados previa disociación de los mismos, sin perjuicio de la obligación de bloqueo prevista en la LOPD y en su reglamento de desarrollo.
- Los datos de carácter personal serán almacenados de forma que permitan el ejercicio del derecho de acceso, salvo que sean legalmente cancelados.
- Se prohíbe la recogida de datos por medios fraudulentos, desleales o ilícitos.'

'Constituye infracción de carácter grave, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 44.3.c) de la LOPD "Tratar datos de carácter personal o usarlos posteriormente con conculcación de los



principios y garantías establecidos en el artículo 4 de la presente Ley y las disposiciones que lo desarrollan, salvo cuando sea constitutivo de infracción muy grave", por su parte "La recogida de datos en forma engañosa o fraudulenta" está tipificada como infracción muy grave en el artículo 44.4.a

VIII. CALIDAD ALCER-GRANADA

- Guía permanente hacia los usuarios
- Compromiso con la mejora continua

USUARIOS: DISTINGUIR ENTRE

USUARIOS finales:

- **Personas con ENFERMEDAD RENAL**
- **Familias**
- **Donantes de órganos**

USUARIOS externos:

- Administraciones públicas
- Donantes
- Empresas
- Medios de comunicación
- Sociedad y opinión pública

USUARIOS internos:

- Personal técnico y de gestión

MEJORA CONTINUA:

El concepto de excelencia o de mejora continua, en el funcionamiento de una organización, se sitúa en un nivel superior al de la eficiencia. Si entendemos por eficiencia la optimización de resultados con los recursos disponibles, la excelencia aporta al proceso eficiente un complemento de dinamismo. Ya no se trata solo de hacerlo mejor, sino de hacerlo permanentemente mejor.

Esta idea de proceso cíclico y permanente de...

P.D.C.A. (planificar -desarrollar - controlar - asegurar / evaluar / corregir) en todos y cada uno de los procesos y actividades de la organización constituye la base del concepto de calidad total.

PLAN DE CALIDAD DE ALCER GRANADA



La organización excelente está comprometida con el ejercicio sistemático de P.D.C.A. y convierte el cambio y la innovación en los ejes principales de su cultura interna porque sitúa su vocación en el entorno que le rodea, en las necesidades cambiantes de sus usuarios y en el imperativo permanente de relación y adaptación a la dinámica externa.

Así, el modelo europeo para la gestión de la calidad total se apoya en la premisa de que "la satisfacción de los clientes o usuarios, de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen a través del liderazgo en la política y estrategia de la organización, en la gestión de su personal, de sus recursos y procesos y llevan finalmente a la excelencia en los resultados de la entidad", que se expresa de forma gráfica así:

LIDERAZGO (10%)
GESTIÓN DEL PERSONAL (9%)
POLÍTICA Y ESTRATEGIA (8%)
RECURSOS (9%)
PROCESOS (14%)
TOTAL AGENTES (50)

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL (9%)
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE/USUARIO (20%)
IMPACTO EN LA SOCIEDAD (6%) RESULTADOS DE
LA EMPRESA (15%)
TOTAL RESULTADOS (50)

La práctica de la mejora continua IMPLICA:

- Identificar procesos críticos
- Describir su contenido e implicaciones
- Estandarizar sus procedimientos
- Establecer los resultados esperados
- Controlar su gestión y responsabilidad
- Definir medidas e indicadores
- Revisar y evaluar sistemáticamente
- Asegurar o introducir la mejora

IX. CONTAR CON LAS PERSONAS/DERECHOS DE LOS USUARIOS

Es un contenido básico desde la perspectiva de atención al usuario en cualquier tipo de servicio e incluye temas como contrato (verbal o escrito) de asistencia, derechos y deberes, procedimientos de queja y reclamación, procesos de atención al usuario, y papel de los



familiares o representantes legales. Todo esto se contempla en la atención al usuario en ALCER Granada

X. LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACION

Hay que acabar con algunas de las cosas que se escuchan habitualmente, como: nadie puede entender lo que significa estar en hemodiálisis; si los amigos supieran mi condición, se alejarían de mí; mi familia espera que yo trabaje duro como antes; siento perplejidad y miedo por el cambio corporal....A veces la discriminación viene de fuera, lo cual es grave, pero más fácil quizás de combatir porque suele proceder del desconocimiento, y así, sólo precisa dar formación e información al que no sabe (como por ejemplo qué es la fístula, para que deje de ser motivo de miradas inquisidoras, etc..). Pero lo peor es cuando la discriminación viene del propio sujeto o su entorno, o lo que es igual, la "auto-discriminación", ya que ahí hay que luchar contra barreras psicológicas más complejas, y sobre todo, trabajar para recuperar una autoestima dañada y una visión de la realidad más objetiva y positiva.

