



Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de  
Enfermería

Plan de mejora de la calidad percibida de  
los cuidados en residencias de mayores  
del Área de Gestión Sanitaria Sur de  
Córdoba

Trabajo fin de estudio presentado por:	Inmaculada Cañete Muñoz
Ciudad:	Lucena. Córdoba
Director/a:	Dr. Jesús Mateos Del Nozal
Fecha:	12 febrero 2025

## Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una manera u otra, han contribuido a la realización de este trabajo de fin de máster.

En primer lugar, a mi familia, cuyo apoyo incondicional ha sido fundamental a lo largo de todo este proceso. Gracias por su paciencia, comprensión y por siempre estar a mi lado, impulsándome y brindándome el aliento necesario en los momentos más desafiantes. Su amor y ánimo han sido mi mayor fuente de fortaleza y me han dado la energía necesaria para superar los momentos más difíciles. A mis padres, quienes siempre han confiado en mí y en mis capacidades, por su cariño constante y por su presencia incondicional en cada paso de mi recorrido.

Quisiera también expresar mi más profundo agradecimiento a mi mentora, Itxaso Maseda, por acompañarme en todo momento, brindándome soporte, confianza y seguridad. Su presencia constante ha sido crucial para que pudiera avanzar con determinación y claridad. Su visión y compromiso han sido esenciales para mi desarrollo académico, y sus valiosos consejos me han permitido mejorar tanto en el aspecto profesional como personal.

A mi tutor, Jesús Mateos del Nozal, por su dedicación y atención a cada detalle de este trabajo, por sus acertados comentarios y aportaciones, siempre útiles para mejorar la calidad y el enfoque de este proyecto. Su disposición para ayudarme en todo momento y su capacidad para guiarme con rigor académico y paciencia han hecho que este TFM haya podido alcanzar el nivel académico requerido.

A los profesores y tutores del programa de máster, cuya enseñanza y conocimiento me han enriquecido enormemente a lo largo de este tiempo. A cada uno de ellos, por compartir su experiencia y por ayudarme a desarrollar una visión más profunda de la gestión sanitaria. Todos han contribuido de manera significativa a mi crecimiento profesional y personal, inculcándome una mentalidad investigadora, orientada a la excelencia y preparándome para nuevos retos.

Quiero agradecer también a mis compañeros de máster, quienes han sido una fuente constante de apoyo y motivación. Gracias por compartir experiencias, conocimientos y por los momentos de colaboración que han enriquecido este aprendizaje. El trabajo en equipo y las discusiones compartidas me han permitido ampliar mi perspectiva y seguir creciendo profesionalmente. Estoy agradecida por su compañía y por los recuerdos que hemos creado juntos a lo largo de este tiempo.

## Resumen

Proyecto de mejora de la calidad percibida de los cuidados en las residencias de mayores del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba (AGSSC), llevado a cabo por la autora de este TFM. Se observan problemas de variabilidad, duplicidad y accesibilidad, en cuanto a la valoración de los cuidados, los protocolos y los cuestionarios de satisfacción, que dificultan la calidad de los cuidados y la satisfacción de los residentes y sus familiares.

El objetivo de este proyecto es elevar la satisfacción de los usuarios con respecto a la atención recibida a través de la capacitación del personal en la Atención Centrada en la Persona, el uso de cuestionarios unificados y validados, y la implementación de un sistema de cuidados y de registros unificado, en un plazo de 18 meses.

La metodología empleada incluyó un análisis de las causas, la planificación de las acciones de mejora, la definición de indicadores de evaluación y la planificación estructurada de acciones. Se prioriza la introducción de encuestas para recoger las preferencias de los residentes, la creación de programas de atención adaptados a sus necesidades, el desarrollo de protocolos de comunicación, la implementación de reuniones con familiares y residentes y el diseño de un programa de formación continua.

Entre los resultados esperados se destaca el incremento de la personalización de los cuidados, la profesionalización del personal, la mejora de la transparencia y la participación en la toma de decisiones. Aunque nos enfrentamos a limitaciones como la resistencia al cambio y la brecha tecnológica, se han implementado estrategias efectivas para superarlas.

### **Palabras clave:**

- Atención centrada en la persona
- Calidad percibida
- Residencias de mayores
- Satisfacción del residente
- Personalización de cuidados

## Abstract

Quality improvement project for perceived care in nursing homes of the Southern Córdoba Health Management Area (AGSSC), carried out by the author of this Master's Final Project.

Problems of variability, duplication, and accessibility are observed regarding care assessment, protocols, and satisfaction questionnaires, which hinder the quality of care and the satisfaction of residents and their families.

The objective of this project is to enhance user satisfaction regarding the care received through staff training in Person-Centered Care, the use of unified and validated questionnaires, and the implementation of a unified care and record-keeping system, within a period of 18 months.

The methodology employed included an analysis of causes, planning of improvement actions, definition of evaluation indicators, and structured action planning. Priority is given to introducing surveys to gather residents' preferences, creating care programs tailored to their needs, developing communication protocols, implementing meetings with families and residents, and designing a continuous training program.

Expected results include increased personalization of care, professionalization of staff, improved transparency, and participation in decision-making. Although challenges such as resistance to change and the digital divide are present, effective strategies have been implemented to overcome them.

### **Keywords:**

- Person-centered care
- Perceived quality
- Nursing homes
- Resident satisfaction
- Care personalization

## Índice de contenidos

<b>1. Introducción .....</b>	<b>10</b>
1.1. Marco teórico.....	11
1.1.1. Residencias.....	11
1.1.2. Atención Centrada en la Persona (ACP).....	12
1.1.3. Calidad percibida y satisfacción. ....	13
1.2. Oportunidad de mejora .....	17
1.3. Justificación.....	20
<b>2. Análisis de las causas .....</b>	<b>21</b>
2.1. Análisis del contexto .....	21
2.1.1. Descripción del Área de Gestión Sanitaria.....	21
2.1.2. Descripción del Distrito Sanitario.....	22
2.1.3. Descripción las Residencias de Mayores.....	24
2.2. Análisis de las causas .....	28
2.2.1. Factores relacionados contribuyentes:.....	28
2.2.2. Análisis DAFO .....	34
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>35</b>
3.1. Objetivo general.....	35
3.2. Objetivos específicos .....	35
<b>4. Planificación de acciones de mejora .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Implantación de acciones correctivas .....</b>	<b>44</b>
<b>6. Medición de resultados y monitorización .....</b>	<b>51</b>

<i>7. Conclusiones.....</i>	<i>54</i>
<i>8. Bibliografía.....</i>	<i>56</i>
<i>9. Currículum vitae .....</i>	<i>61</i>

## Índice de figuras

<i>Figura 1. Residencias que realizan encuestas de satisfacción. ....</i>	<i>17</i>
<i>Figura 2. Periodicidad de las encuestas.. ....</i>	<i>18</i>
<i>Figura 3. Análisis de las encuestas por las residencias.....</i>	<i>18</i>
<i>Figura 4. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Fuente: Web AGSSC .....</i>	<i>21</i>
<i>Figura 5. Distrito Sanitario Córdoba Sur. Fuente: Web AGSSC. ....</i>	<i>22</i>
<i>Figura 6. Titularidad de los centros.. ....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 7. Financiación de los centros.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 8: Diagrama causa-efecto. ....</i>	<i>33</i>



## Índice de tablas

Tabla 1: Distribución residencias EGC-RM 1. ....	26
Tabla 2: Distribución residencias EGC-RM 2. ....	26
Tabla 3: Distribución residencias EGC-RM 3 ....	27
Tabla 4: Distribución residencias EGC-RM 4. ....	27
Tabla 5. DAFO. ....	34
Tabla 6. CAME.....	37
Tabla 7. Matriz de verificación acciones de mejora. ....	38
Tabla 8. Matriz de priorización de problemas (Método Hanlon).....	40
Tabla 9. Matriz priorización acciones de mejora (Método Hanlon).....	42
TABLA 9. Análisis de campos de fuerza.. ....	44
TABLA 10. Indicador 1.....	51
TABLA 10. Indicador 2.....	52
TABLA 11. Indicador 3.....	52
TABLA 12. Indicador 4.....	52
TABLA 13. Indicador 5.....	53
TABLA 14. Indicador 6. ....	51

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se presenta como un fenómeno natural y multifacético, donde las personas mayores pueden experimentar un deterioro de la capacidad intrínseca y funcional. Esto puede incluir una serie de necesidades de salud crónicas y complejas, lo que hace que la atención a estas personas deba ser integral y personalizada. En este contexto, el envejecimiento saludable implica optimizar las trayectorias de capacidad de la persona mayor, compensando las pérdidas a través de cuidados y apoyos adecuados que permitan mantener su bienestar y calidad de vida. Según el Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud se define el “Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. La capacidad funcional se refiere a los atributos de salud que permiten a una persona ser y realizar las actividades que son significativas para ella. Esta capacidad está compuesta por la habilidad intrínseca del individuo, las características del entorno que influyen en dicha habilidad y las interacciones entre la persona y esas características del entorno. <sup>1, 2</sup>

En España el envejecimiento de la población está en constante aumento, actualmente alrededor del **20,1%** de los españoles tiene más de 65 años y se prevé que alcance un máximo del 30,5% en torno a 2055. <sup>3</sup> El 79% de las personas que viven en residencias de mayores son de 80 años o más cuya edad media en conjunto ha pasado de 85 a 86 años frente al 31% de las personas de la misma edad que viven en domicilio. <sup>4</sup>

Este fenómeno plantea para un país diversos retos médicos y sociales, ya que la longevidad se asocia frecuentemente con múltiples enfermedades, así como con un deterioro físico y mental que afecta la calidad de vida en la vejez y dificulta la independencia de los adultos mayores. <sup>1</sup> Por lo tanto, estas personas van a tener mayor necesidad de servicios de salud, cuidados más especializados y a largo plazo, lo que hace que aumente la carga del Sistema Nacional de Salud. Es esencial que tanto el sistema sanitario como el modelo de atención geriátrica se adapten para satisfacer adecuadamente las necesidades de esta creciente población. <sup>3, 5</sup>

## 1.1. MARCO TEÓRICO

### 1.1.1. Residencias.

Ante esta situación se pone de relieve la importancia de implementar los servicios para las personas mayores, en concreto para las personas mayores en estado de dependencia, las cuales precisan una atención especial. Las residencias de mayores han sido una de las respuestas institucionales para dicha problemática.<sup>6</sup>

Las residencias de mayores forman parte de los modelos de atención a las personas mayores según el último informe en 2021 de “ Modelos de atención residencial para personas mayores: principios y prácticas” de la OMS, subrayando como principios fundamentales que deben guiar la atención en residencias, la dignidad, el respeto, la autonomía, la privacidad, la inclusión social, la atención personalizada, el entorno hogareño, la participación familiar y la importancia de contar con personal capacitado y suficiente. Este informe ofrece una perspectiva global e identifica tres modelos principales de atención residencial para personas mayores: el modelo institucional tradicional, caracterizado por centros de gran tamaño y atención estandarizada; el modelo hogar, compuesto por unidades pequeñas que simulan un ambiente hogareño; y el modelo de atención centrado en la persona, que prioriza las preferencias individuales del residente. No existe un modelo único ideal, sino que cada país debe adaptar estos principios a su contexto cultural y socioeconómico, sin embargo, la tendencia global apunta a modelos más humanizados que promueven la autonomía y calidad de vida de los residentes.<sup>7</sup>

En España como respuesta a esta necesidad de atención a las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia por su vulnerabilidad, necesidad de cuidados para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con objeto de alcanzar una mayor integración y poder ejercer plenamente sus derechos, se desarrolla en España la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.<sup>8</sup>

En este contexto las residencias de mayores entran a formar parte del catálogo de prestaciones de servicios sociales y mediante esta ley se establecen los principios y normativas que deben seguir estos centros tanto públicos, privado o concertados. El servicio asistencial que ofrecen estos centros se adapta al nivel de atención necesario ofreciendo un entorno apropiado tanto para estancias prolongadas como temporales. Desde un enfoque integral aborda las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los residentes.

