

CENTRO
concertado con:



MEMORIA ANUAL

2025



FUNDACIÓN SASM

SANTOS ANDRÉS Y SANTIAGO

Centro de día para personas
con problemas de salud mental grave.

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN.....	3
1.1 CENTRO DE DÍA PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVE	4
OBJETO	4
OBJETIVOS	5
2. DATOS GLOBALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS	6
3. EVALUACIÓN.....	7
3.1 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Q-LES-Q	7
3.2 EVDP. ESCALA DE VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO PSICOSOCIAL	8
3.3 ESCALA BELS BASIC.....	9
3.4 SCIP-S	11
3.5 DIAGNÓSTICO SOCIAL.....	12
3.6 PIR Y REVISIONES DE PIR.....	12
4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	13
5. INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS.....	15
6. ACTUACIONES DE COORDINACIÓN.....	16
7. GESTIONES BUROGRÁFICAS.....	20
8. ACTIVIDADES DESDE LOS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN	21
9. SENSIBILIZACIÓN Y VISIBILIDAD SOCIAL.....	21
10. PLAN DE IGUALDAD	22
11. SEGUIMIENTO DE PROCESOS Y CONCLUSIONES	24
Nº	52
12. AGRADECIMIENTOS Y ALIANZAS	53

1. PRESENTACIÓN

La Fundación SASM, es una entidad sin ánimo de lucro que se constituye como tal en abril de 2001, con carácter de asistencia social, y con el objetivo de abordar la atención socio-sanitaria, recuperación y residencia de las personas con enfermedad mental crónica.

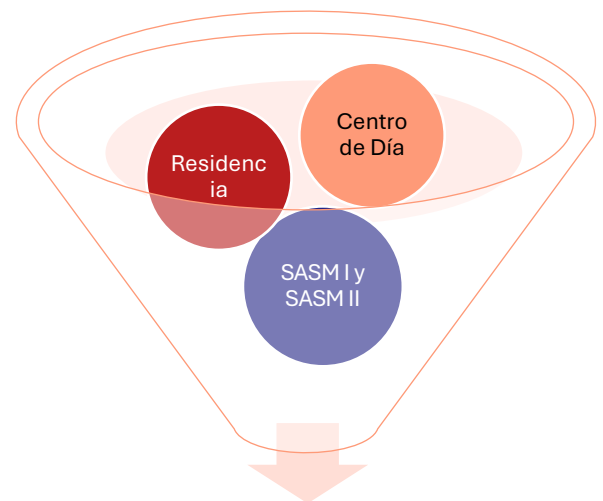
Cómo único órgano de gobierno de la Fundación SASM se encuentra el patronato, el cual está constituido en la actualidad por:

- Presidenta: Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Sueca, Don Julián Sáez Vercher
- Vicepresidenta: Dña. Francisca Vidal Pupla
- Secretario-Administrador: D. Vicente S. González Ortuño
- Vocal tesorera: Dña. Natividad Tamarit Alberola
- Vocales: Dña. Amparo González Ortuño, Dña. Diana Nebot Vidal y D. Guillermo Nebot Vidal

Desde la constitución de la Fundación SASM, se ha luchado por conseguir una mejora en la atención por la recuperación de personas con enfermedad mental. Es por ello por lo que se ha puesto mucho empeño en defender y desarrollar recursos destinados a la atención de personas con enfermedad mental, con el objetivo de facilitar la inclusión en su medio social, favorecer la autonomía y

Todos nuestros recursos han estado subvencionados o concertados por la Generalitat Valenciana desde su apertura.

Esta memoria presenta los datos obtenidos de la prestación del servicio concertado durante el año 2025, en el centro residencial de carácter convivencial de apoyo intermitente para personas con problemas de salud mental.



Red de atención especializada
Fundación SASM

1.1

CENTRO DE DÍA PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVE

El centro de día para personas con problemas de salud mental es un recurso especializado de atención integral e individualizada a personas con problemas de salud mental grave y necesidades de apoyo extensas o generalizadas.

El centro de día dispone de 20 plazas, para personas con edades comprendidas entre 18 y 65 años con problemas de salud mental grave y que necesitan un apoyo específico, estructurado de manera continuada, por presentar severas dificultades en el funcionamiento autónomo y en su inclusión sociolaboral.

OBJETO

Desarrollar procesos de recuperación individualizados e integrales que favorezcan la adquisición y recuperación de las habilidades y competencias personales y sociales que cada una de las personas usuarias requieran para mantener una estabilidad funcional y apoyar su proyecto de vida y su inclusión social, desde un trabajo de planificación centrado en la persona y fomentando su capacidad de decisión y gestión de su vida personal, potenciando el empoderamiento de las personas.

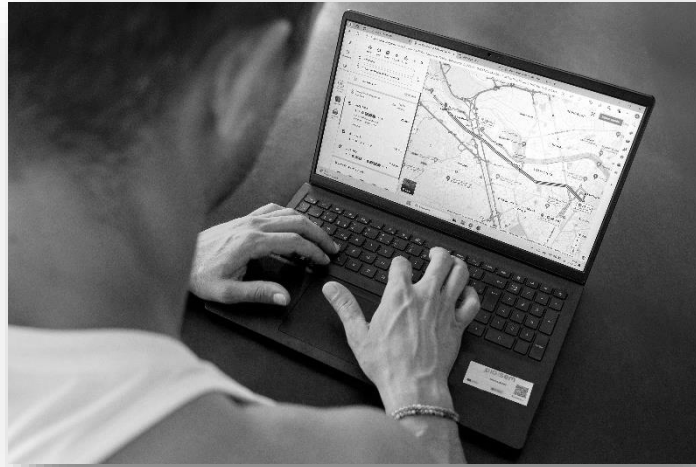
A su vez, proporcionará apoyos directos en el entorno familiar que permitan a la familia o unidad de convivencia, la mejora de la atención de su familiar en aspectos de salud, funcionamiento de la persona y sociofamiliar y coordinación con otros servicios de apoyo locales, evitando, en la medida de lo posible, su derivación a atención residencial.

La asistencia a estos centros será compatible con la estancia en un centro residencial de carácter convivencial.



OBJETIVOS

1. Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad, con la mejor calidad de vida posible, por medio del desarrollo de determinados procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que cada una de las personas requiera.
2. Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando el funcionamiento más autónomo posible, así como ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite y durante el tiempo que lo precise, para asegurar su mantenimiento en la comunidad.
3. Ofrecer de un modo complementario un abanico de actividades de día de apoyo (sociales, culturales, de ocio, ocupacionales, deportivas...) que sirvan de contexto de socialización y estructuración de la vida cotidiana, así como de soporte social para aquellas personas que lo puedan necesitar, sobre todo aquellos con mayor deterioro o dependencia.
4. Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginación y/o institucionalización. Asimismo, reducir las necesidades de hospitalización completa, actuando a nivel intermedio entre la asistencia ambulatoria y la hospitalización.
5. Asesorar y apoyar a las familias de las personas con enfermedad mental crónica, de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas de cuidado, comunicación y convivencia que surjan y que puedan colaborar de manera más eficaz en la rehabilitación de sus familiares. Se apoyará, además, el desarrollo de grupos de ayuda mutua entre las familias.
6. Apoyar, colaborar y coordinarse con las Unidades de Salud Mental de referencia y con los Servicios Sociales Generales para favorecer y articular una atención integral.
7. Apoyar y coordinarse con los recursos socio-comunitarios en los que puedan participar las personas atendidas o que puedan serles útiles de cara a su integración social.
8. Mantener la certificación en normas de calidad que aseguren la mejora continua en la prestación de servicios destinados a la rehabilitación.
9. Facilitar y promover el desarrollo personal y profesional, así como la igualdad de oportunidades, de todas las personas de que conforman la plantilla de La Fundación SASM.