XI. TRABAJO EN EQUIPO

Objetivos:

- * Participación más activa del personal en los procesos de cambio.
- Énfasis en la formación adecuada y continua.
- Prestar máxima atención a los aspectos de relaciones laborales y condiciones de trabajo.
- Identificar y conjugar la diversidad de intereses de los grupos profesionales.
- Apostar por el trabajo en equipo.
- Desarrollar sistemas de reconocimiento y apoyo a la responsabilidad.
- Experimentar nuevos modelos de gestión basados en principios éticos y orientados hacia la mejora de la calidad.

XII. BUENAS PRÁCTICAS

Para identificar los elementos críticos susceptibles de mejora y de buena práctica en la prestación de servicios será preciso comenzar reflexionando acerca de la relevancia de sus resultados en relación a la calidad de vida de sus destinatarios, analizando para ello la calidad de vida a partir de sus dimensiones:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal
- Bienestar físico



- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos

En la medida en que seamos capaces de establecer resultados relevantes del servicio para una o varias de estas dimensiones de calidad de vida, será preciso traducir este impacto esperado en términos de una serie de indicadores significativos que faciliten la evaluación y el aseguramiento posterior de las mejoras introducidas.

A continuación se deberían recoger, con amplitud pero sin vocación de exhaustividad, ejemplos o propuestas de buena práctica que se pueden describir para las distintas áreas:

- Comunicación
- Autocuidado
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales
- Utilización de la comunidad
- Auto-dirección
- Salud y seguridad
- Académicas y funcionales
- Ocio y tiempo libre
- Trabajo

XIII. GESTION DE PROCESOS

En este apartado se incluyen todos los contenidos propios de la gestión de cada contexto concreto de servicio, desde la perspectiva de calidad total que constituye el referente de ALCER Granada, en cada uno de los siguientes aspectos:

- Planificación
- Liderazgo y sistemas de dirección
- Organización y estructura interna
- Gestión de personal
- Formación
- Comunicación



- Recursos
- Roles y funciones
- Equipos y trabajo en equipo
- Control, aseguramiento de procesos y mejora continua.
- Procesos críticos
- Indicadores y seguimiento de gestión
- Evaluación de resultados y de procesos
- Autoevaluación

XIV. AHORRO/OPTIMIZACION DE RECURSOS

* RECICLAJE DE TODO EL MATERIAL DE OFICINA, fungible o no, especialmente el de papel, que se reutiliza siempre.

* Con una buena administración y manejo de los recursos, las organizaciones podrán alcanzar los objetivos y metas que se plantean día a día, todo con el fin de ir incrementando y brindando el mejor de los servicios al público. Cabe hacer mención de que tener una tarea eficiente no sólo implica entregar productos o servicios en tiempo y forma, así como con características de calidad, sino que es necesario que el resultado de los procesos que se realizaron se haya obtenido con un mínimo de recursos.

Optimización

La palabra optimización es utilizada para que una tarea se realice de forma rápida y con el ajustado y preciso gasto de tiempo y materiales. Dicha optimización se realiza con respecto a uno o más recursos.

Recursos

Es todo aquello productivo, necesario para realizar una actividad por ejemplo: mano de obra, equipos y herramientas.

Entonces, podemos definir la optimización de recursos como LA MEJOR FORMA de realizar una actividad con LA UTILIZACIÓN DEL MÍNIMO DE RECURSOS, que tendrá como objetivo tratar y adecuar los recursos disponibles, de forma que se asegure una correcta utilización del recurso al igual que mejorar su eficacia.