Esta ley se modificó en 2022 a través Anteproyecto para adaptarse al contexto del informe de la OMS introduciendo medidas acordes a las circunstancias, preferencias y voluntad, para poder prestar una atención personalizada y centrada en la persona.<sup>9</sup>

Las intervenciones que se llevan a cabo en estos centros buscan mantener la capacidad funcional, implementar programas e intervenciones de atención centrados en la persona, la coordinación de la atención, la formación de los cuidadores y la combinación de intervenciones como la actividad física y el asesoramiento nutricional.<sup>10</sup>

#### 1.1.2. Atención Centrada en la Persona (ACP).

La atención centrada en la persona (ACP) es un modelo que desde la profesionalidad y el conocimiento permite planificar los cuidados, en los que la persona tiene un papel central y activo. Prioriza la calidad de vida de las personas mayores que requieren cuidados, garantizando sus derechos y teniendo en cuenta sus preferencias, ayudándoles a mantener el control de su vida.<sup>11</sup> Este enfoque no solo mejora la calidad de los servicios y orienta las buenas prácticas de los profesionales, sino que también aumenta la calidad de los cuidados y por tanto la satisfacción de los usuarios.

A diferencia de los enfoques tradicionales que se basan en procedimientos uniformes y clasificaciones de enfermedades, la ACP se enfoca en conocer a la persona en su totalidad, para empoderarla y guiarla en su vida cotidiana. Este enfoque requiere un alto nivel de sensibilidad y compromiso, promoviendo un cambio en las prácticas asistenciales hacia una atención más humana y personalizada.<sup>12</sup> Este modelo mejora la calidad de vida a la vez que aumenta la satisfacción tanto de los residentes como del personal que los atienden. Personalizar las rutinas y adaptar el entorno son componentes clave del ACP, lo que refuerza su efectividad y la necesidad de su adopción en cuidados a largo plazo.<sup>13</sup>

Según el último informe de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología sobre envejecimiento “La meta no es solo vivir más años, sino hacerlo con salud y bienestar” Cuando las personas pierden autonomía y aumenta su dependencia necesitan cuidados más complejos cuya alternativa son las residencias donde la necesidad de un cambio de modelo enfocado en una atención integral centrada en la persona.<sup>14</sup> Este enfoque permite priorizar los servicios de atención no solo en los aspectos de cuidados, sino que también considera el bienestar emocional y social, promoviendo un enfoque integral que mejora la calidad de vida de los residentes.<sup>15</sup>

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un modelo que busca adaptar los servicios de atención a las particularidades y necesidades individuales de los adultos mayores. A diferencia de los enfoques tradicionales que se basan en procedimientos uniformes y clasificaciones de enfermedades, la ACP se enfoca en conocer a la persona en su totalidad, para empoderarla y guiarla en su vida cotidiana. Este enfoque requiere un alto nivel de sensibilidad y compromiso, promoviendo un cambio en las prácticas asistenciales hacia una atención más humana y personalizada.<sup>16</sup> Este modelo no solo mejora la calidad de vida, sino que también aumenta la satisfacción tanto de los residentes como del personal que los atienden. Personalizar las rutinas y adaptar el entorno son componentes clave del ACP, lo que refuerza su efectividad y la necesidad de su adopción en cuidados a largo plazo.<sup>2</sup>

Una intervención integral de continuidad de atención que abarque aspectos físicos, emocionales y sociales, tiene un impacto positivo en la satisfacción de las personas mayores frágiles en relación con su capacidad funcional, salud psicológica y situación financiera.<sup>17</sup>

### 1.1.3. Calidad percibida y satisfacción.

La calidad de la atención en residencias de mayores suele evaluarse desde criterios institucionales, lo que excluye las percepciones de los propios residentes. Rodríguez-Martín et al. (2013) llevaron a cabo un estudio para conocer como los residentes de residencias públicas de España perciben la calidad de la atención. Analizaron esta perspectiva mediante entrevistas en profundidad, revelando que los residentes valoran tanto las competencias emocionales y técnicas de los cuidadores como los aspectos institucionales, entre ellos el acceso constante a servicios de salud y la estabilidad del personal. Estas dimensiones fueron

identificadas como esenciales para la satisfacción y bienestar de los residentes, ofreciendo una base sólida para mejorar los estándares de atención.<sup>18</sup>

La percepción de la calidad de la atención y la satisfacción del paciente son conceptos estrechamente vinculados. Esta satisfacción es un constructo complejo que está influenciado por una variedad de factores, incluyendo la calidad de la comunicación con los proveedores de atención, la capacidad de respuesta del personal, y la adecuación del entorno físico en el que se brinda la atención. Comprender los puntos de vista tanto de los residentes como de sus representantes será útil para evaluar y mejorar la calidad de la atención brindada, la percepción de la calidad de la atención y la satisfacción del residente.<sup>19</sup>

Estudios recientes sobre la relación entre la calidad de atención en residencias y la satisfacción de los residentes subrayan la importancia de utilizar indicadores de satisfacción estandarizados. Estos indicadores no solo facilitan la evaluación de los cuidados, sino que también fomentan su mejora continua. En este contexto, se consideran herramientas esenciales para evaluar y optimizar la calidad de la atención en centros de atención a largo plazo.<sup>20</sup>

Hay que tener presente que la satisfacción de los residentes en cuidados de larga duración es un indicador esencial de la calidad de la atención recibida y un determinante crucial del bienestar de las personas mayores en residencias.

Tras un análisis llevado a cabo sobre la calidad asistencial en la atención prestada a los mayores en centros residenciales, se llegó a la conclusión de que los indicadores de calidad en las residencias están por debajo de los niveles adecuados y las estrategias de mejora identificadas se relacionaron con los profesionales sanitarios, como aumentar el número de enfermeras y mejorar su formación geriátrica. Según Guerra-Martín et al. (2020) es necesario implementar medidas para mejorar la calidad asistencial en estos centros.<sup>21</sup>

La calidad clínica en el entorno de atención en residencias de mayores es la evaluación subjetiva que realizan los pacientes y sus familias sobre los servicios de salud que reciben. Está centrada en la experiencia del paciente y la percepción personal de factores como: accesibilidad, competencia profesional, comodidad de las instalaciones, disponibilidad de

equipamiento, empatía, calidad de la información recibida, opciones de elección, capacidad de respuesta y continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales.

Generalmente la satisfacción se mide a través de encuestas, entrevistas y análisis de quejas y reclamaciones, estos métodos permiten captar detalles sobre la satisfacción y expectativas de los usuarios.<sup>22</sup>

Se han utilizado métodos como el Servperf para evaluar la calidad de un servicio, analizado elementos tangibles como: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, para obtener información integral y precisa sobre la percepción del servicio recibido.<sup>23</sup>

También se han construido y validado escalas como la Escala de Satisfacción y Calidad de Vida percibida Fundación SAR (SyCV-FSAR) para centros residenciales y sociosanitarios, considerándola una herramienta fiable, sencilla y de rápida aplicación, que recoge la percepción de los usuarios sobre los aspectos claves de la calidad de vida.<sup>24</sup>

Existen una gran variedad de medidas de satisfacción de los residentes y en todas ellas se tienen en cuenta 5 dominios principalmente: psicológico, clínico, social, ambiental y espiritual. Aunque la competencia técnica es un aspecto fundamental del servicio de atención sanitaria, encontramos que la autonomía, el entorno, las actividades significativas y la calidad interpersonal de los profesionales son los predictores más importantes de la satisfacción del residente.<sup>25</sup>

Rodríguez Martín et al. (2011) hicieron una revisión de cuestionarios tanto en español como en otros idiomas llegando a la conclusión de estos no abarcan todos los servicios relacionados con las personas mayores ya que suelen emplear escalas prediseñadas en relación a la calidad de vida, relaciones familiares y expectativas, sin tener en cuenta la opinión de los propios residentes sobre servicios que reciben. En estos cuestionarios no se reflejan ni la fuente de las preguntas ni si se ha consultado algún panel de expertos para evaluar la calidad de estos.<sup>26</sup>

A pesar de la dificultad de las encuestas existe una clara relación la satisfacción de los residentes evalúa la experiencia diaria y el bienestar percibido. De esta manera se puede lograr una evaluación más integral de la calidad en los centros de mayores.<sup>27</sup>

La relación entre las encuestas de satisfacción y la calidad clínica de la atención representan aspectos complementarios y esenciales para evaluar el cuidado en estos centros. Existen aspectos como las relaciones entre el personal y los residentes, así como la habilidad técnica y el conocimiento del personal, que han sido medidos a través de modelos de optimización de la satisfacción de los residentes. Existen estudios que sugieren que debe haber una alineación entre las prioridades de los residentes y los objetivos institucionales, lo cual es clave para mejorar la calidad de vida en estos entornos. <sup>16</sup>

Según un estudio realizado utilizando un enfoque cualitativo, basado en entrevistas en profundidad, para conocer la percepción de la calidad de la atención en las residencias públicas de España desde el punto de vista de los residentes, revela que los residentes valoran más los aspectos humanos del cuidado que los técnicos. Sin embargo, los familiares otorgan más importancia a la formación del personal y la atención especializada en geriatría. Incorporar estas dos perspectivas en la evaluación de la calidad mejorará la personalización de los cuidados y la satisfacción de los usuarios, contribuyendo de esta forma a la mejora de la calidad de la atención en estos centros. <sup>18</sup>

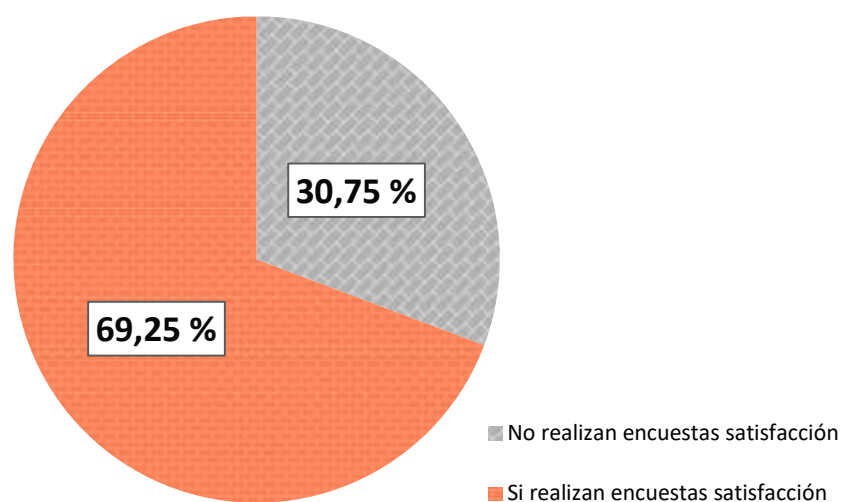
La calidad de los cuidados debe orientarse a satisfacer las necesidades y expectativas de los residentes a través de prácticas de excelencia, eficiencia y mejora continua para garantizar que estas sean de alta calidad, en concordancia con el Modelo EFQM. Conocer el punto de vista de los residentes y orientar los cuidados hacia sus necesidades permitirá lograr una gestión de calidad en la atención brindada. <sup>28</sup>



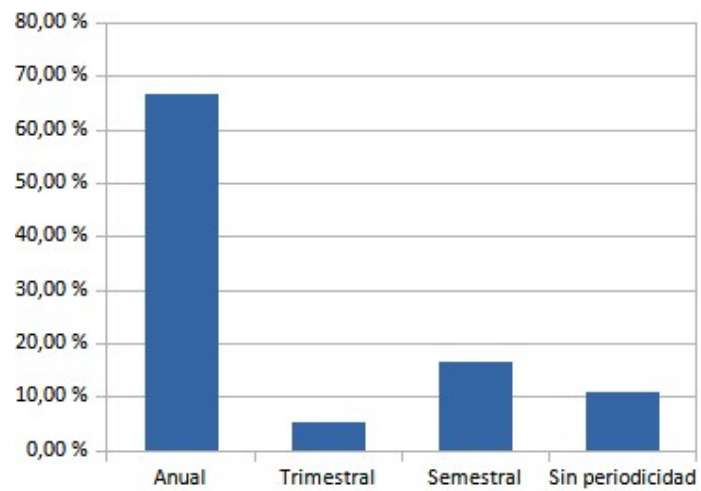
## 1.2. OPORTUNIDAD DE MEJORA

Para obtener información de las residencias de nuestra área, cada Enfermera Gestora de Casos de Residencias de mayores (EGC-RM) se ha encargado de recopilar directamente la información de su zona de referencia. La información solicitada ha sido acerca de estos puntos concretos: valoraciones de los cuidados, protocolos y cuestionarios de satisfacción. Para ello se han revisado los sistemas de registro, fuentes de datos de los centros y análisis de las encuestas de satisfacción de las residencias.