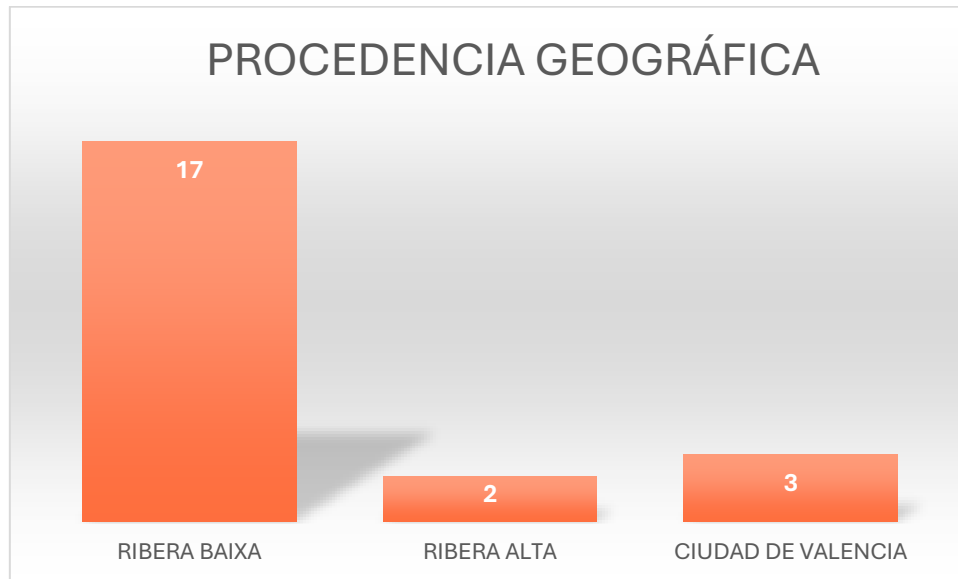
2. DATOS GLOBALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

El centro de día para problemas de salud mental grave cuenta con un total de veinte plazas, ocupadas por 13 hombres y 7 mujeres. En relación con la distribución por edades, la mayoría de las personas usuarias del recurso se sitúan en el rango de edad entre 46 a 64 años (16 personas), las otras 4 personas se sitúan en el rango de 31 a 45 años.

En cuanto al grado de discapacidad reconocido, 17 personas usuarias presentan un grado inferior al 75%, lo que indica un nivel de discapacidad moderado que requiere apoyos específicos, pero no continuos. Las otras 3 personas usuarias presentan un grado de discapacidad superior o igual al 75%, indicando una mayor necesidad de apoyos para las actividades básicas de la vida diaria.

Respecto al ámbito clínico, el diagnóstico principal predominante entre las personas atendidas en el recurso es la esquizofrenia (17 de las 20 personas atendidas) y las otras tres tienen un diagnóstico de Trastorno Bipolar y trastorno de la personalidad, lo que justifica la necesidad de un modelo de atención residencial basado en el acompañamiento, el apoyo psicosocial y la promoción de la autonomía personal.

En la siguiente gráfica se recoge la procedencia geográfica de las personas usuarias del recurso de centro de día, permitiendo visualizar de manera clara el origen territorial de quienes hacen uso de este servicio residencial.



3. EVALUACIÓN

3.1 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Q-LES-Q

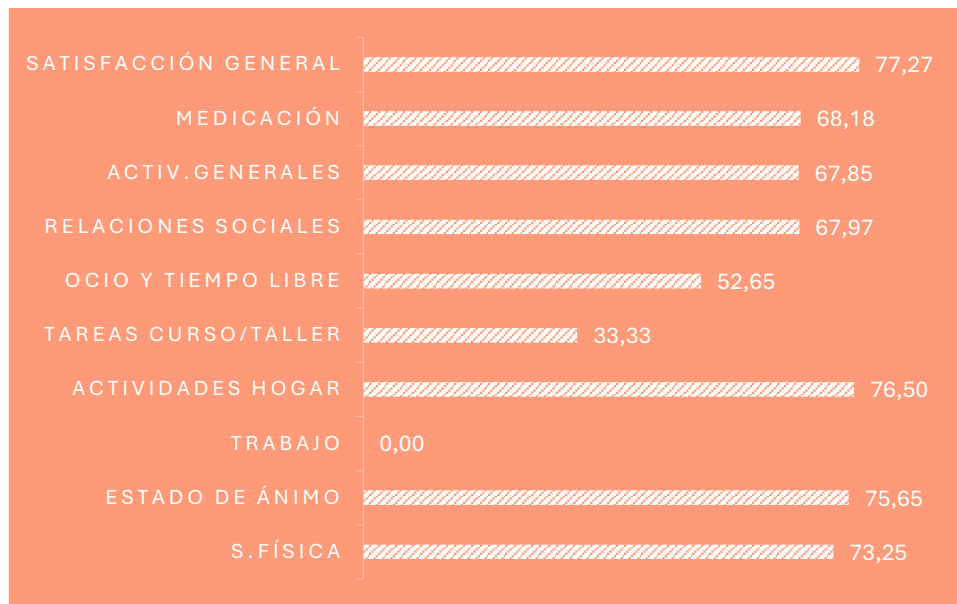
Es un cuestionario que mide de forma sensible la satisfacción y el placer de la persona atendida con su vida cotidiana. Consta en total de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentados en 8 áreas y los dos ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global.

Las áreas de las que se componen:

- Estado de salud física (13 ítems)
- Estado de ánimo (14 ítems)
- Trabajo (13 ítems) solo se rellenará esta área si está trabajando, aunque sea sin remuneración como voluntariado.
- Actividades del hogar (10 ítems) solo se contestará en el caso de que sean responsables de realización de algunas tareas de la casa.
- Tareas de clase/curso (10 ítems) solamente para las personas que en la semana anterior han hecho algún tipo de curso en centro, escuela, universidad.
- Actividad de tiempo libre (6 ítems)
- Relaciones sociales (11 ítems)
- Actividades generales (14 ítems)

Dispone de una escala Likert de 5 valores que oscila entre 0 (nunca) y 4 (muy a menudo o siempre).

Se suman las puntuaciones directas y se transforman en porcentaje. A mayor puntuación mayor satisfacción.



3.2 EVDP. ESCALA DE VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO PSICOSOCIAL

La escala parte del término global desempeño psicosocial, que se descompone en dos factores como son: competencia personal y soporte social (red de apoyos). A su vez, estos se descomponen en diferentes ejes, de tal forma que la competencia personal incluye los ejes de capacidad de cuidados, afrontamiento, autonomía, capacidad laboral y aspectos clínicos; mientras que soportes sociales incluye el eje llamado soportes.

A través de la escala pueden obtenerse las siguientes puntuaciones:

1. Puntuación global: a partir de la puntuación en competencia personal y en soportes
2. Puntuación total en competencia: a partir de las puntuaciones de los ejes I al V

3. Puntuación en soportes sociales (red de apoyos): a partir del eje VI Puntuaciones por ejes: a partir de las puntuaciones en las diferentes áreas que los componen
4. Puntuaciones por áreas: a partir de las puntuaciones en los diferentes ítems que las componen
5. Puntuaciones en ítems específicos

Los resultados obtenidos en cada eje nos indicarán si es necesario intervenir en dicha área o no.

La puntuación máxima global de la escala es de 128 puntos; existiendo a mayor puntuación, peor desempeño psicosocial.

Los baremos de la muestra de la EVDP son:

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
128-66	65-51	50-0
Sujetos con un nivel de desempeño psicosocial bajo.	Sujetos con un nivel de desempeño psicosocial medio.	Sujetos con un nivel de desempeño psicosocial

La puntuación media obtenida por las personas atendidas en el recurso de centro de día es de **29** por lo que atendiendo a nuestro baremo la mayoría de las personas atendidas se encuentran dentro del baremo de puntuación perteneciente al Grupo 3 de desempeño psicosocial. Lo que indica que la mayoría de las personas atendidas presentan un nivel de desempeño psicosocial alto.