Para esto se debe tomar en cuenta una metodología como:

- Determinar los objetivos
- Analizar las necesidades y priorizar
- Definir las actividades



- Definir las herramientas a utilizar

El fin es que en este proceso se obtenga

- El aumento de productividad

- Mejorar el servicio al usuario

- Flexibilidad para adaptar los recursos con respecto al trabajo

- Nivelar la exigencia en las diferentes áreas de servicios

- Reducir costos

La optimización de los recursos tiene que ver principalmente con la eficiencia, es decir que se utilicen los recursos de la mejor manera posible, en el que se espera obtener mayores beneficios con un mínimo de coste. Tanto la eficiencia y la eficacia son muy importante ya que están relacionadas, además de que hacen énfasis en los resultados, objetivos así como la creación de los valores. Por lo tanto, para optimizar recursos no deberá ser únicamente eficiente sino también eficaz

XV. GESTIÓN DE PROGRAMAS

Cuando hablamos de calidad de gestión de programas y proyectos estamos hablando del grado de cumplimiento que este tiene respecto a sus requisitos. En este sentido es importante remarcar que se considera que un proyecto no cumple con los requisitos tanto cuando no llega a conseguir estos como cuando los excede. Así, el gestor de proyectos debe procurar que los esfuerzos se centren en entregar lo solicitado, sin caer en el engaño de querer entregar algo mejor esperando que esto incremente la satisfacción del usuario o el éxito del proyecto.

Estos requisitos pueden ser divididos en dos grupos:

Requisitos del proyecto. Son aquellos requisitos relativos a procesos de trabajo, normativa interna o forma de gestionar el proyecto, que este debe seguir por el hecho de realizarse dentro de una determinada organización. Habitualmente estos requisitos vienen determinados por la propia organización y se usan de forma estándar en todos los proyectos desarrollados dentro de esta, aunque en proyectos grandes, o en proyectos desarrollados entre varias organizaciones, puede ser necesario definirlos durante la fase de planificación. En cualquier caso es responsabilidad de la dirección del proyecto averiguar y cumplir con estos requisitos. Aunque la responsabilidad puede variar dependiendo de la organización, habitualmente estos requisitos son definidos por el departamento de proyectos o el departamento de calidad interna. Por lo que el director del proyecto puede consultar estos departamentos, o mirar proyectos anteriores si falta de una definición más formal.

Requisitos del producto. Son aquellas características que debe cumplir el producto resultante del proyecto, tanto en lo referente a la solicitud del usuario, como en referencia a la normativa aplicable. Cuando hablamos de los requisitos del producto en referencia a la solicitud del usuario estamos hablando de definición del alcance, ya que es imposible satisfacer las



necesidades del mismo si estas no están correctamente definidas. Por tanto la gestión de la calidad empieza por definir correctamente el alcance, sobretodo en relación a dos aspectos:

- ¿Qué características debe cumplir el producto final? Definición de las características que debemos conseguir de una forma cuantificable y medible.
- ¿Cómo se comprobará que este cumple con estas características? Definición del procedimiento y los criterios utilizados para comprobar que estas características se han conseguido, y que como resultado darán la aprobación o rechazo del beneficiario del proyecto.

Tanto en la definición de los requisitos, como en la definición de los criterios de aceptación, es importante eliminar en lo posible la subjetividad, lo que se consigue cuantificando y definiendo procedimientos en la fase de planificación del proyecto.

XVI. COMUNICACIÓN INTERNA

Mantener un equipo de personas enfocado en su trabajo y motivado para crecer requiere de vías de comunicación permanentes.

Con herramientas más tradicionales o más innovadoras, la importancia de la comunicación interna es la misma.

No caigamos en el error de pensar que con sólo transmitir mensajes de arriba hacia abajo, a la manera típica de jefe a subordinado, tendremos resultados en organizaciones dinámicas y cambiantes como las que exigen los tiempos actuales.

Una buena comunicación nunca debe ser sólo unidireccional, ya que perderías uno de los beneficios más importantes del proceso: la respuesta y la interacción.

La comunicación interna puede organizarse en tres tipos, teniendo en cuenta la dirección en que circulan los mensajes. Conocerlos nos permitirá aplicar las herramientas más convenientes para cada uno, y así lograr una auténtica cultura de comunicación en la asociación, que tenga en cuenta todas sus dimensiones.

Considerar cada una de estas formas de comunicación para mantener una interacción positiva con el equipo de trabajo.

1. Comunicación descendente

Se trata de la comunicación formal básica e históricamente más utilizada. Surge desde los directivos de la entidad y desciende a los distintos niveles de la pirámide jerárquica. Su finalidad es informar sobre instrucciones, objetivos o políticas de la entidad. Para este tipo de comunicación, selecciona las herramientas de acuerdo con qué se quiere transmitir y a quiénes va dirigido. Las más típicamente utilizadas en las empresas son:

- Manual del empleado
- Publicación institucional (revista, periódico, newsletter)
- Carta al personal



- Reuniones informativas
- Entrevista
- Cartelera
- Circulares y correos electrónicos grupales

Sin embargo, tener en cuenta que esta comunicación vertical y rígida tiende a quedar obsoleta ante los nuevos medios de comunicación y la cultura interactiva de las nuevas generaciones de trabajadores.