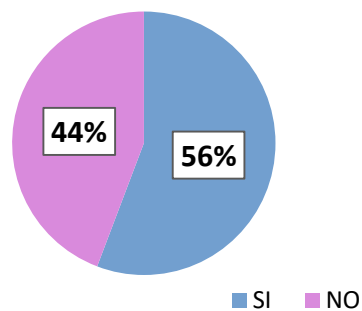
En la puesta en común de los datos vemos que en nuestras residencias se realizan valoraciones de cuidados a todos los residentes, existen protocolos en todos los centros, pero en cuanto a las encuestas de satisfacción no ocurre lo mismo. Los datos obtenidos de las encuestas son los reflejados en los siguientes gráficos.



*Figura 1. Residencias que realizan encuestas de satisfacción. Fuente: Elaboración propia.*



*Figura 2. Periodicidad de las encuestas. Fuente: Elaboración propia.*



*Figura 3. Análisis de las encuestas por las residencias. Fuente: Elaboración propia.*

Tras el análisis de estos datos hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- En las residencias realizan los PIA (Plan Integral de Atención) y desde Atención Primaria realizamos los PAP (Plan de Acción Personalizado), aunque ambos realizan una valoración integran utilizan distintas escalas, no se implica de igual manera al residente, tienen distintos registros y se vuelcan en sistemas diferentes. Esto implica que se duplique el trabajo, se dificulte la participación del residente, exista variabilidad en los registros y se dificulte su accesibilidad.
- Las residencias de nuestra área se rigen por la Orden de 1 de julio de 1997 que regula la acreditación de centros de mayores. En esta orden no se hace mención a los protocolos, por lo que es más una recomendación y no un requisito para la acreditación. Encontramos protocolos en las residencias, pero normalmente no se revisan, ni actualizan dificultando su difusión e implementación.
- En algunos centros no se realizan encuestas de satisfacción, pero donde se realizan, existe gran variabilidad de cuestionarios y no están validados. Los cuestionarios utilizan escalas de valoración tipo Likert realizando una valoración cuantitativa. Se realizan a residentes y/o familiares y valoran aspectos relacionados con los servicios ofertados y la atención sobre las actividades básicas de la vida diaria. No se valoran los cuidados profesionales ni elementos relacionados con la calidad asistencial. Encontramos también una gran variabilidad en cuanto a la periodicidad con la que se realizan, al uso o utilidad de los mismos.

Ante la situación en la que nos encontramos, las oportunidades de mejora que se proponen irán encaminadas a abordar estos aspectos relacionados con la **variabilidad, duplicidad y accesibilidad** que dificultan la calidad de los cuidados y la satisfacción de los residentes y sus familiares.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La satisfacción percibida con los cuidados prestados es fundamental para el bienestar de los residentes y su calidad de vida. La literatura sugiere que enfoques centrados en el paciente, capacitación adecuada del personal y mecanismos de retroalimentación son esenciales para lograr este objetivo.

Como enfermera con más de 20 años de experiencia, he tenido la oportunidad de conocer a través de las quejas y sugerencias, de residentes y familiares, que existe una creciente insatisfacción en relación con los cuidados recibidos en estos centros. Este hecho no solo afecta a su bienestar, sino que también es un indicador de la calidad de los servicios prestados en las residencias.

Como miembro del equipo de EGC-RM del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba, desde hace 3 años, nuestro trabajo se ha centrado en la atención a estos centros, y por nuestro perfil profesional, estamos en una situación ideal para llevar a cabo este plan de mejora. Hacemos de garante para que los residentes reciban una atención integral, integrada, coordinada, continua y adaptada a las necesidades de cada residente y su familia. Todos estos elementos no solo repercuten en la atención y en la percepción de los cuidados, sino también en la reputación y efectividad de las instituciones.

Ahora no solo cuento con mi condición profesional, sino que, a través de este máster, he adquirido las herramientas y conocimientos para poder llevar a cabo este proyecto. La finalidad es implementarlo, en principio, en mi área sanitaria, con objeto de promover la calidad asistencial y los resultados en salud, de forma costo-efectiva en estos centros y tras su evaluación ofertarlo a las otras Áreas de la provincia.

## 2. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

### 2.1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO

#### 2.1.1. Descripción del Área de Gestión Sanitaria.

El AGSSC está constituida por 4 Hospitales y 1 Distrito Sanitario que se compone de 13 Zonas Básicas de Salud integradas en las 13 Unidades de Gestión Clínica que forman la Atención Primaria. Posee una superficie total de 4310,57 Km<sup>2</sup>, con una densidad de población de 62,9 hab/Km<sup>2</sup> y una gran dispersión geográfica.

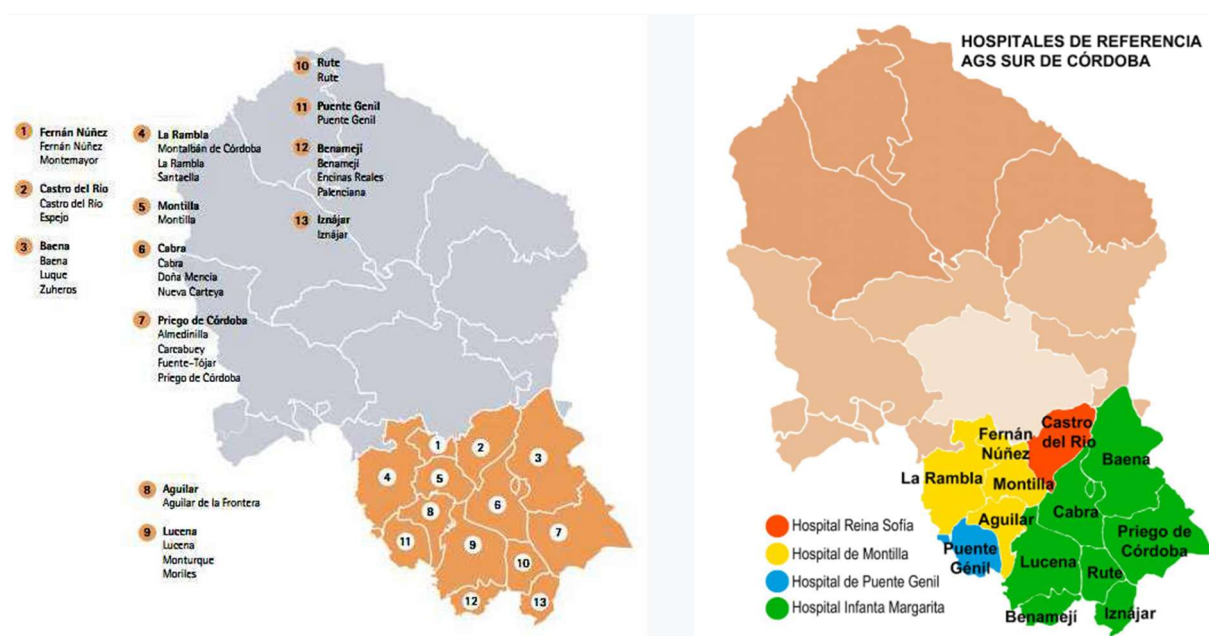


Figura 4. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Fuente: Web AGSSC.

### 2.1.2. Descripción del Distrito Sanitario.

Distrito Sanitario Córdoba Sur, está integrado por veintisiete municipios y tiene como principales núcleos de población a Lucena, Puente Genil, Montilla, Cabra, Baena y Priego de Córdoba. El Distrito Sanitario se compone de 13 Zonas Básicas de Salud, con una dotación en su ámbito geográfico de 15 Centros de Salud, 19 Consultorios Locales y 13 Consultorios Auxiliares, que constituyen la referencia organizativa y de recursos para integrar las 13 Unidades de Gestión Clínica que posee en Atención Primaria.



Figura 5. Distrito Sanitario Córdoba Sur. Fuente: Web AGSSC.

El Distrito Sanitario cuenta con 10 Enfermeras Gestoras de Casos de Atención Primaria (EGC-AP), 2 Enfermeras Gestoras de Casos de Atención Especializada (EGC-H) y 4 Enfermeras Gestoras de Casos de Residencias de Mayores (EGC-RM).

Esta última figura (EGC-RM) surge a partir del nuevo modelo organizativo para mejorar la atención sanitaria en Centros Residenciales de Personas Mayores en Andalucía, como una medida adoptada por la Consejería de Salud y Familias para mejorar la atención sociosanitaria, del acuerdo de 26 de mayo de 2020, del Consejo de Gobierno, publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 30 – Miércoles, 27 de Mayo de 2020.

Su función es coordinar, con el apoyo de la Consejería de Salud y Familias y la Estrategia de Cuidados de Andalucía, las acciones vinculadas a este plan, que se enmarca en la Estrategia de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS).<sup>29</sup>

Las EGC-RM promueven el trabajo conjunto y colaborativo entre profesionales de los centros residenciales y dan soporte a la atención en residencias en:

- Organización, coordinación asistencial y seguimiento sanitario de centros.
- Seguimiento y coordinación en la operativa local de alertas sanitaria.
- Abordaje y gestión de las situaciones de complejidad.
- Actuaciones para la mejora de la seguridad.
- Prevención de riesgo.
- Mejora de la calidad asistencial y la eficiencia.

### 2.1.3. Descripción las Residencias de Mayores.

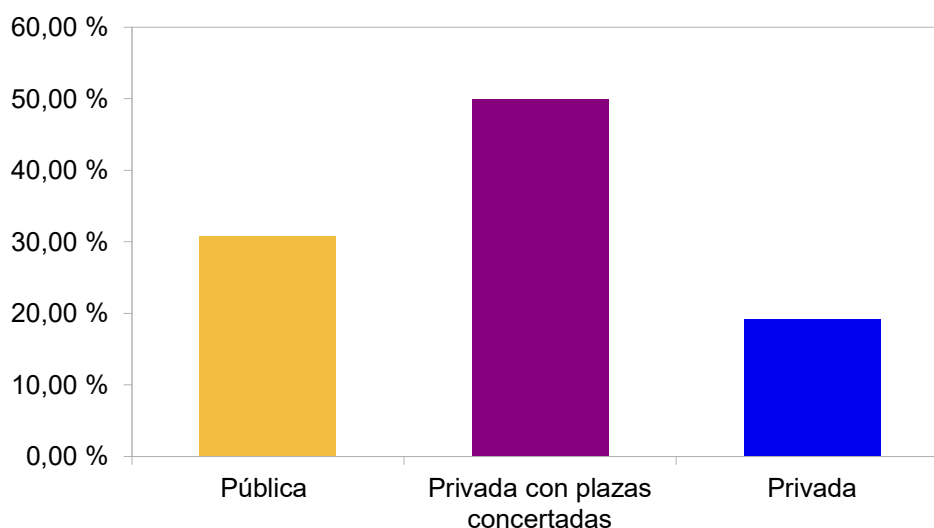
El DSSC da cobertura a 26 residencias distribuidas en los principales núcleos de población y agrupados en 4 zonas con una EGC-RM referente por zona, que tiene asignadas una media de 450 residentes. Para su atención cuentan con el apoyo de un equipo de referencia (médico y enfermera de atención primaria) y del resto de recursos sanitarios de especializada (entre ellos cuidados paliativos).

