

CARTA DE SERVICIOS NUESTRA SEÑORA DEL VALLE

DATOS DE CARÁCTER GENERAL: IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN

DENOMINACIÓN: **CENTRO NUESTRA SEÑORA DEL VALLE**

SERVICIO: **CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

DIRECCIÓN: **CARRETERA DE NOGAREJAS S/N; 24750 LA BAÑEZA**

TELEFONOS: **987 644006; FAX: 987 643175**

CORREO ELECTRÓNICO: **centro.nsvale@dipuleon.es**

DIRECCIÓN DE INTERNET: **www.dipuleon.es**

HORARIOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO:

El Centro presta servicios 24 horas al día, los 365 días del año.

Horario de visitas: De 10 a 13:30, y de 15:00h. a 20:00h., todos los días de la semana.

Horario de información: De Lunes a Viernes, de 08:00h. a 15:00h.

PLANO DE UBICACIÓN:



DATOS DE CARÁCTER FUNCIONAL (I)

FUNCIONES Y COMPETENCIAS:

MISIÓN

NUESTRA SEÑORA DEL VALLE es un Centro Público que tiene por objeto proporcionar una atención integral a los usuarios del Centro, personas con discapacidad intelectual grave, que por su condición personal requieren de apoyos extensos o generalizados en la mayoría de las áreas de la vida diaria para llevar a cabo una vida lo más normalizada y autónoma posible, fomentando una mejora continua en su calidad de vida, desde un proyecto de desarrollo y vida personal.

Todo ello:

- Proporcionando servicios de residencia, sanitarios, ocupacionales y de habilitación de capacidades.
- Atendiendo en todas sus actuaciones a criterios de calidad de vida, respetando y fomentando la autodeterminación de sus usuarios.
- Siendo un Centro abierto a la sociedad, que fomenta la integración de los residentes, en consonancia con el contexto social actual.

DATOS DE CARÁCTER FUNCIONAL (II)

SERVICIOS QUE PRESTA:

El Centro presta servicios de residencia permanente a todos los usuarios con plaza y dispone de un Programa de respiro familiar durante los meses de Julio y Septiembre para personas que no disponen de otro recurso comunitario de atención. Dichos servicios se prestan desde:

Área de Atención Integral

El proceso de atención integral comprende tres grandes áreas de proceso: la gestión asistencial, la gestión habilitadora y la gestión ocupacional.

La *gestión asistencial* proporciona a los residentes la atención integral necesaria, siguiendo el Programa de Atención Individual y su desarrollo específico con el fin de mejorar la calidad de vida del residente en su unidad de convivencia.

La *gestión habilitadora* procura el desarrollo de habilidades en el residente con el fin de lograr la máxima independencia y mejorar su calidad de vida, a través de los subprocesos Desarrollo Psíquico, Sanitario, Motriz y Social.

La *gestión ocupacional* trata de mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad, adaptando el entorno y las actividades de ocio, productivas y de trabajo en la vida diaria de los residentes, con el fin de lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

Cada usuario es sometido a una valoración del Equipo Interdisciplinar que determina el Programa de Atención individual (P.A.I.), instrumento habilitador principal, donde se evalúa la capacidad, estado e intereses de los residentes, así como las actividades habilitadoras en las que puede participar.

Con una periodicidad anual, se revisa el P.A.I. y los apoyos derivados de éste, con la finalidad de determinar los progresos conseguidos y las modificaciones a practicar.

Las familias o tutores de los usuarios tienen conocimiento y colaboran, en la medida de lo posible, en la elaboración y seguimiento de estos programas, así como de las actividades básicas de atención que se desarrollan en el Centro.

Área de Servicios Generales

Corresponde a este área las funciones que se derivan de las actividades encomendadas a las unidades de ella dependientes: Cocina, limpieza, mantenimiento, Lavandería, transporte interno y externo y recepción y comunicaciones telefónicas.

Área de Administración

Para la conservación y actualización de los Expedientes Administrativos de los residentes, la tramitación administrativa de los recursos humanos y materiales y la gestión de los recursos económicos y del presupuesto asignado al Centro.

RELACIÓN NORMATIVA PRINCIPAL:

- Orden de 21 de julio de 1993 de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos mínimos y específicos de los centros de minusválidos para su apertura y funcionamiento
- Real decreto 49/2005, de 23 de Junio, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- LEY 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- Decreto 217/2001, de 30 de agosto, Reglamento de accesibilidad y supresión de barreras.
- Reglamento de Régimen Interno del Centro Nuestra Señora del Valle.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

DERECHOS CONCRETOS EN RELACIÓN CON SERVICIOS PRESTADOS:

Además de los derechos reconocidos en El artículo 35 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, los usuarios del Centro y sus representante tienen los siguientes derechos

Derechos de los padres

Los padres y/o representantes tendrán derecho a:

- a) Ser informados debidamente, cuando lo soliciten, sobre la situación del usuario
- b) Ser informados periódicamente de los Programas de Atención Individualizada (PAI) referidos a sus familiares.
- c) La asistencia y participación en las reuniones que periódicamente se organizan en el Centro en relación con la problemática que padecen los usuarios y a la atención que reciben en el Centro.
- d) Estar informados en los casos en que el tratamiento médico suponga algún riesgo para el asistido.
- e) Elevar las propuestas relativas para las mejoras de los servicios tanto al Equipo Interdisciplinar como a la Dirección del Centro, utilizando los canales establecidos.
- f) Manifestar sus quejas relacionadas con el Centro a través de su Dirección o de otros canales establecidos.