3.3 ESCALA BELS BASIC

Originalmente elaborado por Julian Leff, el BELS es un instrumento diseñado para evaluar las habilidades específicas básicas de convivencia diaria en personas que sufren un trastorno mental de larga duración (Leff, Trieman y Gooch, 1996). Se administra a un informante clave, y explora cuatro áreas fundamentales de funcionamiento: 1) autocuidado, 2) habilidades domésticas, 3) habilidades comunitarias, y 4) actividad y relaciones sociales. Permite puntuar el desempeño o ejecución actual del sujeto y la oportunidad que tiene para actuar de forma independiente en cada área.

El cuestionario se compone de 26 ítems. Cada uno de ellos se divide en dos escalas, una de oportunidad de ejecución y otra de desempeño de la habilidad. La escala de oportunidad, de tres niveles para determinar el grado de oportunidad que la persona tiene para la realización de actividades de forma independiente: total oportunidad de independencia (2 puntos), alguna oportunidad de independencia (1 punto) y, ninguna oportunidad de independencia (0 puntos). La escala de desempeño se compone de cinco partes sobre el nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria.

Las puntuaciones para valorar el desempeño actual son: (9 puntos) desconocido, (0 puntos) no realiza ninguna actividad o es necesario una supervisión diaria, (1 punto) problema severo o necesidad frecuente de una sugerencia, (2 puntos) problema moderado o necesidad ocasional de una sugerencia, (3 puntos) problemas menores que no afectan a la independencia, (4 puntos) nivel norma de realización.

En España existe un estudio de fiabilidad realizado con una muestra de 77 pacientes mentales crónicos alojados en pisos y casas-hogar protegidas, ubicadas en Granada y Sevilla (Jiménez et al., 2000). Los resultados del análisis de fiabilidad del estudio muestran, en general, una concordancia global muy buena tanto en la escala de oportunidad (valor medio de 0.791) como en la de Ejecución (valor medio de 0.743)

Autonomía Alta	Autonomía Media:	Autonomía Baja:
26 a 20 puntos	12 a 19 puntos	1 a 11.9 puntos
Promedio de la suma de las puntuaciones totales de los 4 bloques de BELS	Promedio de la suma de las puntuaciones totales de los 4 bloques de BELS	Promedio de la suma de las puntuaciones totales de los 4 bloques de BELS
Nivel de autonomía alto y adecuadas relaciones sociales. Necesidad de supervisión baja. Su PIR está muy enfocado a la adquisición y consolidación de las habilidades necesarias para volver a llevar una vida normalizada, aunque sea con apoyos específicos, en su casa o vivienda tutelada.	Nivel de autonomía personal y social medio, actividades de la vida diaria con necesidad de supervisión.	Formado por quienes poseen conciencia intermedia o baja de enfermedad y necesidad de tratamiento, muy baja autonomía personal y social, problemas de comunicación, deterioro cognitivo importante, supervisión en todas las áreas de la vida diaria.

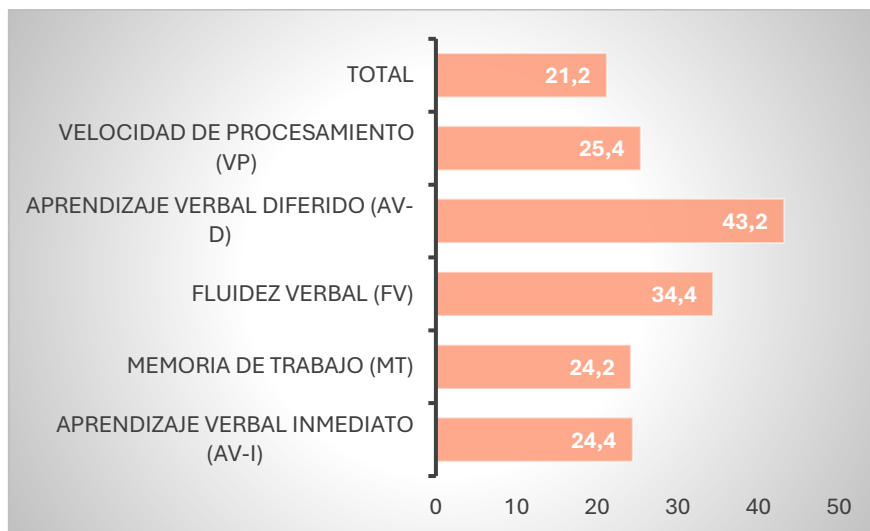
La puntuación media obtenida por las personas atendidas es de **19,47** lo que indica según nuestro baremo que la mayoría de las personas atendidas presentan un **nivel personal y social media**, actividades de la vida cotidiana con supervisión.



3.4 SCIP-S

Esta escala evalúa 5 áreas cognitivas en adultos con enfermedad mental. Estos son los resultados obtenidos durante el 2025:

Según la gráfica, observamos que las áreas donde mayor puntuación han obtenido son las relacionadas con el aprendizaje verbal diferido y fluidez verbal.



3.5 DIAGNÓSTICO SOCIAL

Durante el ejercicio 2025 se ha llevado a cabo la elaboración de dos diagnósticos sociales individualizados, motivado por la incorporación (alta) de dos nuevas personas usuarias al recurso a lo largo del año. Este proceso ha permitido valorar de manera integral su situación personal, social y familiar, así como identificar sus necesidades de apoyo, factores de riesgo y recursos disponibles, con el fin de garantizar una adecuada adaptación al funcionamiento del centro y una intervención ajustada a su perfil. El diagnóstico social realizado ha servido asimismo para actualizar la información sociofamiliar del conjunto de personas usuarias del recurso, permitiendo mantener una planificación de las actuaciones coherente con los principios de atención centrada en la persona y con los objetivos del servicio residencial de apoyo intermitente.

En relación con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, los resultados obtenidos durante el año reflejan que la mayoría de las personas evaluadas (18 de 20 personas usuarias) presentan puntuaciones inferiores a 46, lo que indica la ausencia de sobrecarga significativa en las figuras de apoyo familiar.

Estos datos ponen de manifiesto la relevancia del recurso como elemento de apoyo y alivio para el entorno familiar, contribuyendo a la mejora del bienestar tanto de las personas usuarias como de sus familias, y evidencian la eficacia del modelo de centro de día en la prevención de situaciones de sobrecarga, conflicto o desgaste emocional en las redes de apoyo natural.

3.6 PIR Y REVISIONES DE PIR.

En el recurso de centro de día se han llevado a cabo un total de 19 revisiones de Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR) y 2 PIR de ingreso. Estas revisiones se realizan de forma sistemática y periódica con carácter semestral, de acuerdo con el protocolo interno del recurso y con el objetivo de garantizar una atención continua, ajustada y centrada en las necesidades cambiantes de cada persona usuaria.

El PIR constituye la herramienta fundamental de planificación, seguimiento y evaluación de la intervención individual, permitiendo definir los objetivos terapéuticos y psicosociales, las áreas de trabajo prioritarias, las estrategias de apoyo y las actuaciones

profesionales necesarias para favorecer la autonomía personal, la estabilidad clínica y la integración social.

Asimismo, para cada nueva persona usuaria que accede al recurso, se procede a la elaboración de un PIR inicial antes de la finalización del primer mes de estancia. Dicho plan se confecciona tras un proceso de evaluación integral que incluye la aplicación de escalas de valoración estandarizadas, la recogida de información sociofamiliar y clínica, así como la observación directa durante el periodo de adaptación al recurso. Este periodo resulta especialmente relevante para detectar necesidades específicas, habilidades conservadas, dificultades en la convivencia y el grado de autonomía funcional de la persona usuaria.

El PIR inicial elaborado tras el ingreso es objeto de una primera revisión a los seis meses, lo que permite valorar el proceso de adaptación al recurso, el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, la eficacia de las intervenciones implementadas y, en su caso, la redefinición de metas y apoyos. A partir de esta revisión, el plan continúa actualizándose de forma semestral, garantizando una intervención dinámica, flexible y ajustada a la evolución individual.