La descripción de los centros se detalla en las siguientes tablas, donde vemos que las plazas disponibles de los centros son 1762 con una ocupación actual de 1664 residentes lo que supone un grado de ocupación del 90%.

En cuanto al número de trabajadores es de 990, de los cuales el 30-40% se dedican a la atención directa (médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y auxiliares de enfermería/ gerocultoras) estos equipos son variables en todos los centros en cuanto a perfiles como a ratio. Según información solicitada a Inspección de Sv. de Inspección y Autorizaciones Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad las residencias de nuestra Área cumplen con la ratio de personal, ya que se acogen a la normativa de 1997, donde la ratio es del 0,25%. Existe una normativa posterior del 2007 donde la ratio se sitúa en el 0,39 %. Esta situación está cambiando, según el acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) del Ministerio de Derechos Sociales en la resolución del 28 de julio de 2022, establece una ratio para el personal de atención directa 0.41% (para el 2024) y en crecimiento anual hasta alcanzar el 0,51% en 2029, para centros de más de 80 residentes.

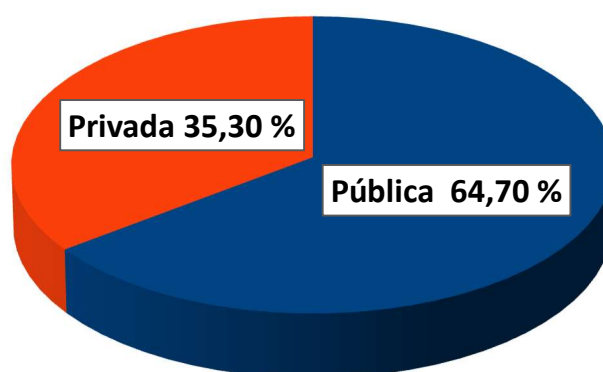
La titularidad de nuestros centros es diversa, el 50% privadas con plazas concertadas (entre un 40-60% son por concierto con la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y el resto privadas), el 30,77% pública y el 19,23% privada.





*Figura 6. Titularidad de los centros. Fuente: Elaboración propia.*

En cuanto a la financiación de las plazas de residencia combina recursos públicos y privados, con un importante componente de plazas concertadas, el 64,70% de la financiación es pública frente al 35,30% que es privada. Para las plazas concertadas, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía abona la diferencia entre el coste de la plaza y lo que paga el usuario. Los usuarios aportan el 75% de sus ingresos líquidos anuales para el pago de su plaza.



*Figura 7. Financiación de los centros. Fuente: Elaboración propia.*

RESIDENCIA	POBLACIÓN	ENTIDAD	DISPONIBILIDAD	OCUPACIÓN	TRABAJADORES
DomusVi Remedios	Aguilar de la Frontera	Privada con plazas concertadas	120	115	56
Residencia San Juan de Dios	Montilla	Privada con plazas concertadas	44	41	31
Hogar Residencia San Rafael	Montilla	Privada	99	84	34
DomusVi Inmaculada Concepción	Puente Genil	Privada con plazas concertadas	110	108	65
Residencia hogar Santa Susana	Puente Genil	Privada	50	41	18
Residencia Santísimo Cristo de los Remedios	Rambla (La)	Privada con plazas concertadas	64	63	41
EGC-RM 1			487	452	245

*Tabla 1: Distribución residencias EGC-RM 1. Fuente: Elaboración propia*

RESIDENCIA	POBLACIÓN	ENTIDAD	DISPONIBILIDAD	OCUPACIÓN	TRABAJADORES
Residencia municipal El Calvario	Iznájar	Publica local	49	45	29
Residencia San Juan de Dios	Lucena	Pública provincial	79	78	43
Residencia Luz de Aras	Lucena	Privada	90	80	35
Residencia municipal Santa Teresa de Jesús	Benamejé	Publica local	70	65	34
Residencia Nuestra Señora de la Sierra	Cabra	Privada sin fin de lucro	104	99	38
Residencia Juan Crisóstomo Mangas	Rute	Privada con plazas concertadas	88	83	58
Centro Residencial María Luisa	Rute	Privada	50	41	31
EGC-RM 2			528	491	268

*Tabla 2: Distribución residencias EGC-RM 2. Fuente: Elaboración propia*

RESIDENCIA	POBLACIÓN	ENTIDAD	DISPONIBILIDAD	OCUPACIÓN	TRABAJADORES
Residencia de ancianos Jesús Nazareno	Castro del Río	Privada con plazas concertadas	83	70	40
Residencia de ancianos Divino Maestro	Baena	Privada con plazas concertadas	37	37	31
Residencia Ilunion Sociosanitario Baena	Baena	Privada con plazas concertadas	140	134	104
Centro residencial La Casa Grande	Baena	Privada con plazas concertadas	107	103	41
Centro Municipal de Mayores	Luque	Pública local	25	25	16
<b>EGC-RM 3</b>			<b>392</b>	<b>369</b>	<b>232</b>

*Tabla 3: Distribución residencias EGC-RM 3. Fuente: Elaboración propia*

RESIDENCIA	POBLACIÓN	ENTIDAD	DISPONIBILIDAD	OCUPACIÓN	TRABAJADORES
Residencia San José	Priego de Córdoba	Privada con plazas concertadas	75	75	64
Centro Residencial San Juan de Dios	Priego de Córdoba	Privada con plazas concertadas	42	38	25
Fundación Mármol	Priego de Córdoba	Privada con plazas concertadas	36	36	25
Residencia de mayores de Priego de Córdoba	Priego de Córdoba	Pública autonómica	68	68	45
C. R. M. Margarita Marín Pérez	Cabra	Privada con plazas concertadas	58	58	36
Centro residencial Virgen del Castillo	Carcabuey	Pública local	27	28	17
Centro Municipal de Fuente Tojar	Fuente Tojar	Pública local	19	19	20
Residencia Alcalde Antonio Pulido	Almedinilla	Pública local	30	30	13
<b>EGC-RM 4</b>			<b>355</b>	<b>352</b>	<b>245</b>

*Tabla 4: Distribución residencias EGC-RM 4. Fuente: Elaboración propia*

## 2.2. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

Para poder realizar un análisis de las causas es necesario conocer cuáles son los factores que contribuyen en la percepción que tienen los residentes y sus familiares a cerca de la calidad de la atención que se presta en las residencias de mayores y cómo influyen en su satisfacción.

### 2.2.1. Factores relacionados contribuyentes:

Factores relacionados con los residentes y familiares: <sup>21, 30</sup>

- **Autonomía y nivel de dependencia:** No todos los residentes tienen el mismo grado de autonomía ni el mismo nivel de dependencia. Si los cuidados no se adaptan adecuadamente a sus necesidades o no se ajustan a sus limitaciones físicas o cognitivas pueden reducir la capacidad de los residentes para participar activamente en su propio cuidado y crear frustración o malestar.

- **Expectativas y experiencias previas:** Las expectativas de los residentes y sus familiares juegan un papel crucial. Si las experiencias previas en atención han sido negativas o, por el contrario, demasiado optimistas, esto influye en cómo se percibe la calidad de la atención en la residencia.

- **Participación en la toma de decisiones:** La posibilidad de que los residentes y sus familiares se involucren en la toma de decisiones sobre el cuidado, puedan expresar sus preferencias y recibir cuidados que se adapten a sus deseos hace que se sientan valorados y respetados, aumentando positivamente la satisfacción con los cuidados prestados.

Factores relacionados con los profesionales: <sup>18, 22</sup>

•**Competencia y formación del personal:** La formación del personal, en cuidados geriátricos específicos es fundamental, por lo que ha de ser continua y actualizada. Los profesionales deben estar capacitados no solo en competencias técnicas en geriatría, enfermedades crónicas y cuidados paliativos, sino también en habilidades comunicativas y emocionales. La ausencia de estas competencias puede llevar a un tratamiento inadecuado de las necesidades de los residentes, afectando negativamente a la calidad del cuidado.

•**Actitud y empatía:** Los residentes valoran ser tratados con amabilidad, respeto y dignidad. La forma en que los profesionales interactúan repercute significativamente, una actitud cálida y comprensiva ayuda a los residentes a sentirse apreciados y considerados especialmente cuando se enfrentan a la vulnerabilidad de la vejez y la pérdida de autonomía.

•**Comunicación efectiva:** Para los residentes en una situación de vulnerabilidad emocional y física, el apoyo comunicativo de un equipo cercano y profesional contribuye a su sentido de pertenencia y satisfacción general. En un entorno de cuidado donde los residentes pueden experimentar sentimientos de soledad o pérdida de independencia, la comunicación efectiva se convierte en un pilar de apoyo esencial que mejora su calidad de vida y fortalece su vínculo con los profesionales. Los residentes y sus familiares necesitan estar informados sobre cualquier cambio en el estado de salud o en los tratamientos. La transparencia en la información brinda tranquilidad, ya que permite a los residentes y sus familias entender y participar en el proceso de cuidado.

Factores relacionados con la organización interna de las residencias: <sup>11, 21</sup>

•**Protocolos y procedimientos:** La existencia de protocolos bien definidos y procedimientos estandarizados garantizan una atención de calidad. Cuando el personal sigue protocolos claros, los residentes experimentan una atención uniforme y confiable, independientemente de quién los atienda en un turno o momento específico. Esto genera una sensación de seguridad y estabilidad en los residentes, quienes pueden anticipar un nivel constante de cuidado y sentir confianza en la residencia.

•**Coordinación interdisciplinaria:** La interacción eficiente entre los diferentes profesionales que participan en el cuidado (enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos, terapeutas, trabajadores sociales, etc.) contribuye a que los residentes reciban una atención integral y de alta calidad. Cuando los profesionales trabajan en equipo y comparten información relevante, pueden adaptar el cuidado a las necesidades individuales de cada residente, lo que mejora su percepción de calidad y los hace sentir atendidos de manera completa y personalizada.

•**Flexibilidad y personalización:** La capacidad de adaptar los cuidados a las preferencias, necesidades y ritmo individual de cada residente, crea un entorno de atención más humano y centrado en la persona.

Falta de recursos y factores estructurales en las residencias: <sup>23, 30</sup>

•**Infraestructura y equipamiento:** Una infraestructura accesible y segura permite la movilidad y autonomía, que junto con un equipamiento adecuado (camas articuladas, grúas, dispositivos médicos, etc.), asegura una atención cómoda y eficaz. Estos elementos crean un entorno seguro que promueve tanto el bienestar tanto físico como emocional de los residentes.

•**Dotación de personal:** Una dotación de personal adecuada permite responder rápidamente a las necesidades de los residentes, desde la asistencia en la movilidad hasta el apoyo en actividades diarias. Esto reduce su frustración y mejora su percepción de calidad en el servicio, aumentando su confianza en el centro. Contar con el personal necesario, no solo optimiza la calidad y rapidez de la atención, sino que también crea un ambiente de cuidado seguro y eficiente.