2. Comunicación ascendente

Son los mensajes que circulan de abajo hacia arriba en la entidad; nacen en la base de la organización y llegan a la dirección. Permite a los empleados plantear ideas y sugerencias, así como dar retroalimentación a la comunicación descendente.

Entre las herramientas más utilizadas para alentar este tipo de comunicación figuran:

- Buzón de sugerencias
- Entrevista
- Intranet
- Correo electrónico
- Círculos de calidad
- Reuniones periódicas

3. Comunicación horizontal

Es la que existe entre personas o áreas de la entidad que se encuentran en el mismo nivel jerárquico; básicamente se da entre pares. En esta categoría gran parte de la comunicación suele ser informal, a través relaciones de profesionalidad y compañerismo. Cuando se fomenta desde la entidad, se promueve como pauta de trabajo la colaboración y el trabajo en equipo. Los instrumentos más adecuados son:

- Reuniones por departamentos o grupos de trabajo
- Sesiones informativas
- Correo electrónico
- Redes sociales
- Reuniones con otros departamentos (comunicación horizontal)



En la actualidad, tener en cuenta que muchas de las herramientas mencionadas pueden ser electrónicas, ahorrando costos y generando barreras más difusas entre los tres tipos de comunicación. O una red social puede servir para crear conocimientos en forma colectiva entre jefes y subordinados, o bien para compartir información entre pares.

XVII. COMUNICACIÓN EXTERNA

La comunicación externa se define como el conjunto de operaciones de comunicación destinadas a los públicos externos de una institución, “ask” es decir, tanto al gran público, directamente o a través de los medios de comunicación, como a sus proveedores, socios, a los poderes públicos y administraciones locales y regionales, a otras organizaciones, etc.

En la actualidad, la publicidad ha dejado de ser la única herramienta válida para introducir un mensaje y ha dado paso a una nueva etapa más imaginativa: la comunicación integral.

Pero, ¿cómo podemos implantar con éxito una política de comunicación externa en nuestra entidad?...Son muchas las herramientas que la comunicación pone a nuestra disposición, y que bien utilizadas pueden aportarnos importantes ventajas competitivas adaptándolas a nuestros servicios: el marketing directo, el product placement, el marketing relacional, las RR PP, el patrocinio, Internet, que ha hecho realidad conceptos como interactividad, personalización, etc., y que está creando nuevas oportunidades para las entidades y los profesionales.

Hoy en día la comunicación se ha convertido en una herramienta estratégica dentro de toda institución que quiera estar bien posicionada en la sociedad. Esto no quiere decir que la comunicación sea la clave del éxito, pero sí que forma parte de él, y de hecho a través de ella vamos a acercar a la sociedad la imagen que queremos que se tenga de nuestra institución, lo que nos va a permitir posicionarnos de manera más competitiva.

Evidentemente, la realidad demuestra que posicionar una institución o producto requiere de un análisis previo del mercado para conocer qué es lo que demandan los consumidores y usuarios, seguido del lanzamiento del servicio que mejor satisfaga sus necesidades a través de los canales de distribución más idóneos. Hasta aquí, nada que no lleven a cabo todas las entidades. Por tanto, lo que nos va a dar la posibilidad de diferenciarnos del resto va a ser la comunicación entendida en su sentido más global, pues nos va a aportar un valor añadido.

¿Por qué, si no, en igualdad de características, nos elegirán entre otras asociaciones?... La respuesta es fácil. Sencillamente por la percepción que tenemos de cada marca, percepción que se traduce en imágenes almacenadas en la memoria, y que tienen su origen en las distintas estrategias de comunicación lanzadas por la entidad en los diferentes soportes.

Es importante tener presente que la comunicación no debe estar al margen de las características y objetivos que definen a la institución, sino más bien todo lo contrario: la comunicación corporativa debe ser un reflejo de la estrategia. Resulta obvia, por tanto, la importancia de una buena estrategia de comunicación y la elección de un buen mensaje para que ésta sea efectiva. En todo plan de comunicación hay que tener en cuenta tres aspectos:

La definición de la identidad corporativa. Es decir, lo que es la institución, sus objetivos y principios. De ahí se extraerán los atributos de identidad que hay que proyectar a la sociedad.