Este procedimiento asegura una atención planificada, evaluable y coherente, favoreciendo la continuidad asistencial, la coordinación entre los distintos profesionales implicados y la participación de la persona usuaria en su propio proceso rehabilitador, en consonancia con los principios de la atención centrada en la persona y el modelo de apoyo intermitente propio del recurso.

4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

A continuación, se contemplan el tipo de actuaciones que se llevan a cabo dentro de cada uno de los programas. Estas actuaciones se desarrollan principalmente mediante el seguimiento individualizado consistente en acompañamiento, modelaje y supervisión, en aquellos aspectos que de manera personal requieren de intervención, tal y como se refleja en el PIR de cada persona.

Todas las personas atendidas en el recurso han participado de todos los programas. El total de actuaciones que se han llevado a cabo en cada uno de los programas queda reflejado en el siguiente punto (intervención individualizada).

Se han llevado a cabo un total de 2830 sesiones de intervención entre las 20 personas atendidas.

En relación con el grado de satisfacción, los resultados obtenidos reflejan una percepción mayoritariamente positiva de las intervenciones realizadas. Concretamente, el 98% de las sesiones han sido valoradas con un nivel de satisfacción normal, mientras que el 0.6% han alcanzado un grado de satisfactorio, lo que evidencia una adecuada aceptación del programa de intervención.

A continuación, se presenta el desglose detallado de cada una de las intervenciones realizadas, especificando para cada una de ellas el número total de sesiones, el grado de satisfacción y el número de participantes, con el fin de ofrecer una visión más clara y estructurada de la actividad desarrollada a lo largo del año.

TALLERES	PARTICIPANTES	SESIONES	SATISFACTORIO	NORMAL
EJERCICIO FÍSICO	1	41		41.5%
EJERCICIO COGNITIVO	8	235	0.4%	99.6%
PETANCA	10	89	3.4%	96.6%
CAMINAR	13	269	1.5%	98.5%
IDIOMAS	1	174	0.6%	98.9%
LECTURA	18	669	0.1%	99.9%
INFORMATICA	12	193	1%	99%
NEURON UP	6	162		100%
TEATRO TERAPÉUTICO	6	169	0.6%	99.4%
MENTALCHEF	6	46	6.1%	93.9%
SALIDAS TERAPÉUTICAS	14	305		100%
ACTIVIDADES LÚDICAS	8	116		95.7%

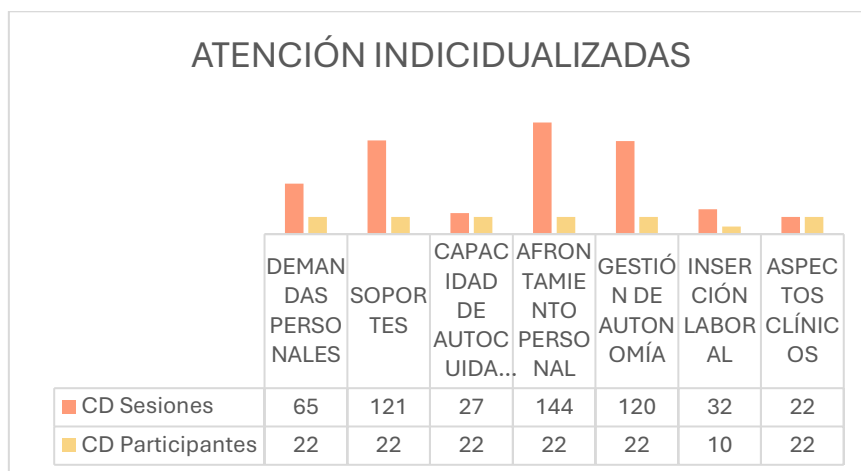
FÚTBOL	2	22		90.9%
PILATES	17	304	1.3%	97.7

5. INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS

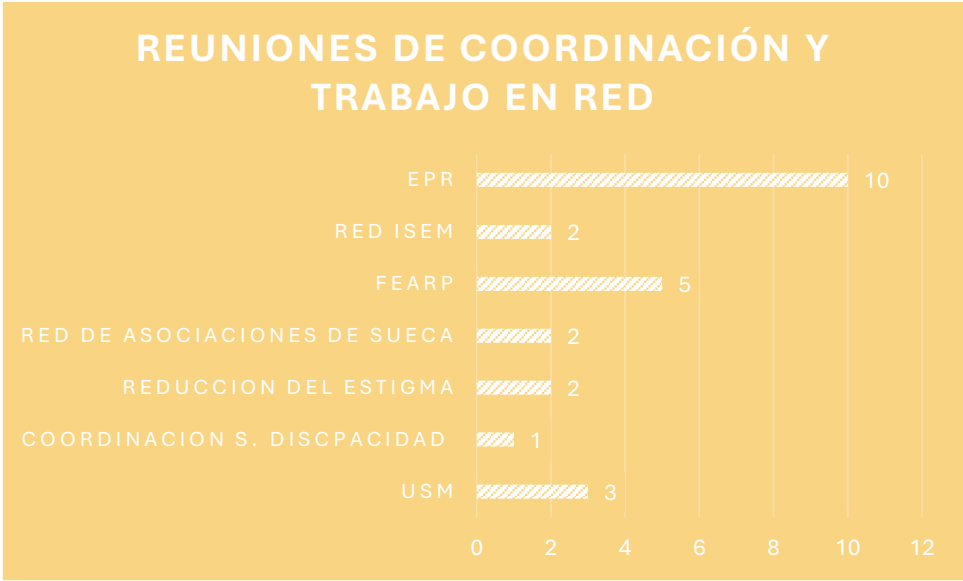
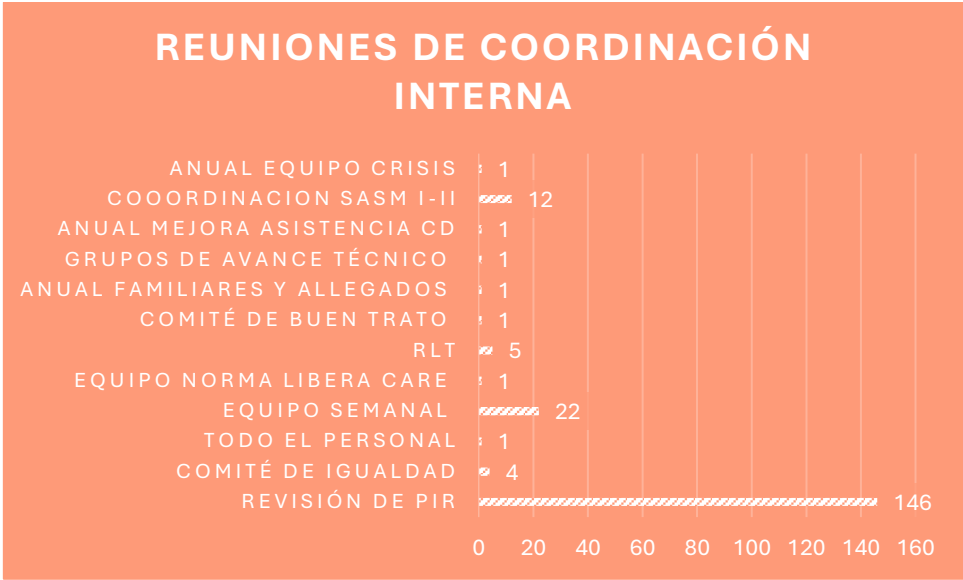
A lo largo del 2025 se han llevado a cabo un total de 2839 atenciones individualizadas. El tipo de atención que se presta se engloba dentro de los siguientes ejes:

- AC: Aspectos clínicos.
- CL: Cuestiones de inserción laboral.
- AUT: Aspectos relacionados con la gestión de la autonomía de la persona atendida.
- AF: Afrontamiento personal.
- CA: Capacidad de autocuidados.
- RREXT: Atenciones relacionadas con la gestión y coordinación con los recursos externos.
- DP: Demandas personales.