•**Recursos materiales:** La falta de recursos materiales influye negativamente en la percepción de los residentes sobre la calidad de los cuidados, ya que limita su comodidad, higiene y seguridad, aspectos fundamentales en su experiencia diaria. Elementos como camas adecuadas, sillas cómodas y productos de higiene son esenciales para el bienestar físico, cuando faltan los residentes experimentan incomodidad y dificultades en sus rutinas. Además, la atención de equipos médicos, como monitores de signos vitales o dispositivos de ayuda, impide al personal realizar ciertos cuidados de manera eficaz y segura, generando en los residentes la sensación de que su salud y seguridad no son prioridad. Esta insuficiencia de recursos puede provocar en ellos una percepción de descuido y abandono, afectando su confianza en el servicio y en la residencia. En conjunto, la falta de recursos materiales no solo limita la efectividad de la atención, sino que impacta profundamente en la percepción de calidad y la satisfacción.

Factores relacionados con la organización externa: <sup>32</sup>

•**Políticas y regulaciones:** Las normativas y políticas establecidas por los organismos reguladores determinan los estándares de calidad y seguridad que deben cumplir las residencias. Cuando estos estándares se cumplen, los residentes perciben una atención de alta calidad, bien organizada y segura. En cambio, cuando no se aplican estas regulaciones la atención prestada puede ser deficiente, insegura y de poca calidad.

•**Financiación y apoyo gubernamental:** El nivel de recursos asignados por el gobierno afecta directamente los servicios y la calidad de los cuidados que las residencias pueden ofrecer. Una financiación adecuada permite contar con personal capacitado en número suficiente, mantener la infraestructura en buen estado y disponer de los recursos materiales necesarios para una atención segura y de calidad. Esto contribuye a que los residentes reciban un cuidado continuo y personalizado, mejorando su percepción de la atención en estos centros y aumentando su satisfacción. Por el contrario, la falta de apoyo gubernamental limita la capacidad de las residencias para cumplir con altos estándares, lo que puede derivar en escasez de personal, falta de recursos y una atención menos óptima, afectando la experiencia diaria y el bienestar de los residentes.

•**Relaciones con el sistema de salud:** La integración y coordinación con el sistema de salud, incluidos hospitales y servicios especializados, facilita el intercambio de información sobre el estado de salud de cada residente, permitiendo que el personal pueda prestar ajustar los cuidados a unos diagnósticos y recomendaciones actualizados, y así garantizar la continuidad en la atención. También permite a los residentes el acceso rápido a los servicios (especializados, de atención de urgencias y atención primaria), optimizado los recursos de la residencia que no siempre cuentan con personal especializado para tratar la necesidad médica que pueda surgir permitiendo que este pueda ser derivado para su atención. Cuando la residencia tiene relaciones sólidas con el sistema de salud, tanto los residentes como sus familiares sienten mayor tranquilidad y seguridad.



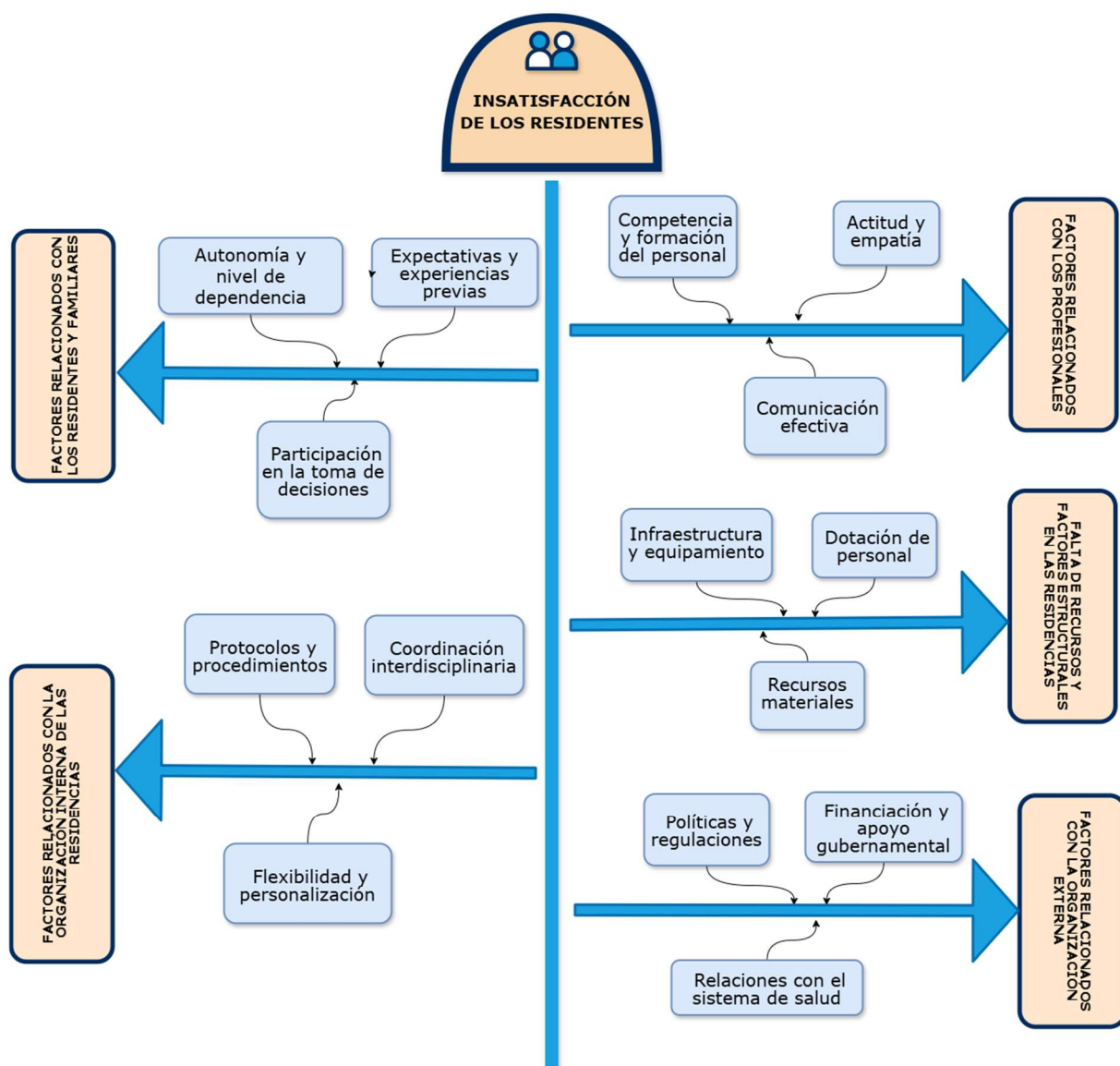


Figura 8: Diagrama causa-efecto. Fuente: Elaboración propia.

### 2.2.2. Análisis DAFO

Este DAFO es clave porque nos permitirá elaborar las estrategias para abordar esta situación y nos permitirá tomar decisiones informadas que optimicen los recursos, mejoren la calidad del servicio y aumenten la satisfacción de los usuarios, garantizando un sistema de atención sostenible y de alta calidad.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Variabilidad en el perfil de residentes y personal sanitario, en infraestructuras y de titularidad de los centros.</li> <li>➤ Diversidad sistemas de registros y cuestionarios.</li> <li>➤ Falta de protocolos actualizados, de su uso y divulgación.</li> <li>➤ Distinta implicación de residentes y familiares.</li> <li>➤ No existe una personalización de los cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No existe equilibrio entre plazas y necesidad.</li> <li>➤ Cambios frecuentes de residentes de la entidad privada a la pública.</li> <li>➤ Cambios frecuentes del personal de las residencias y del referente de Atención primaria.</li> <li>➤ Resistencia al cambio de los profesionales.</li> <li>➤ Poca colaboración interdisciplinar.</li> </ul>
FORTALEZA	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infraestructuras accesibles y bien adaptadas.</li> <li>➤ Gerencia y personal de las residencias implicados y abiertos a cambios.</li> <li>➤ Apoyo en todos los centros por médico y enfermera referente.</li> <li>➤ Cobertura de todos los centros por EGC-RM.</li> <li>➤ Apoyo institucional (gerencia y dirección) a proyectos y los planes de mejora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementación del nuevo modelo ACP en los cuidados.</li> <li>➤ Mejorar la coordinación y comunicación entre e intra instituciones.</li> <li>➤ Mejorar la satisfacción de residentes, familiares y trabajadores.</li> <li>➤ Facilitar la accesibilidad de la atención a residentes y familiares.</li> <li>➤ Implementar protocolos actualizados.</li> </ul>

*Tabla 5. DAFO. Fuente: Elaboración propia.*

El análisis DAFO revela un panorama con desafíos importantes, como la rotación de personal y la resistencia al cambio, pero también identifica oportunidades significativas, como la mejora en protocolos y en la comunicación. Aprovechar fortalezas como el compromiso del personal y la adaptación de infraestructuras será esencial para superar las amenazas y consolidar un modelo de atención más eficiente, humano y centrado en la persona.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo general

- Incrementar la calidad percibida de los cuidados de los residentes de las residencias de mayores mediante la implementación de prácticas asistenciales integrales y de alta calidad, logrando un aumento del 20% en la satisfacción de los pacientes en un plazo de 18 meses.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Capacitar al personal en el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y uso de protocolos actualizados alineados a buenas prácticas, logrando que el 100% de los profesionales reciban formación y apliquen los nuevos procedimientos en un plazo de 12 meses.
- Proponer un sistema estandarizado y validado de encuestas de satisfacción, con periodicidad trimestral, en todas las residencias del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba dentro de los próximos 6 meses.
- Fomentar un sistema de cuidados y registro único para garantizar una atención personalizada y coordinada, estableciendo canales de comunicación bidireccionales entre el personal de salud de ambas instituciones, completando esta implementación en un plazo de 18 meses.

## 4. Planificación de acciones de mejora

Para poder planificar las acciones correctivas que vamos a llevar a cabo, hemos realizado análisis CAME que nos va a permitir a partir del análisis DAFO correlacionar los aspectos identificados tratando de: Corregir enfocándose en las Debilidades, Afrontar abordando las Amenazas, Mantener centrándose en las Fortalezas y Explotar aprovechando las Oportunidades, transformándolos en acciones concretas, facilitando la toma de decisiones estratégicas y la planificación efectiva de las mismas. (Tabla 6)

<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>ANÁLISIS EXTERNO</b>
<b>Corregir Debilidades</b>	<b>Afrontar Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implementar protocolos actualizados y asegurar su difusión y uso efectivo.</li> <li>✓ Establecer sistemas unificados de registros y cuestionarios para garantizar consistencia y facilidad de uso.</li> <li>✓ Crear programas de formación para personal sanitario sobre la personalización de cuidados.</li> <li>✓ Mejorar la comunicación con residentes y familiares para fomentar su implicación en los cuidados.</li> <li>✓ Desarrollar estrategias para reducir la rotación de personal y fomentar un profesional de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diseñar un plan para abordar la resistencia al cambio, incluyendo formación y sensibilización de los profesionales.</li> <li>✓ Establecer protocolos de acogida para los distintos profesionales y facilitar su integración.</li> <li>✓ Implementar un sistema de coordinación que facilite la continuidad de los cuidados cuando cambien de centro.</li> <li>✓ Promover la colaboración interdisciplinaria mediante talleres o reuniones regulares entre los distintos profesionales.</li> </ul>
<b>Mejorar fortalezas</b>	<b>Explorar oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprovechar el compromiso del personal para liderar el cambio hacia el nuevo modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).</li> <li>✓ Usar las infraestructuras adaptadas para facilitar actividades innovadoras y personalizadas para los residentes.</li> <li>✓ Incrementar el apoyo institucional en proyectos, asignando recursos necesarios para su implementación y seguimiento.</li> <li>✓ Consolidar la presencia de médicos y enfermeros referentes como una ventaja competitiva en los centros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implementar mejoras en la coordinación y comunicación interinstitucional mediante plataformas digitales y reuniones regulares.</li> <li>✓ Incrementar la satisfacción de los usuarios y trabajadores mediante encuestas periódicas y acciones correctivas basadas en los resultados.</li> <li>✓ Asegurar la aplicación práctica de los protocolos actualizados, incluyendo formación y herramientas digitales para facilitar su acceso.</li> <li>✓ Mejorar la accesibilidad a la atención mediante campañas informativas dirigidas a residentes y familiares.</li> </ul>