Derechos de los usuarios

Los usuarios en tal condición tendrán los derechos siguientes:

- a) A la asignación de una plaza en un grupo designado por el equipo interdisciplinar, sin que dicha plaza tenga la condición de inamovible.
- b) A ser atendido con el máximo respeto, con corrección y comprensión, de forma individual y personalizada y a ser educados en un ambiente de comprensión, tolerancia, respeto, solidaridad y convivencia democrática.
- c) A disfrutar de los servicios y prestaciones establecidas para la atención a los usuarios en el ámbito del Centro, en las condiciones que se determinen reglamentariamente y de acuerdo con las necesidades de cada persona, con el fin de alcanzar una óptima calidad de vida.
- d) A utilizar libre y responsablemente las dependencias comunes del Centro, mobiliario, material, útiles y programaciones con las debidas garantías de calidad e higiene y con la supervisión del personal del Centro, cuando sea necesario.
- e) A la confidencialidad de todos aquellos datos personales que como consecuencia de su ingreso estén a disposición del Centro o de sus trabajadores.
- f) A recibir visitas de familiares y amigos en los lugares y horarios establecidos.
- g) A la asistencia médica y psicológica y a las terapias y tratamiento establecidos por los profesionales competentes.

INICIATIVAS Y RECLAMACIONES:

Además de la posibilidad de hacerlo de forma presencial en el Centro, todas las iniciativas y reclamaciones que se deseen presentar se podrán hacer a través de los canales contemplados en el Sistema de Gestión de la Calidad del Centro: Buzón de sugerencias, Hojas de No conformidad, etc.

Por otra parte, existen hojas de reclamaciones específicas, según lo contemplado en la Autorización de Funcionamiento de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

COMPROMISOS CON LOS CIUDADANOS (I)

COMPROMISOS DE CALIDAD:

PLAZOS DE RESOLUCIÓN Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS TIEMPOS MÁXIMOS DE RESPUESTA O ESPERA VOLUMEN GESTIÓN PERSONAS ATENDIDAS O SATISFECHAS, ETC.

- Mantener un índice de ocupación en torno al 100%, y atender las demandas de la sociedad para el Programa de respiro familiar, siempre que haya plazas vacantes.
- Atención integral a todos los usuarios del Centro las 24 horas del día, todos los días del año, respetando la individualidad, la intimidad y la autodeterminación de los mismos, favoreciendo su integración con actuaciones de concienciación social.
- Elaboración de un Programa de Atención Individualizada (PAI) para cada uno de los residentes, desde el tercer mes de ingreso en el Centro, y revisión anual de todos y cada uno de los PAI. con el fin de mejorar la Calidad de Vida de los residentes.
- Encuestas periódicas a los residentes, familias y otros grupos de interés (personal, proveedores, etc.), poniendo en marcha las acciones de mejora correspondientes, en función de los resultados.
- Implicación de las familias en la vida del Centro, a través de la participación vía encuestas y en la elaboración del PAI de su familiar / tutelado.
- Boletín Informativo a las familias con una periodicidad anual, sobre la situación y evolución de los usuarios.
- Gestión de todas las sugerencias y reclamaciones, sobre las que se tengan competencias, presentadas desde cualquier grupo de interés, en un plazo máximo de 7 días.
- Innovación en los métodos y recursos, con la introducción de nuevas técnicas de trabajo.
- Respeto al Medio Ambiente y uso racional de consumos energéticos.(Placas solares, Recogida selectiva de basuras y residuos sanitarios, etc.)
- Garantizar la participación de los usuarios en todos los programas de salud comunitarios, y que les sean de aplicación.

INDICADORES:

- Número de nuevas técnicas de tratamiento incorporadas anualmente.
- Grado de cumplimiento en la elaboración y revisión de los PAI.
- Nº de usuarios que participan anualmente en al menos 5 actividades comunitarias.
- Grado de satisfacción de los grupos de interés.
- Familias/tutores que participan en el PAI aportando sugerencias.
- Porcentaje de cumplimientos de los compromisos propuestos.

PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES Y EN LA MEJORA DE LOS SERVICIOS:

- Periódicamente se pasan encuestas de satisfacción entre todos los grupos de interés del Centro (Usuarios, Familias, Personal, Proveedores, Administración, etc.)
- Participación de las familias en la elaboración del PAI.

INICIATIVAS Y ASEGURAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD:

- El Centro está dotado de un **Sistema de Gestión de la Calidad**, con la implantación del Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), contando en la actualidad con un Sello de Calidad (Certificación **400 +**).
- **Gestión del Centro por procesos**, desarrollo de protocolos y pautas de actuación para todas las áreas.
- Despliegue progresivo de **Equipos de Mejora**.
- **Autoevaluación** periódica mediante herramientas del modelo EFQM, así como realización de **Auditorías Internas** del Plan de Calidad.
- Elaboración, ejecución y seguimiento del **Plan Estratégico**.
- Incorporación de **Indicadores de Calidad** como referentes para la Mejora Continua e incremento de la **Calidad de Vida** de nuestros residentes.
- **Cuadro de Mando Integral**, o conjunto equilibrado de indicadores, para la medición, evaluación y corrección de la estrategia.

ÓRGANO RESPONSABLE DE LA CARTA

Servicio de Centros de Atención especializada
Complejo San Cayetano, Carretera de Carbajal s/n –
24008 LEÓN.

ENTRADA EN VIGOR

La presente Carta de Servicios entrará en vigor, una vez sea aprobada por Resolución de la Presidencia, al día siguiente de la publicación en el Boletín Oficial de la Provincia.

Anualmente se revisarán los compromisos de calidad contenidos en la misma comprobando si siguen siendo adecuados, procediéndose a su actualización o modificación en el caso de que así se decida.