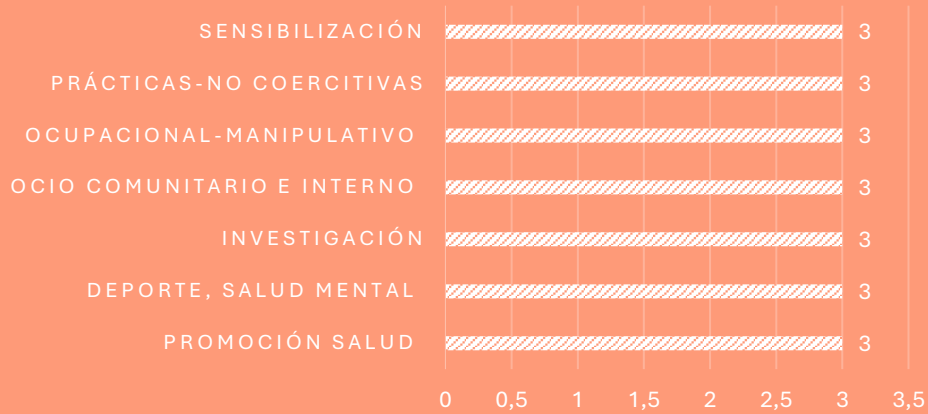
En este caso la mayoría de las atenciones versan sobre la capacidad de autocuidados y autonomía, seguidas de afrontamiento personal y aspectos clínicos.



6. ACTUACIONES DE COORDINACIÓN



REUNIONES GRUPO DE AVANCE TÉCNICO



CONVENIOS DE COLABORACIÓN	COLABORACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MIEMBRO DE
- Universidad de Valencia.	- FEARP	- Red ISEM
- UNED. Facultad de Psicología.	- EPR	- AEDIR
- Universidad Católica.	- CEU	- RED TECSAM
- VIU. Universidad Internacional de Valencia.	- Universidad Cardenal Herrera.	- SPORTSA
- UJI Catellón	- AEN	- FORO DE ASOCIACIONES DE SUECA
- CEU Universidad Cardenal Herrera.	- ITI	- JUNTA LOCAL FALLERA
- Universidad Europea Valencia		- FEARP
- I.E.S. Eduardo Primo Marqués de Carlet		- EPR
- I.E.S Torreladera		
- CFP Verge de Cortés		

<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Universitario La Ribera. - I.E.S Sanchis Guarner - ITI - EPR - I.E.S Joan Fuster - Centro de formación Capitol. - CF Promeses Sueca - Obertament 		
--	--	--



Además, se ha seguido con el programa de formación continua dirigido a todos y todas las profesionales de Fundación SASM. Durante el 2025, se han llevado a cabo las siguientes acciones formativas.

ACCIÓN FORMACIÓN CONTÍNUA	PARTICIPANTES	RESPONSABLE ACCIÓN	HORAS	FECHAS
ANTIESTIGMA	21	PAULA BARRANTES	4H	27-01-2025
GRUPOS DE TRABAJO DE AVANCE TÉCNICO	31	RESPONSABLES GAT	4H	13-02-2025
ENTRENAMIENTO CON SIMULACIÓN EN DESESCALADA VERBAL	23	JUAN DÍEZ DE LOS RIOS ALFONSO IBÁÑEZ	6H	03-04-2025
PRIMEROS AUXILIOS. RCP (Personas atendidas)	17	GASPAR BRASÓ	2H	07-04-2025
FORMACION MANUAL EN BUENAS PRÁCTICAS	3	JESÚS RIENDA	2H	19-06-2025
PRL Y MEDIDAS DE AUTOPROTECCIÓN	6	ARACELI GARRIGOS	4H	20-10-2025
RCP Y USO DEFIBRILADOR (DESA)	24	MEDLIFE	4H	05-06-2024
SENSIBILIZACIÓN IGUALDAD OPORTUNIDADES	10	JESÚS RIENDA TANIA UGARTE	1H	19-11-2025
PROTOCOLO PREVENCIÓN ACOSO SEXUAL Y MORAL	10	JESÚS RIENDA TANIA UGARTE	1H	19-11-2025
FORMACIÓN RCP Y DESA	8	GASPAR BRASÓ	2	20-11-2025
REDACCIÓN Y ELABORACIÓN PROYECTOS EUROPEOS	1	BUILDING BRIDGES-YES EUROPA	70	JUNIO-DICIEMBRE 2025
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	40	GESDATA	1	JULIO-OCTUBRE 2025

7. GESTIONES BUROGRÁTICAS

A continuación, se presenta una gráfica en la que se recogen las gestiones burocráticas realizadas en el centro de día para personas con problemas de salud mental a lo largo del año. Tal y como se puede observar en la gráfica, el volumen de trámites es bajo, por lo que indica una situación administrativa estable de las personas usuarias y una adecuada planificación y seguimiento de la documentación. Las gestiones efectuadas han sido puntuales y específicas, respondiendo a necesidades concretas sin generar una carga administrativa elevada, lo que ha permitido centrar la intervención principalmente en el acompañamiento en otras áreas.



8. ACTIVIDADES DESDE LOS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

Se llevó a cabo una convocatoria especial a familiares que ostentan el cargo de representante legal, para elegir mediante votación al representante que después formará parte del órgano de representantes de la entidad.

En dicha convocatoria únicamente se presentó un familiar, que aceptó el cargo.

Para la constitución del órgano de representantes se acordó con las personas atendidas, los RLT y el administrador de Fundación SASM, que formarían parte de él:

La persona que ostenta el cargo de administrador de la Fundación, como representante de la entidad.

Como representantes de personas atendidas, aquellos/as que hayan sido elegido por sus compañeros/as en las elecciones anuales que se llevan a cabo en asamblea. Uno o una por cada recurso.

Como representantes de los trabajadores, una persona del comité de RLT.

Se realizan 2 reuniones de órganos de representantes, 7 asambleas ordinarias y 2 asamblea extraordinaria.

9. SENSIBILIZACIÓN Y VISIBILIDAD SOCIAL

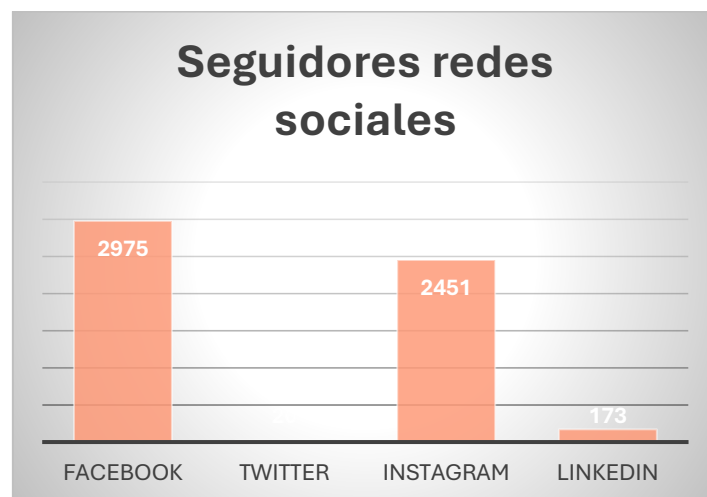
Con el objetivo de eliminar el estigma asociado a la enfermedad mental y dar a conocer la realidad del colectivo, desde nuestra entidad se han llevado a cabo durante, el año 2025, una serie de actuaciones de sensibilización:

- Estoreta Vellela
- Obrim la ment-al mon
- Gran Fons "Trencant Barreres per la Salut Mental
- Belén viviente
- Deporte inclusivo

El objetivo de esta actividad es acercar la realidad del colectivo de personas con enfermedad mental a su entorno más cercano. Para ello utilizamos el contacto con la población como estrategia para aumentar nuestra visibilidad social y proyectar una imagen positiva de las personas con enfermedad mental.

Además de las actividades mencionadas con anterioridad, se han llevado a cabo diversas publicaciones en las redes sociales corporativas de la entidad, con el objeto de dar visibilidad al colectivo atendido y a las actividades que se realizan en el marco del programa residencial.