*Tabla 6. CAME. Fuente: Elaboración propia.*

Como complemento al análisis CAME hemos realizado una matriz de verificación de acciones de mejora que va a transformar estas estrategias en acciones concretas. De cada causa originaria detectada y abordable se proponen las siguientes acciones de mejora. (Tabla 7)

CAUSAS ORIGINARIAS		ACCIONES DE MEJORA
RESIDENTES Y FAMILIARES	Autonomía y nivel de dependencia	Crear planes de Atención Centrada en la Persona, con evaluaciones periódicas trimestrales.
	Expectativas y experiencias previas	Establecer un programa de orientación inicial para residentes y familiares que detalle los servicios disponibles.
	Participación en la toma de decisiones	Implementar reuniones trimestrales con familiares y residentes para incluirlos activamente en la toma de decisiones sobre los cuidados.
PROFESIONALES	Competencia y formación del personal	Diseñar un programa continuo de formación para el personal, con foco en geriatría, cuidados paliativos y habilidades comunicativas.
	Actitud y empatía	Implementar talleres de empatía y humanización del cuidado para fomentar un trato respetuoso y digno hacia los residentes.
	Comunicación efectiva	Desarrollar protocolos de comunicación clara y transparente entre el personal y los residentes/familiares, incluyendo actualizaciones periódicas sobre tratamientos.
ORGANIZACIÓN INTERNA	Protocolos y procedimientos	Estandarizar y actualizar protocolos operativos en todos los centros para garantizar una atención uniforme.
	Coordinación interdisciplinaria	Crear equipos interdisciplinarios con reuniones semanales para coordinar la atención integral de los residentes.
	Flexibilidad y personalización	Introducir encuestas trimestrales para recoger preferencias de los residentes y adaptar los cuidados en función de sus necesidades.
RECURSOS E INFRA- ESTRUCTURAS	Infraestructura y equipamiento	Renovar áreas comunes y adquirir equipamiento esencial como camas articuladas y grúas para mejorar la accesibilidad.
	Dotación de personal	Incrementar el número de cuidadores en los turnos críticos para atender adecuadamente las necesidades de los residentes.
	Recursos materiales	Establecer contratos con proveedores para garantizar un suministro constante de recursos básicos y materiales médicos.
ORGANIZACIÓN EXTERNA	Políticas y regulaciones	Realizar auditorías internas regulares para asegurar el cumplimiento de normativas y estándares de calidad.
	Financiación y apoyo gubernamental	Establecer acuerdos con entidades públicas para obtener financiación adicional destinada a mejoras de infraestructura y personal.
	Relaciones con el sistema de salud	Fortalecer la comunicación entre el sistema de salud y los centros mediante plataformas digitales.

*Tabla 7. Matriz de verificación acciones de mejora. Fuente: Elaboración propia.*

Para poder priorizar que problemas vamos a abordar hemos recurrido al método Hanlon por ser una herramienta objetiva y flexible para la toma de decisiones. Clasifica los problemas los problemas por orden de prioridad, asignación de recursos y nos facilita la elaboración de planes de acción dirigidos a los problemas de mayor prioridad, aumentando la eficacia de las intervenciones propuestas.<sup>32</sup> De esta forma podemos asegurarnos de que las acciones de mejora se enfoquen en los problemas más significativos y abordables.

Este método evalúa cada problema de salud según cuatro criterios principales:

- **Magnitud del Problema (A):** Se refiere al número de personas afectadas en relación con la población total, evaluando la extensión del problema en la comunidad. (Puntos: 0-10)
- **Severidad del Problema (B):** Considera la gravedad del problema, incluyendo aspectos como mortalidad, morbilidad y el impacto en la calidad de vida de las personas afectadas. (Puntos: 0-10)
- **Eficacia de la Solución (C):** Valora la efectividad potencial de las intervenciones disponibles para abordar el problema, es decir, la probabilidad de que una acción específica logre resolver o mitigar el problema. (Puntos: 0,5-1,5)
- **Factibilidad del Programa (D):** Analiza la viabilidad de implementar una intervención, considerando factores como recursos disponibles, aceptabilidad social, aspectos legales y económicos. (Puntos: 0-1)

La fórmula utilizada en el método Hanlon para calcular la prioridad es:

$$\text{Prioridad} = (A + B) \times C \times D$$

Donde cada componente se puntúa según su escala, y el resultado final ayuda a clasificar los problemas de salud según su urgencia de intervención.

La matriz de priorización a través de este método es la siguiente:

PROBLEMA	A	B	C	D	TOTAL
<b>Factores relacionados con los residentes y familiares</b>					
Autonomía y grado de dependencia	7	9	1,5	1	<b>20,5</b>
Expectativas y experiencias previas	6	5	0,7	0	0
Participación en la toma de decisiones	10	10	1,5	1	<b>30</b>
<b>Factores relacionados con los profesionales</b>					
Competencia y formación del personal	10	9	1,5	1	<b>28,5</b>
Actitud y empatía	9	8	0,8	1	15,4
Comunicación efectiva	9	9	1,5	1	<b>22,5</b>
<b>Factores relacionados con la organización interna</b>					
Protocolos y procedimientos	10	8	1,5	1	<b>27</b>
Coordinación interdisciplinaria	10	10	1,5	0,9	<b>23,5</b>
Flexibilidad y personalización	9	9	1,3	1	<b>20,7</b>
<b>Falta de recursos y factores estructurales</b>					
Infraestructura y equipamiento	9	9	0,7	0,3	10,89
Dotación de personal	10	8	0,6	0,2	2,16
Recursos materiales	9	8	0,5	0,4	10,6
<b>Factores relacionados con la organización externa</b>					
Políticas y regulaciones	10	9	0,5	0	0
Financiación y apoyo gubernamental	10	8	0,4	0	0
Relaciones con el sistema	10	9	1,4	1	<b>22,6</b>

*Tabla 8. Matriz de priorización de problemas (Método Hanlon). Fuente: Elaboración propia.*



De los problemas que hemos puntuado según estos criterios y ordenado de mayor a menor, hemos destacado 8 por su mayor puntuación y sobre los cuales van a ir encaminadas nuestras acciones de mejora. Son los siguientes:

1. Participación en la toma de decisiones
2. Competencia y formación del personal
3. Protocolos y procedimientos
4. Coordinación interdisciplinaria
5. Relaciones con el sistema
6. Comunicación efectiva
7. Flexibilidad y personalización
8. Autonomía y grado de dependencia.

Para planificar las acciones de mejora que nos permitan dar respuesta a estos 8 problemas hemos recogido las propuestas en la matriz de verificación de para cada uno de ellos.

El siguiente paso será priorizar dichas acciones, para ello hemos elaborado una matriz basada en criterios de efectividad, eficiencia, factibilidad y aceptabilidad. Aplicando el método Hanlon quedaría de la siguiente forma:

- ◆ Efectividad (E): Evalúa el grado en que la intervención logra los resultados deseados en condiciones reales. Escala de 0 a 10.
- ◆ Eficiencia (F): Mide la relación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados. Escala de 0 a 10.
- ◆ Factibilidad (G): Evalúa la viabilidad de implementar la intervención con los recursos disponibles. Escala de 0 a 1.
- ◆ Aceptabilidad (H): Mide el grado de aceptación de la intervención por parte de la población objetivo y los profesionales de salud. Escala de 0 a 1.

ACCIONES DE MEJORA	E	F	G	H	Total
Implementar reuniones trimestrales con familiares y residentes para incluirlos activamente en la toma de decisiones sobre los cuidados.	10	8	0,8	1	<b>14,4</b>
Diseñar un programa continuo de formación para el personal, con foco en geriatría, cuidados paliativos y habilidades comunicativas.	8	9	0,8	0,7	<b>13,04</b>
Estandarizar y actualizar protocolos operativos en todos los centros para garantizar una atención uniforme.	9	9	0,8	0,7	10,08
Crear equipos interdisciplinarios con reuniones semanales para coordinar la atención integral de los residentes.	9	9	0,5	1	9
Fortalecer la comunicación entre el sistema de salud y los centros mediante plataformas digitales.	8	7	0,7	0,5	6,3
Desarrollar protocolos de comunicación clara y transparente entre el personal y los residentes/familiares, incluyendo actualizaciones periódicas sobre tratamientos.	10	9	1	0,7	<b>15,67</b>
Introducir encuestas trimestrales para recoger preferencias de los residentes y adaptar los cuidados en función de sus necesidades.	10	10	0,8	1	<b>16</b>
Crear planes de Atención Centrada en la Persona, con evaluaciones periódicas trimestrales.	9	9	0,8	1	<b>16,2</b>

*Tabla 9. Matriz priorización acciones de mejora (Método Hanlon). Fuente: Elaboración propia.*

A partir de los datos obtenidos hemos considerado como acciones prioritarias para llevar a cabo nuestros objetivos con este proyecto las siguientes por orden de mayor a menor relevancia:

- ✚ Introducir encuestas trimestrales para recoger preferencias de los residentes y adaptar los cuidados en función de sus necesidades.
- ✚ Crear planes de Atención Centrada en la Persona, con evaluaciones periódicas trimestrales.
- ✚ Desarrollar protocolos de comunicación clara y transparente entre el personal y los residentes/familiares, incluyendo actualizaciones periódicas sobre tratamientos.
- ✚ Implementar reuniones trimestrales con familiares y residentes para incluirlos activamente en la toma de decisiones sobre los cuidados.
- ✚ Diseñar un programa continuo de formación para el personal, con foco en geriatría, cuidados paliativos y habilidades comunicativas.

## 5. Implantación de acciones correctivas

Para facilitar la implementación de las acciones propuestas en nuestro proyecto, es fundamental realizar un Análisis de Campo de Fuerzas. Esta herramienta nos permite identificar y evaluar las fuerzas que impulsan y las que obstaculizan el cambio, facilitando la planificación de estrategias efectivas para reforzar las ayudas y disminuir las barreras.

A continuación, se presenta una matriz que detalla las fuerzas a favor (ayudas), las fuerzas en contra (barreras), y las estrategias correspondientes para gestionarlas:

Fuerzas a favor (Ayudas)	Fuerzas en Contra (Barreras)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromiso de la Dirección.</li> <li>- Demanda de Mejora en la Calidad de Vida de los Residentes.</li> <li>- Interés de los Familiares en Participar en el Cuidado.</li> <li>- Disponibilidad de Tecnologías de Comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistencia al Cambio del Personal.</li> <li>- Complejidad en la Coordinación Interdisciplinaria.</li> <li>- Carga de Trabajo Adicional.</li> <li>- Brecha Digital.</li> </ul>
Estrategias para Reforzar las Ayudas	Estrategias para Disminuir las Barrera
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar el respaldo de la dirección al proyecto.</li> <li>- Difundir testimonios y casos de éxito que evidencian mejoras en la calidad de vida de los residentes.</li> <li>- Crear espacios de participación activa para los familiares, como reuniones periódicas y encuestas de satisfacción.</li> <li>- Facilitar el uso de la tecnología como espacio de comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar programas de formación y sensibilización sobre la importancia del cambio.</li> <li>- Establecer canales de comunicación claros y eficientes.</li> <li>- Involucrar al personal en el proceso de planificación para fomentar su participación y compromiso.</li> <li>- Ofrecer capacitación y soporte técnico continuo para usuarios con menos habilidades digitales.</li> </ul>

*TABLA 9. Análisis de campos de fuerza. Fuente: Elaboración propia.*

La aplicación de estas estrategias en la planificación de nuestras acciones nos facilitará el desarrollo del plan de acción.