La imagen percibida actualmente. Lo que a sociedad percibe hoy en día de la institución.

La imagen ideal de la institución. La imagen que queremos transmitir a los diferentes ámbitos sociales debe responder a un plan estratégico de imagen, en el que deben quedar establecidos los target diferentes a los que dirigir las acciones de comunicación, con una estrategia propia y específica para cada uno de ellos.

El uso de la WEB, FACEBOOK y el BLOG han de ser prioritarios en la imagen externa de ALCER Granada

El plan de comunicación contiene tres grandes áreas:

-La definición de los objetivos de comunicación más adecuados para transformar la imagen actual de la institución en la imagen ideal para cada uno de los públicos.

-La definición de la estrategia de medios y de mensajes que mejor se adapten a la consecución de los objetivos previamente definidos.

-La definición de un calendario de actuación y la evaluación de los costes de las acciones propuestas, así como un instrumento de control para realizar un seguimiento de plan.

XVIII. EXPERIENCIA EN CALIDAD

El órgano gestor de la entidad, concedora de que cada vez es mayor el número de financiadores, sobre todo de administraciones públicas, que solicitan en sus convocatorias de subvenciones la acreditación sobre sistemas de gestión de calidad, decidió, como línea estratégica, fomentar la implementación del sistema de gestión de calidad de la asociación ALCER Granada. Aunque se es consciente de la imposibilidad de liberar personal para que se dedique a ello en exclusiva, se ha decidido crear un grupo en la organización para repartir las cargas de trabajo.

Para iniciar el proceso propone la creación de un grupo de trabajo en el que estén representadas todas las personas de la organización, empleados y voluntarios, para dotarlo de mayor representación. Aunque la participación es voluntaria, el perfil requerido es el de personas con antigüedad en la organización, que conozcan la trayectoria, participativas y con capacidad de resolución.

VALORES INCUESTIONABLES:

- La DIGNIDAD HUMANA, como mínimo necesario para que las personas sean agentes de los procesos de cambio.
- El COMPROMISO de las personas e instituciones para buscar soluciones a situaciones que provocan desigualdades sociales.
- La SOLIDARIDAD, como valor que mueve, organiza, fomenta y apoya nuestra manera de actuar en la sociedad.
- La VOLUNTARIEDAD, tanto en las acciones como en las personas, sin esperar contraprestación alguna.



- La IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, que equipare en situación de justicia social a aquellas personas que no tienen oportunidades de promoción y desarrollo, tanto personal como en otras esferas.

XIX. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Constatar el grado de eficacia y eficiencia del Plan de Calidad, dada las complejidades que encierra, será el punto de partida para poder avanzar con ciertas garantías de éxito. La evaluación del Plan debería centrarse en las siguientes variables:

1. La Filosofía.

El Plan de Calidad en tanto propuesta de acción, encierra un componente filosófico, cargado de valores y principios concretos que guían y orientan su desarrollo, progresos, cambios y necesidades. En última instancia es esa forma de concebir la realidad que justifica e ilumina los procesos de su implementación. Así, es esta filosofía que impregna y da vida a los principios que orientan la acción.

¿Comparten esa filosofía a todos cuantos afecta el Plan de Calidad?

¿Responde a la cultura compartida por los miembros de la organización? ¿Se traduce en nuevas formas de comprender y actuar?

2. Los Objetivos.

El establecimiento de objetivos claros en respuesta a las necesidades identificadas, es no sólo el referente último de la evaluación en términos de resultados sino también el referente claro de los logros que perseguimos.

¿Son los objetivos operativos, claros y coherentes con los metas que se persiguen?..

3. La Calidad.

Hablar de Plan de Calidad y no medir la calidad de éste en términos de eficacia y eficiencia resultaría cuando no incongruente con nuestros planteamientos.

¿En qué medida se satisfacen las necesidades de los destinatarios del Plan?

¿Incluye una evaluación sistemática y rigurosa? ¿Contempla mecanismos de corrección y mejora?

4. El éxito de los procedimientos.

A lo largo del Plan se establecen e identifican diversos procedimientos para la correcta implementación y desarrollo del Plan. El éxito de los procedimientos planteados o, en oposición, su ineficacia para con los logros deseados, requiere de un cuidadoso y exhaustivo seguimiento de cara a valorar la incidencia del mismo en los resultados alcanzados.