Estas acciones de comunicación se conciben como una herramienta complementaria de sensibilización social, orientada a mostrar una imagen realista y positiva de las personas con problemas de salud mental, destacando su participación en la vida comunitaria, sus capacidades, logros y procesos de recuperación.



10. PLAN DE IGUALDAD

La Fundación de la Comunidad Valenciana Santos Andrés, Santiago y Miguel, a través de sus Patronato y Dirección, sensible a estos principios y normativa, y no estando obligada por estas regulaciones, ya que se trata de una entidad que cuenta con menos de 250 personas trabajando en la misma, decidió en el año 2016 incluir como uno de sus principios rectores la Igualdad de Oportunidades y Trato entre mujeres y hombres.

Dicha inclusión se ve reflejada en este primer Plan de Igualdad que pretende mejorar y ampliar el compromiso de la entidad con un entorno de trabajo que respete la diversidad y erradique cualquier posible aparición de situaciones de discriminación, para lo que se han definido y aplicado medidas o acciones positivas a la totalidad de la plantilla con la participación de esta y con la de los distintos agentes sociales.

Nuestro III Plan de Igualdad, Conforme al Real Decreto 901/2020, la Fundación SASM, está alineada con los compromisos que implica el Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 de Naciones Unidas y que se explicitan a través los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Este compromiso de la entidad con los ODS, tiene su foco principal en el avance y consecución del ODS 5 de Igualdad de Género y del ODS 8 de Trabajo Decente y Crecimiento Económico, y en concreto en el cumplimiento de diversas metas incluidas los mismos como, poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres, eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, fomentar la corresponsabilidad, asegurar la participación plena y efectiva de mujeres, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

Se trata de un Plan alineado con la política de Calidad e Igualdad de Oportunidades de la institución y cuya vigencia se establece por un periodo de 4 años desde su aprobación: **1 de abril de 2022 y el 30 de marzo de 2026, entró en vigor en la fecha de su firma por las partes suscriptoras, es decir, el 1 de junio de 2022.**

Tanto el Plan como los programas de trabajo contienen objetivos, medidas y actuaciones que han de cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ Viabilidad, tanto en los plazos de su desarrollo como en los recursos requeridos y en las metas planteadas.
- ✓ Adaptación a la realidad de la organización y de su entorno.

11. SEGUIMIENTO DE PROCESOS Y CONCLUSIONES

Periodo de Revisión: Enero – diciembre 2024

Asistentes: Responsable de Calidad-Dirección (David Marqués Azcona), Psicólogos/as (Claudio Alamán y Lorena Adam), Terapeutas Ocupacionales (Aroa Sanseloni Cueva y Jesús Rienda), Trabajadoras Sociales (M^a Teresa Ortells y Mar Martín), Enfermeros/as (Gaspar Brasso y Moisés Quilez) Auxiliar de Clínica (Cristina Romero), Psiquiatra (Antonio Galbis).

Resultados de auditorías internas y externas:

Como parte del seguimiento del sistema de gestión de calidad de manera anual se realizan auditorías internas, por lo que en fecha 25, 26 y 31 de marzo de 2024 se realizó una **auditoría interna** de manera integrada para todos los recursos por parte de la empresa consulto externa que apoya en la labor del mantenimiento y mejora del sistema de gestión de calidad. Los resultados fueron 2 no conformidades y 9 observaciones/oportunidades de mejora para los recursos CEEM, Centro de Día, SASM I y SASM II (Camino Cendroses, s/n, C/ Sequer del Comte, 2 y 31). Todas las observaciones detectadas se están teniendo en cuenta para ir solventándolas poco a poco.

- Residencia y Centro de Día y Centros residenciales de apoyo intermitente SASM I y SASM II (Camino Cendroses, s/n, C/ Sequer del Comte, 2 y 31, respectivamente)
1. Se detecta falta de actualización/revisión del plan de autoprotección del centro, siendo local de pública concurrencia aplica actualización cada 3 años, de acuerdo con RD393/2007, el centro dispone del documento con fecha 2021.
 2. No se ha identificado el cambio climático en el contexto de la organización, así como las necesidades y expectativas de las partes interesadas ante esta nueva situación de contexto.
 3. Se debería determinar el grado de consecución del objetivo 2024: Reducción de situaciones conflictivas basadas en el modelo Safeword (ej: conseguido 50%)

4. Puntualmente se ha utilizado un formato obsoleto de información de datos e imágenes en la documentación de ingreso y acogida de (Residente: JVSLH)
5. Se debería actualizar el proceso de ingreso y acogida para residentes de SASM-I y II a fin de establecer los formatos que aplican a estos recursos.
6. No se puede evidenciar la ficha técnica de hitec (quitamanchas) cleaning laundry xpert
7. Se debería actualizar y desarrollar el organigrama definiendo las especialidades del equipo técnico y el equipo de atención directa de cada centro, en función a los perfiles de puesto de trabajo, además se debería tener control sobre el versionado en el documento (organigrama de la web sin fecha ni control de edición)
8. Se debería corregir la tabla de procedimientos incluida en el Manual de Calidad edición 2023 de acuerdo con la norma de referencia 9001:2015 e indicar la exclusión explícitamente del punto de norma 8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicio en el apartado de alcance del sistema de gestión.
9. Se debería corregir la tabla de procedimientos incluida en el Manual de Calidad edición 2023 de acuerdo con la norma de referencia 9001:2015 e indicar la exclusión explícitamente del punto de norma 8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicio en el apartado de alcance del sistema de gestión.

La **auditoría externa** de seguimiento del sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001 se llevó a cabo el pasado 16 de abril de 2025 por parte de la entidad de certificación Bureau Veritas. Los recursos auditados fueron: Residencia para personas con problemas de salud mental “**Galatea**” y el Centro residencial de carácter convivencial de apoyo intermitente **SASM I**.

Los resultados fueron 1 no conformidad menor y 8 oportunidades de mejora. La NC se ha subsanado y las observaciones se han tenido en cuenta.

Seguimiento de las quejas, satisfacción de los clientes y retroalimentación de las partes interesadas:

Durante el proceso de análisis que se ha llevado a cabo dentro de este informe de revisión no se han comunicado ni registrado quejas o reclamaciones de usuarios o familiares, lo cual resulta muy positivo.

En cuanto a la satisfacción de las **personas atendidas en CD** en el cuestionario de satisfacción CGS-V durante el periodo de análisis se han entregado los cuestionarios respectivos obteniendo resultados positivos.



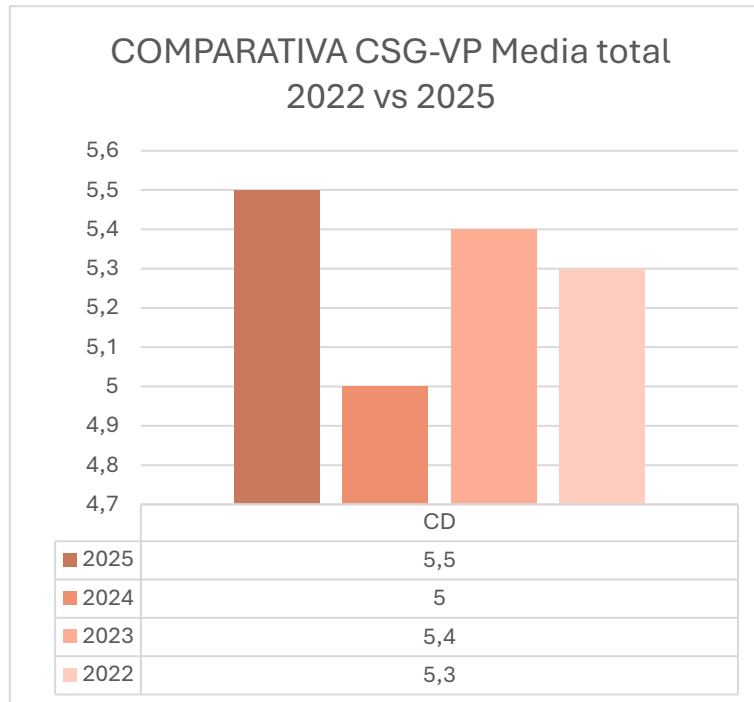
Descripción del cuestionario: instrumento que consta de 15 ítems agrupados en tres factores: satisfacción de los profesionales (habilidades, trato e interés de los profesionales con las personas que atienden); satisfacción con la intervención seguida (actividades que realizan las personas en el centro, objetivos y metas que buscan, y frecuencia y horario en que deben acudir al centro para su realización); y satisfacción con las condiciones físico-ambientales de los centros (instalaciones e infraestructuras del centro).