El siguiente paso será describir **qué** acciones vamos a llevar a cabo, **cómo** hacerlo, **cuándo**, **con qué** recursos contamos y **quiénes** serán los responsables de las mismas. Seguiremos la siguiente estructura para nuestro plan: ACCIÓN DE MEJORA-ACTIVIDAD-CALENDARIO-RESPONSABLE-RECURSOS.

Para asegurarnos que todos los niveles de las organizaciones comprenden y respaldan el plan llevaremos a cabo unas acciones iniciales que son fundamentales para reducir resistencias, garantizar la colaboración y facilitar una implementación efectiva.

● **ACTIVIDADES PREVIAS:**

- **Presentación del plan a la dirección del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.**
- **Presentación del proyecto a los Enfermeros gestores de casos de Residencias de Mayores.**
- **Presentación del proyecto a la dirección de las residencias y EBAP del Distrito Sanitario Córdoba Sur.**

<b>Presentación del plan a la dirección del AGSSC</b>	
Actividad	Presentación formal del plan para comunicar los objetivos, acciones y beneficios del plan. Solicitar su implementación.
Calendario	1ª Semana.
Responsable	Coordinadora del proyecto.
Recursos	Sala de Juntas de Dirección.
<b>Presentación del proyecto a los EGC-RM y unidad de calidad.</b>	
Actividad	Comunicar los objetivos, acciones, beneficios del plan y las estrategias de implementación.
Calendario	2ª Semana.
Responsable	Coordinadora del proyecto.
Recursos	Sala de Juntas Distrito Sanitario.

**Presentación del proyecto a la dirección de las residencias y EBAP del DSSC.**

Actividad	Introducir el plan detalladamente y resolver dudas.
Calendario	3ª y 4ª semanas.
Responsable	cada EGC-RM en sus zonas de referencia.
Recursos	Sala de Juntas de los distintos centros.

- Introducir encuestas trimestrales para recoger preferencias de los residentes y adaptar los cuidados en función de sus necesidades.

**Diseñar y aplicar encuestas trimestrales para conocer las preferencias y necesidades de los residentes**

Actividades	<p>Elaborar un cuestionario estructurado que abarque aspectos clave de la atención y satisfacción.</p> <p>Realizar las encuestas de forma presencial o digital, garantizando la accesibilidad para todos los residentes.</p> <p>Analizar los resultados para identificar áreas de mejora y adaptar los planes de atención individualizados.</p>
Calendario	<p>Diseño del cuestionario: Mes 1,2, 3.</p> <p>Primera aplicación: Mes 4.</p> <p>Aplicaciones subsecuentes: Cada tres meses.</p>
Responsable	Dirección de las residencias coordinara el proceso con el apoyo de personal de enfermería y cuidadores (aplicación de las encuestas).
Recursos	<p>Equipo multidisciplinario (equipo de calidad) para el diseño y análisis de las encuestas.</p> <p>Dispositivos electrónicos para la aplicación digital, si es necesario.</p> <p>Tiempo asignado del personal para la realización de las encuestas.</p>

- **Crear planes de Atención Centrada en la Persona, con evaluaciones periódicas trimestrales**

Desarrollar y aplicar planes ACP	
Actividades	Realizar una valoración integral exhaustiva centrada en la persona. Diseñar planes de atención personalizados basados en la valoración. Evaluar y ajustar los planes cada tres meses según la evolución del residente.
Calendario	Valoración inicial: Mes 1 y 2. Implementación de planes: Mes 3. Evaluaciones trimestrales: Mes 3 en adelante.
Responsable	cada EGC-RM en sus zonas de referencia.
Recursos	Equipo interdisciplinario (médicos, enfermeras, auxiliares o gerocultoras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) para las valoraciones y diseño de planes Herramientas de evaluación estandarizadas Documentación para registrar los planes y su seguimiento

- **Desarrollar protocolos de comunicación clara y transparente entre el personal y los residentes/familiares, incluyendo actualizaciones periódicas sobre tratamiento**

Establecer protocolos que promuevan una comunicación efectiva y transparente entre el personal, residentes y sus familiares	
Actividades	Elaborar guías de comunicación que incluyan pautas para informar sobre tratamientos y cambios en el estado de salud. Programar reuniones informativas periódicas. Implementar canales de comunicación accesibles (teléfono, correo electrónico, plataformas digitales).
Calendario	Desarrollo de protocolos: Mes 1.

	<p>Capacitación del personal: Mes 2.</p> <p>Inicio de reuniones y comunicaciones periódicas: Mes 3 en adelante.</p>
Responsable	<p>Personal del equipo técnico asignado de cada residencia.</p> <p>Todo el personal será capacitado y participará en la implementación.</p>
Recursos	<p>Especialistas en comunicación y atención al paciente para el desarrollo de protocolos.</p> <p>Plataformas digitales y líneas telefónicas para facilitar la comunicación.</p> <p>Tiempo del personal para reuniones y actualizaciones.</p>

- Implementar reuniones trimestrales con familiares y residentes para incluirlos activamente en la toma de decisiones sobre los cuidados

Organizar reuniones mensuales que involucren a residentes y familiares en las decisiones relacionadas con su atención y cuidados	
Actividades	<p>Establecer un calendario fijo de reuniones mensuales.</p> <p>Definir una agenda participativa (on line o buzón) que permita a los familiares y residentes expresar sus opiniones y sugerencias.</p> <p>Documentar las decisiones y acuerdos alcanzados en cada reunión.</p>
Calendario	<p>Planificación y convocatoria: Mes 1.</p> <p>Primera reunión: Mes 2.</p> <p>Reuniones trimestrales subsecuentes: Mes 3 en adelante.</p>
Responsable	Dirección de las residencias.
Recursos	<p>Espacios adecuados para las reuniones.</p> <p>Facilitadores/moderadores para conducir las reuniones.</p> <p>Materiales informativos y de apoyo</p>



- **Diseñar un programa continuo de formación para el personal, con foco en geriatría, cuidados paliativos y habilidades comunicativas.**

Desarrollar e implementar un programa de formación continua que mejore las competencias del personal en estas áreas.	
Actividades	<p>Analizar las necesidades de formación y ajustarlas a las normativas.</p> <p>Diseñar un programa formativo que se integre a los propios de cada centro.</p> <p>Planificación, ejecución y evaluación de la formación.</p> <p>Fomentar la aplicación práctica.</p>
Calendario	<p>Mes 1: Análisis de necesidades formativas y diseño del programa.</p> <p>Mes 2: Selección y capacitación de formadores, planificación logística.</p> <p>Mes 3 en adelante: Ejecución del programa, seguimiento y evaluación continua.</p>
Responsable	Responsables de formación de cada centro y EGC-RM.
Recursos	<p><u>Humanos</u>: Especialistas en geriatría, cuidados paliativos y comunicación para el desarrollo de contenidos y formación propios de cada centro. Personal especializado de los EBAP Y Hospitales de referencia que imparten formación.</p> <p><u>Materiales</u>: Material didáctico y recursos educativos actualizados.</p> <p>Herramientas tecnológicas para formación presencial y en línea.</p> <p><u>Financieros</u>: Presupuesto asignado a cada centro.</p>

Para representar gráficamente estas actividades se la elaborado un diagrama de Gantt que nos va a permitir visualizar la duración y secuencia de las actividades que vamos a desarrollar a lo largo de tiempo que establecido para la implementación de nuestro plan de mejora.

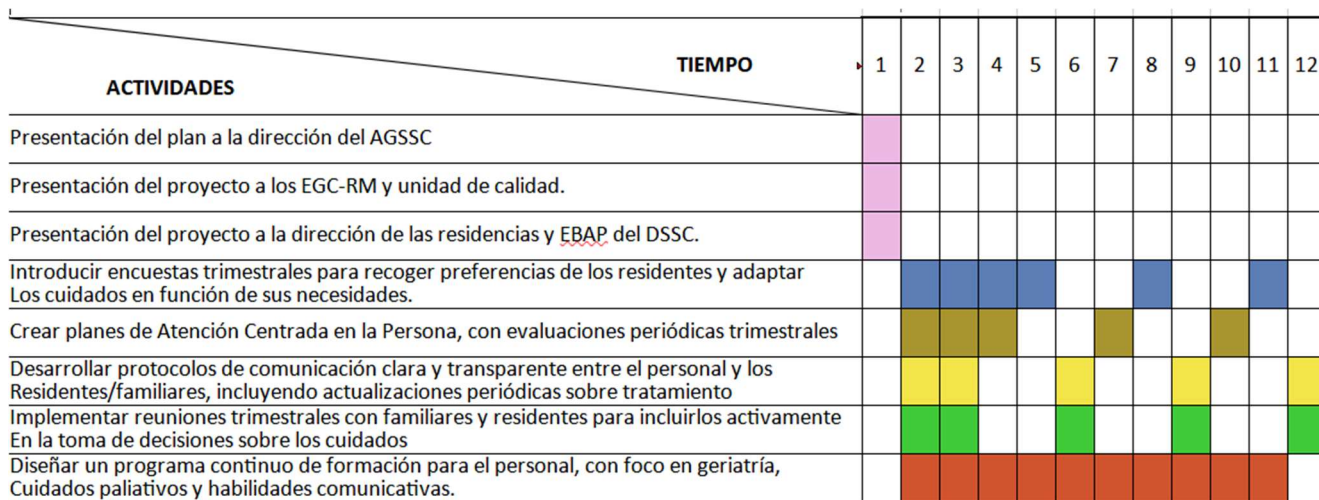


FIGURA 9. Diagrama de Gantt. Fuente: Elaboración propia.

## 6. Medición de resultados y monitorización

Todas estas actividades deben integrarse con las demás actividades que se realizan en los centros de forma que se vayan incorporando los cambios introducidos para ir mejorando los resultados y evitar la variabilidad. Por tanto, se han elaborado 5 indicadores para valorar los resultados de estas acciones de mejora que hemos introducido para poder valorar los avances obtenidos y poder introducir cambios si fuese necesario. Es importante que toda esta información sea transmitida a los demás miembros del equipo con objeto de mantener un buen feedback y conseguir con éxito nuestros objetivos.

Los indicadores propuestos son los siguientes:

Indicador 1: Porcentaje de encuestas trimestrales realizadas a residentes					
Tipo de Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de datos	Responsable	Periodicidad
Proceso	$(N.º \text{ de encuestas aplicadas} / \text{Número total de residentes}) \times 100$	100%	Registro de encuestas trimestrales	Dirección de las residencias	Trimestral

TABLA 10. Indicador 1. Fuente: Elaboración propia.

Indicador 2: Índice de Calidad Percibida en los Cuidados Residenciales					
Tipo de Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de datos	Responsable	Periodicidad
Resultado	$(\text{Suma de las puntuaciones obtenidas en las encuestas} / n.º \text{ de encuestas realizadas}) \times 100$	Incremento del 20% en la satisfacción en 18 meses	Encuestas de satisfacción aplicadas a los residentes	Dirección de las residencias y equipo técnico	Trimestral

TABLA 11. Indicador 2. Fuente: Elaboración propia.