5. La Implicación de sus usuarios.



Optar por la provisión de servicios orientados a la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad renal y sus familias a través de la implementación de la calidad total, requiere de una implicación activa de sus proveedores y, por tanto, de un compromiso compartido y generador de cultura de calidad en la organización.

¿En qué medida se identifican y comprometen los miembros de la organización en la cultura de la calidad?..

6. Los Procesos de comunicación

¿Se establecen canales de comunicación ágiles y fluidos que potencien en la estructura organizativa el conocimiento, la información y el sentimiento compartido de cumplir con el compromiso de la misión? ¿Se traduce en valores compartidos, consensuados y legitimados por los miembros de la organización?..

7. Las Estrategias de implementación.

Las estrategias de incentivación, acreditación y apoyo en tanto mecanismos potenciadores y facilitadores de la implantación del proceso de calidad, requiere introducir elementos evaluadores de su adecuación a los contextos.

¿Se da respuesta a las necesidades formativas de los miembros de la organización? ¿En qué medida contribuyen a la mejora de procesos de calidad?

¿Es la divulgación un elemento generador de cultura de calidad? ¿Qué aportan los programas de intercambio a los participantes? ¿En qué medidas las estrategias de incentivación logran los efectos deseados? ¿Qué valor añadido proporciona la acreditación?...

8. La evaluación.

Así, la continua previsión de instrumentos de evaluación tanto de la gestión como de la mejora de la calidad de vida o de las áreas de habilidades adaptativas, por citar algunos, obedece no sólo a la necesidad de conocer nuestros procesos y resultados sino sobre todo a que ello garantiza la continua reflexión e interrogación sobre los mismos. En definitiva, será esa autoevaluación institucional que nos permita certificar y acreditar el cumplimiento de la misión en tanto que se identificarán aquellos aspectos que nos permiten hablar de calidad.

B.2. Evaluación de los efectos del Plan.

La evaluación de los efectos del Plan estaría centrada en:

1. Las personas con enfermedad renal y familias.

Entrevistas personales, cuestionarios de satisfacción de los servicios recibidos, reclamaciones, quejas y sugerencias.

Estaríamos, por tanto, proponiendo una matriz con siete columnas básicas:

- Necesidades percibidas por los usuarios



- Dimensiones de calidad de vida
- Indicadores de las dimensiones de calidad
- Descripción de los procesos (acciones)
- Valoración de necesidades por los usuarios
- Interpretación de resultados (efectos)
- Contexto

No debemos olvidar que otros aspectos tales como el trabajo de los profesionales, los recursos materiales... incidirán en la mejora de la calidad de vida y que deberían incluirse en la dimensión contexto de esta matriz.

2. El Desarrollo del personal y cumplimiento de sus expectativas y necesidades. Debemos conocer en qué medida se potencia su desarrollo y se cumplen sus expectativas y necesidades.

3. La adecuación a los recursos y el clima

Para el desarrollo del Plan se requiere del análisis de su viabilidad en las distintas realidades de nuestras organizaciones no sólo a nivel de recursos económicos e infraestructura sino también humanos y del clima organizacional de las mismas.

En definitiva, la evaluación del Plan de Calidad ALCER Granada estará centrada en los ejes propuestos, y debería dar respuesta a dos cuestiones fundamentales:

- ¿Qué aporta el Plan de cara al cumplimiento de los compromisos de calidad? (Es decir, qué valor posee en sí mismo para dar una respuesta efectiva a la Calidad).
- ¿Qué repercusiones tiene el Plan sobre las dimensiones centrales que constituyen la calidad de vida de las personas con enfermedad renal? (Evaluación del logro de la misión).

Para concluir, se relacionan algunos procedimientos o métodos, tanto cuantitativos como cualitativos, que pueden resultar atractivos en esta evaluación.

- La observación
- Las reuniones de personal
- Los diarios de campo
- El registro de anécdotas
- Las entrevistas
- Los cuestionarios/encuestas
- Los tests.

XX. ANEXO. PREMISAS DE CALIDAD



- Impacto. Se trata de estimar cuál será el nivel de impacto sobre la calidad, de llevarse a cabo.

4 Impacto muy alto

3 Impacto alto

2 Impacto medio

1 Impacto bajo

- Importancia estratégica. Teniendo en cuenta las prioridades marcadas por los objetivos estratégicos, asignar a cada acción un nivel de prioridad coherente.