Corrección e interpretación: A mayor puntuación total, mayor satisfacción con la atención. Puntuación máxima de cada ítem 6 puntos.

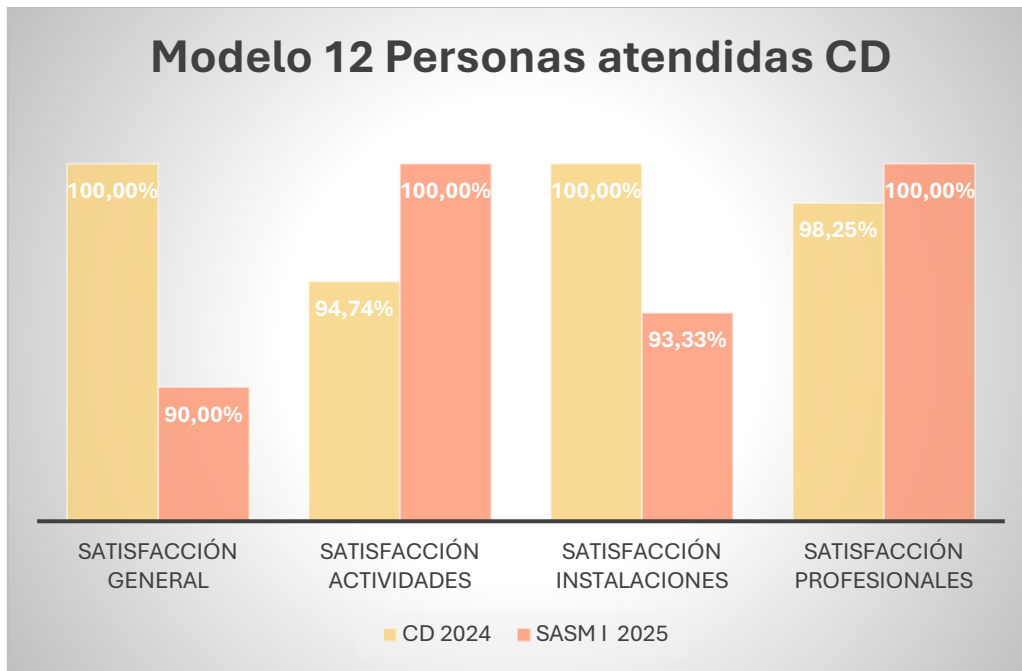
Personas usuarias de Centro de Día 2025:

- Personas Usuaria Nº 3 de CD:
COMEDOR: NO ME GUSTA LA HAMBURGUESA
- Personas Usuaria Nº 4 de CD:
COMEDOR: MÁS VARIEDAD EN LOS MENUS

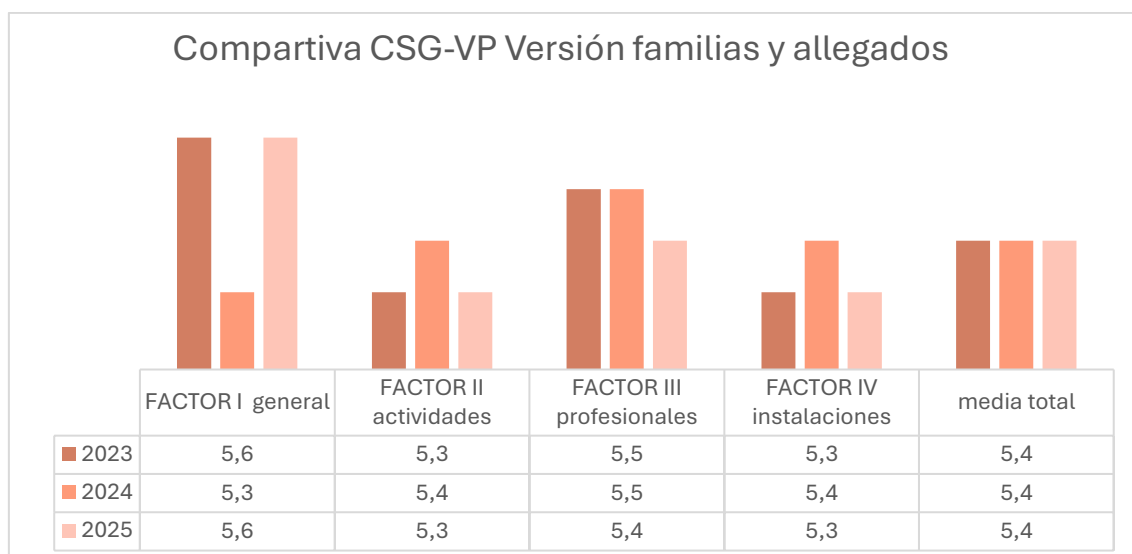
En la comparativa con los resultados obtenidos durante el año 2025 se observa un mantenimiento de la media total de la satisfacción en relación con el año 2022, 2023, 2024.



En cuanto a la satisfacción de las **personas atendidas en CD**, Tras la realización de encuestas anuales realizadas a los usuarios o, en su caso, a sus tutores o familiares, en virtud de lo dispuesto en el artículo 27 de la Resolución de convocatoria, respecto a la “calidad de los servicios: actuaciones de control y seguimiento”, se han obtenido las siguientes apreciaciones:



En cuanto a la satisfacción CSG-VP de las **familias de las personas usuarias** durante el periodo de análisis se han entregado los cuestionarios respectivos obteniendo resultados positivos. Estos resultados podemos verlos en las gráficas que a continuación se exponen.

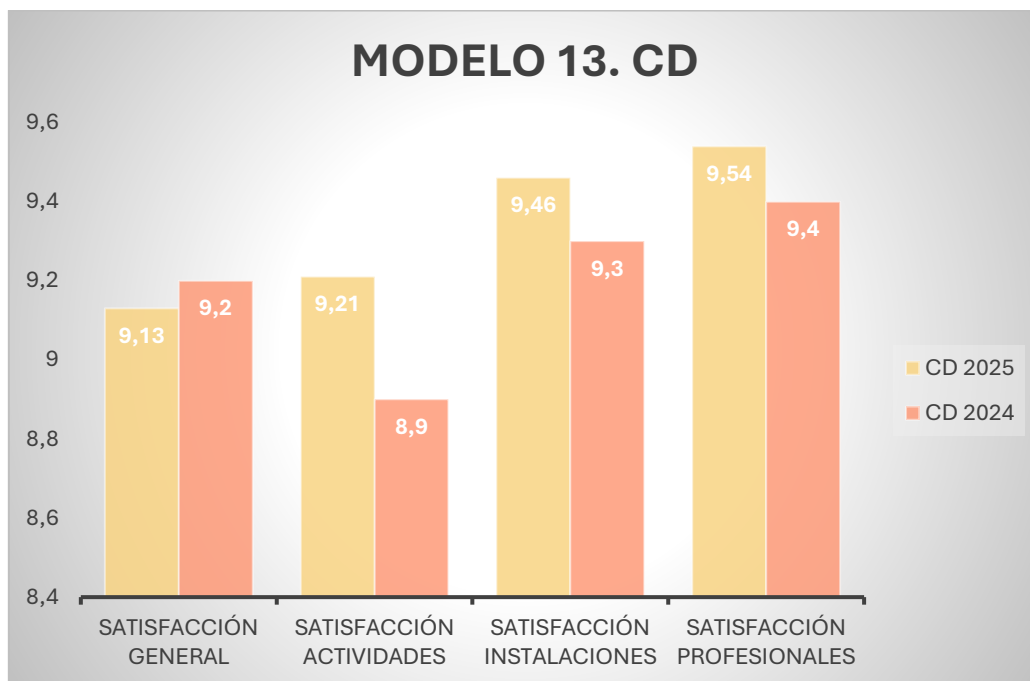


Descripción del cuestionario: instrumento que consta de 15 ítems agrupados en tres factores: satisfacción de los profesionales (habilidades, trato e interés de los profesionales con las personas que atienden); satisfacción con la intervención seguida (actividades que realizan las personas en el centro, objetivos y metas que buscan, y frecuencia y horario en que deben acudir al centro para su realización); y satisfacción con las condiciones físico-ambientales de los centros (instalaciones e infraestructuras del centro).