Indicador 3: Porcentaje de residentes con planes de atención personalizados (PAP)					
Tipo de Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de datos	Responsable	Periodicidad
Resultado	$(\text{N.º de residentes PAP} / \text{Número total de residentes}) \times 100$	100%	Historias de Salud	EGC-RM	Trimestral

*TABLA 12. Indicador 3. Fuente: Elaboración propia.*

Indicador 4: Porcentaje de protocolos de comunicación implementados					
Tipo de Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de datos	Responsable	Periodicidad
Proceso	$\text{N.º de protocolos aplicados} / \text{Número total de protocolos diseñados} \times 100$	$\geq 90\%$	Registros institucionales, auditorías de cumplimiento.	Personal del equipo técnico asignado por cada residencia.	Semestral

*TABLA 13. Indicador 4. Fuente: Elaboración propia.*

Indicador 5: Número de reuniones mensuales realizadas con residentes y familiares					
Tipo de Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de datos	Responsable	Periodicidad
Proporción	N.º de reuniones realizadas	$\geq 1$ reunión/mes	Actas de reuniones	Dirección de las residencias	Mensual

*TABLA 14. Indicador 5. Fuente: Elaboración propia.*

Indicador 6: Porcentaje de personal capacitado en formación continua					
Tipo de Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de datos	Responsable	Periodicidad
Proceso	$\left( \frac{\text{Número de trabajadores capacitados}}{\text{Número total de trabajadores en plantilla}} \right) \times 100$	100%	Registros de formación, certificados de asistencia.	EGC-RM	Semestral

*TABLA 15. Indicador 6. Fuente: Elaboración propia.*

## 7. Conclusiones

El propósito de este proyecto de mejora es incrementar la calidad percibida de los cuidados en las residencias de mayores del Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba, logrando un aumento de su satisfacción a través de acciones específicas que promuevan la personalización de los cuidados.

La creación de un modelo asistencial verdaderamente centrado en la persona incrementa la calidad de los cuidados que se les presta a los residentes convirtiéndose en el eje principal de este proyecto. La introducción de encuestas y la creación de planes de cuidados adaptados al nivel de dependencia han demostrado ser herramientas fundamentales para comprender y responder a las necesidades específicas de los residentes, garantizando una mejora en su bienestar físico y emocional.

Por otro lado, el diseño de un programa de formación continua ha permitido establecer un estándar elevado en el nivel de competencia del personal, especialmente en áreas críticas como geriatría, cuidados paliativos y habilidades comunicativas.

También el desarrollo de protocolos claros y transparentes, acompañado de reuniones periódicas con familiares y residentes, ha permitido crear un entorno de confianza y colaboración.

Otro punto importante ha sido la estandarización de las encuestas que no solo han servido como un medio para medir el impacto de las acciones, sino también como una guía para ajustar los servicios de manera ágil y eficiente, asegurando la alineación constante con las expectativas de los residentes.

Para su desarrollo los pilares fundamentales son el compromiso de los profesionales, la colaboración con las familias y la inclusión de los residentes como protagonistas del cuidado. Estas prácticas no solo fortalecen la confianza en el sistema asistencial, sino que también generan un impacto positivo tanto en los residentes y sus familiares como en los trabajadores.

Sin embargo, este proyecto también nos recuerda que el cambio no está exento de barreras. Las resistencias iniciales, la sobrecarga del personal y la limitación de recursos son realidades que no se pueden ignorar, pero que pueden abordarse mediante un liderazgo comprometido y una comunicación transparente.

Este proyecto permitirá avanzar hacia un modelo de atención más eficiente, humanizado y sostenible. Además, se han generado aprendizajes valiosos sobre cómo superar barreras organizativas y logísticas, demostrando que la planificación, el compromiso y la evaluación constante son herramientas clave para transformar la realidad asistencial.

Por otro lado, sienta las bases para futuras iniciativas que busquen ampliar estas mejoras y seguir evolucionando hacia un sistema de cuidado más equitativo y accesible.

En el futuro, se pretende expandir este plan de mejora a otras Áreas Sanitarias e incorporar nuevas tecnologías para optimizar aún más la personalización de los cuidados y la comunicación entre centros. Asimismo, la evaluación continua será esencial para identificar nuevas áreas de mejora y garantizar que el enfoque centrado en la persona siga siendo el eje de todas las intervenciones.

## 8. Bibliografía

1. Esteban Herrera L, Rodríguez Gómez JA. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. Ene. 2015;9(2). Disponible en:

<https://SciELO-Situación de dependencia>

2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento saludable: concepto y medición [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 .Disponible en:

<https://OMS-envejecimiento-salud>

3. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Informe sobre el envejecimiento: el cambio que viene [Internet]. 2024. Disponible en:

<https://www.segg.es/actualidad-segg/2024/01/25/informe-sobre-envejecimiento-el-cambio-que-viene>

4.Envejecimiento en Red. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. 2020. Disponible en:

<https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

5.Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Aceituno Nieto P, Muñoz Díaz C, Bueno López C, Ruiz-Santacruz J, et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes Envejecimiento en red; 2022. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>

6. Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 Sep 29. Disponible en:

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

7. World Health Organization. Informe mundial sobre modelos de atención a largo plazo para adultos mayores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56747>



**8.** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).

Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990&p=20180704&tn=1>

**9.** Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Disponible en:

<https://www.mdsocialesa2030>

**10.** Arias-Casais N, Thiagarajan JA, Rodrigues Perracini M, et al. What long-term care interventions have been published between 2010 and 2020? Results of a WHO scoping review identifying long-term care interventions for older people around the world. *BMJ Open*. 2022 Jan 31;12(1). Disponible en:

<https://pubmed.ncbi>

**11.** Martínez Rodríguez, Teresa; Díaz-Vega, Pura; Rodríguez Rodríguez, Pilar; Sancho Catiello, Mayte (2015). "Modelo de atención centrado en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos." Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12. [Fecha de publicación: 30/07/2015]. [consultado: 26/10/2024]. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>

**12.** Chaparro-Tovar RJ, Velásquez WA. Modelo de atención integral centrada en la persona: sinopsis crítica-teórica. Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas (INIA), Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV); 2018. Disponible en:

<https://petroglifosrevistacritica.org.ve/wp-content/uploads/2020/10/Vol-1-art-4-divulgativo.pdf>

**13.** Brownie S, Nancarrow S. Efectos de la atención centrada en la persona en los residentes y el personal de los centros de atención a personas mayores: una revisión sistemática. *Clin Interv Envejecimiento*. 2013; 8:1-10. doi: 10.2147/CIA.S38589. Disponible en:

<https://www.elsevier.es>

**14. Sociedad Científica de Geriátría y Gerontología. Informe sobre envejecimiento. Oficina C;**  
2023. Disponible en:

[https://oficinac.es/sites/default/files/informes/OFICINAC\\_envejecimiento-bienestar\\_20231214\\_web.pdf](https://oficinac.es/sites/default/files/informes/OFICINAC_envejecimiento-bienestar_20231214_web.pdf)

**15. Comisión Europea. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de calidad. COM (2022) 441 final. Bruselas: Comisión Europea;**  
2022 Disponible en:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

**16. Barsanti S, Walker K, Seghieri C, Rosa A, Wodchis WP. Consistency of priorities for quality improvement for nursing homes in Italy and Canada: A comparison of optimization models of resident satisfaction. Health Policy. 2017;121(8):862-9. Disponible en:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28687182/>

**17. Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. J Clin Nurs. 2015;24(7-8):1079-1090. Disponible en:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25293644/>

**18. Rodríguez-Martín B, Martínez-Andrés M, Cervera-Monteagudo B, Notario-Pacheco B, Martínez-Vizcaíno V. Perception of quality of care among residents of public nursing homes in Spain: a grounded theory approach. BMC Geriatr. 2013; 13:65. doi: 10.1186/1471-2318-13-65. PMID: 23809066; PMCID: PMC3701483. Disponible en:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23809066/>

**19. Berkowitz B. The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. Online journal of issues in nursing. 2016; 21(1): 1. Disponible en:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27852212/>

**20. Rodríguez-Martínez A, De-la-Fuente-Robles YM, Martín-Cano MdC, Jiménez-Delgado JJ. Calidad de vida y bienestar de los adultos mayores en residencias de ancianos: revisión sistemática. Ciencias Sociales. 2023;12(7):418. Disponible en:**

<https://www.mdpi.com/>

**21.** Guerra-Martín María Dolores, Ramírez Fernández-Pro María Isabel. Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 2024 Dic 28]; 31(4): 232-238. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000500232](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000500232)

**22.** Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Calidad en los Cuidados de Enfermería. Tema 10: La medida de la calidad percibida. 2024 [Internet]. Disponible en: [archivo personal del usuario](#).

**23.** Caypa Altare Aldo Giovanni, Redondo Cano Ana. Calidad del servicio en residencias para mayores. Análisis de un caso en la Comunidad Valenciana. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 2024 Nov 03]; 31(3): 136-140. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2020000300136](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2020000300136)

**24.** Luciano Literas, Navarro A, Fontanals MD. Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(6):320-325. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-diseno-validacion-una-escala-satisfaccion-S0211139X10001216>

**25.** Bhattacharyya KK, Molinari V, Hyer K. Satisfacción autoinformada de los residentes adultos mayores en hogares de ancianos: desarrollo de un marco conceptual. Gerontologist. 2022;62(8). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8578769>

**26.** Rodríguez Martín CR, Vega Ramírez FA, Martínez Cortés MC, García Goldsmith M, Padilla Góngora D, López Liria R. Instrumento de medición de la satisfacción en personas mayores que viven en residencias: Consulta a los expertos. Int J Dev Educ Psychol [Internet]. 2011;4(1):179-186. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5641318>

**27.** Mukamel DB, Harrington C. Resident satisfaction surveys and clinical quality of care in nursing homes: Two sides of the same coin? *Aging Health*. 2013;9(6):607-609. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/286989136\\_Resident\\_satisfaction\\_surveys\\_and\\_clinical\\_quality\\_of\\_care\\_in\\_nursing\\_homes\\_Two\\_sides\\_of\\_the\\_same\\_coin](https://www.researchgate.net/publication/286989136_Resident_satisfaction_surveys_and_clinical_quality_of_care_in_nursing_homes_Two_sides_of_the_same_coin)

**28.** Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Calidad en los Cuidados de Enfermería: Tema 14. Análisis de oportunidades de mejora. 2024 [Internet]. Disponible en: [archivo personal del usuario](#).

**29.** Consejería de Salud y Familias. Acuerdo de 26 de mayo de 2020, del Consejo de Gobierno, para la mejora de la atención sociosanitaria. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 30, 27 mayo 2020. Disponible en:

[https://www.juntadeandalucia.es/Nuevo\\_modelo](https://www.juntadeandalucia.es/Nuevo_modelo)

**30.** Ernesto José López González, Tatiana de las Mercedes Escoriza Martínez y Marle Pérez de Armas (2021): “Evaluación de la calidad percibida en los servicios de atención al adulto mayor”, *Revista de Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación RILCO DS*, n. 21 (p.p. 54-69, julio 2021). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8562588>

**31.** Fuentes FV. La coordinación y atención sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado. *Enferm Clin*. 2020;30(5):291-4. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.09.001. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-atencion-coordinacion-sociosanitaria-hacia-S1130862120304460>

**32.** Morales González F, Cabrera Jiménez M. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. *Vertientes Rev Espec Cienc Salud*. 2020;21(1-2):42-49. Disponible en:

<https://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>

## 9. Currículum vitae

Bar Index	Approximate Length (Relative)
1	45
2	100
3	40
4	25
5	35
6	15
7	25
8	25
9	35
10	70
11	10
12	35
13	30
14	10
15	70
16	50
17	10
18	45
19	10
20	55

Plan de mejora de la calidad percibida de los cuidados en las residencias de mayores del AGSSC

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]