4 Importancia estratégica muy alta

3 Importancia estratégica alta

2 Importancia estratégica media

1 Importancia estratégica baja

- Asignar prioridad global a cada acción. Para ello, se puede optar por algún tipo de fórmula para calcular la media aritmética; darle diferentes grados de ponderación a cada criterio según su importancia; o simplemente analizar acción a acción las puntuaciones dadas en cada criterio y asignar una global que atienda al siguiente gradiente:

4 Prioridad muy alta

3 Prioridad alta

2 Prioridad media

1 Prioridad baja



PUNTOS A OBSERVAR PARA LA CALIDAD

| PROBLEMA | | ACCIÓN |
|---|---|---|
| La Misión, Visión y Valores no están actualizados. | 1 | Establecer Misión, Visión y Valores que respondan a la realidad de la organización |
| La Junta Directiva no tiene definida sus funciones y responsabilidades como miembro del órgano de dirección. | 2 | Definir las funciones y responsabilidades de la Junta Directiva y de cada uno de sus miembros, y hacerlas públicas |
| Las funciones del personal no están recogidas por escrito, por lo que, cuando hay una nueva incorporación, el equipo debe explicar todo lo relativo a su trabajo. | 3 | Redactar el manual de funciones de la organización, donde se recojan los perfiles de los puestos, funciones y tareas |
| No existe una planificación ni definición de los puestos requeridos, tanto para personal contratado o voluntario. | 4 | Desarrollar la previsión de los puestos de trabajo, ya sean voluntarios o no. Establecer las directrices para la selección de empleados o captación de voluntarios, según proceda |
| Los voluntarios no están motivados y existe un alto índice de rotación. | 5 | Desarrollar procesos de diálogo con los voluntarios para conocer sus necesidades y expectativas. Pensar en acciones de motivación y reconocimiento |

| PROBLEMA | | ACCIÓN |
|--|---|--|
| No se realiza una previsión sobre los programas para presentar a la convocatoria. | 6 | Realizar unas instrucciones técnicas previas a la solicitud en las que se recojan los requisitos de presentación de proyectos |
| Los objetivos de los proyectos y servicios no son reales, se copian y actualizan los del año anterior | 7 | Desarrollar los objetivos de los programas con indicadores que permitan conocer el grado de consecución de los mismos y sirvan para la evaluación del programa |
| Los programas no cuentan con objetivos propios; solamente los tienen los que se utilizan en las subvenciones, que en muchos casos no son reales. | 8 | Establecer objetivos para los programas e incluir además indicadores y el sistema de evaluación |



| | | |
|---|----|--|
| La justificación económica de los proyectos no se adecúa a los requisitos del organismo que subvenciona. | 9 | Durante la ejecución, realizar un seguimiento y supervisión de los proyectos subvencionados de la parte económica y social |
| Existen multitud de bases de datos. | 10 | Nombrar responsables de las bases de datos y unificarlas para no perder la información. Aplicar los criterios de seguridad marcados por ley |
| PROBLEMA | | ACCIÓN |
| No conocemos el número de subvenciones a las que nos vamos a presentar en el año. | 11 | Realizar una base de datos con las subvenciones existentes y planificar objetivos para la financiación de los próximos años |
| No existe un plan de captación de fondos. | 12 | Realizar una base de datos con las subvenciones existentes y planificar objetivos para la financiación de los próximos años |
| En la relación con empresas, algunas de ellas van en contra de nuestra Visión. | 13 | Establecer criterios éticos y transparentes para relación con empresas |
| La mayor parte de la financiación está sujeta a proyectos. | 14 | Realizar un plan de captación de fondos no vinculados a través de captación de socios, venta de servicios, etc |
| La Junta directiva no tiene su trabajo planificado, pero el equipo operativo sí. | 15 | Realizar la planificación operativa para la Junta directiva |
| No están identificados los mecanismos de análisis de necesidades y expectativas de las partes interesadas, ni está definido ni implementado el ciclo de relación. | 16 | Definir el ciclo de relación con las partes interesadas e implementarlo |
| No existe comunicación entre los distintos departamentos de los servicios de la entidad | 17 | Crear grupos de trabajo transversales relacionados con las líneas de intervención que sirvan para unificar criterios de intervención y actuación en todos los servicios de ALCER |