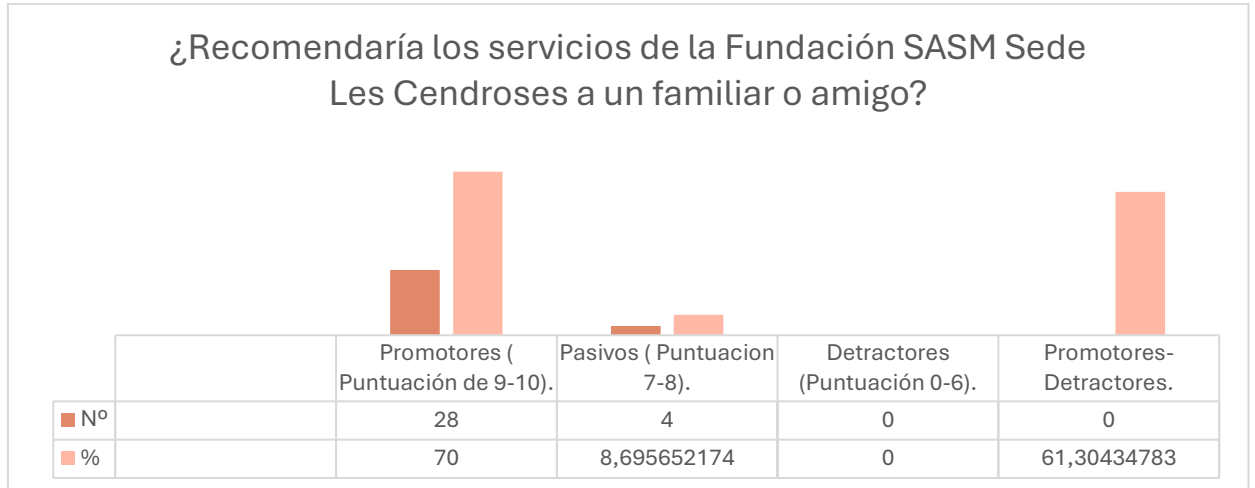
Corrección e interpretación: A mayor puntuación total, mayor satisfacción con la atención. Puntuación máxima de cada ítem 6 puntos.

Algunos comentarios y propuestas de las personas familiares que ha participado en el cuestionario de satisfacción:

Personas familiares de CD: no realizan ninguna propuesta de mejora



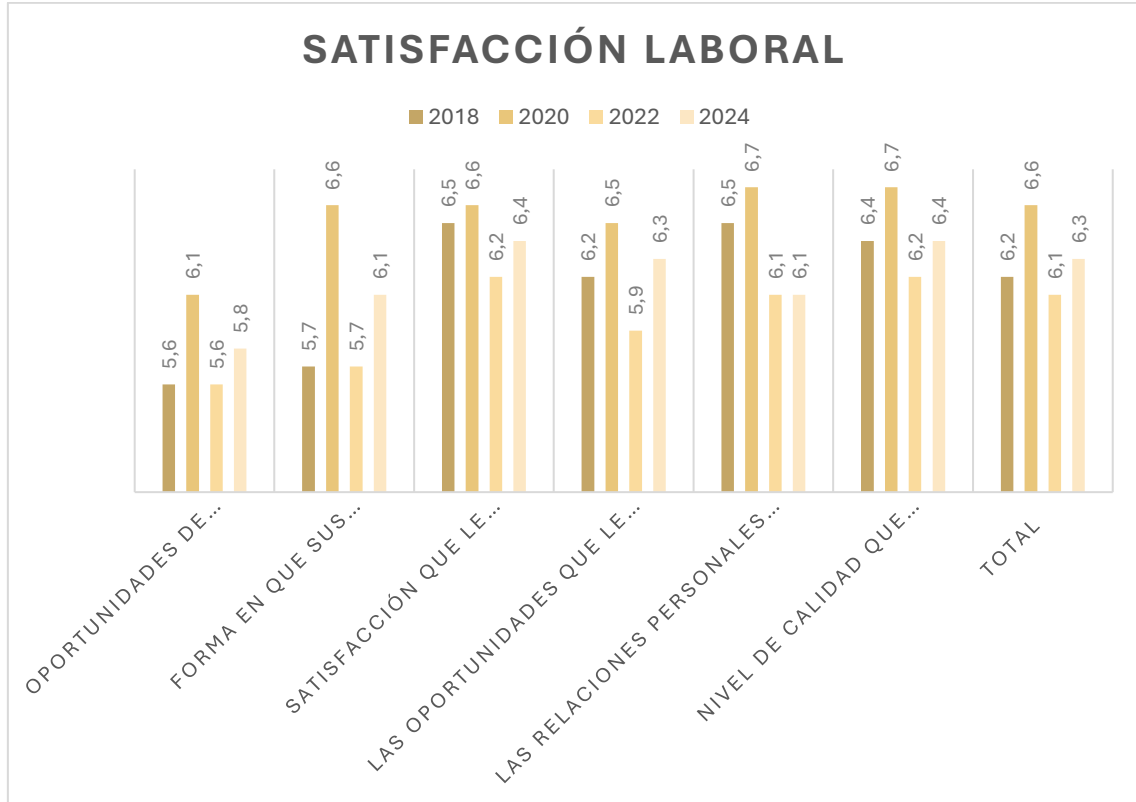
En cuanto al grado de FIDELIDAD de las personas familiares y allegados se utiliza la siguiente herramienta de evaluación:



Una puntuación NPS mayor que 0 se considera buena, y una puntuación de más de 50, excelente.

- En cuanto a la satisfacción de los **profesionales**, los resultados se muestran en la siguiente gráfica. Cabe señalar que la puntuación de la escala va de 1 a 7. Por lo que podemos considerar que los resultados son muy positivos y que además están por encima del indicador marcado. Los resultados corresponden al año 2024 y la evaluación de los profesionales se evalúa cada dos años. En relación con el año 2022 se ha mejorado en todos los ítems evaluados. La próxima evaluación se realizará en el año 2026.
- Los resultados obtenidos durante el año 2024 indican mejores resultados en relación con la satisfacción laboral que los periodos de 2022. Han contestado al cuestionario un **57,45%** de los trabajadores-as de la Fundación SASM_ Sede Les Cendroses. Los ítems peor valorados son:
- Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer cosas que le gustan.

Por lo que podemos considerar que los resultados son muy positivos 6,3 puntos de media sobre 7 puntos, en cuanto a la satisfacción laboral.



Algunos comentarios y propuestas de las personas trabajadoras que ha participado en el cuestionario de satisfacción laboral 2024:

Persona trabajadora N° 10: LAS COSAS QUE SURGEN SIEMPRE SON SOLUCIONADAS CON LO CUAL NO SE PUEDE PEDIR MÁS, AGRADECER COMO SE TRABAJA EN GENERAL COMO EQUIPO EN ESTA FUNDACION. POR MI PARTE SATISFECHO CON TODOS Y CON TODOS.

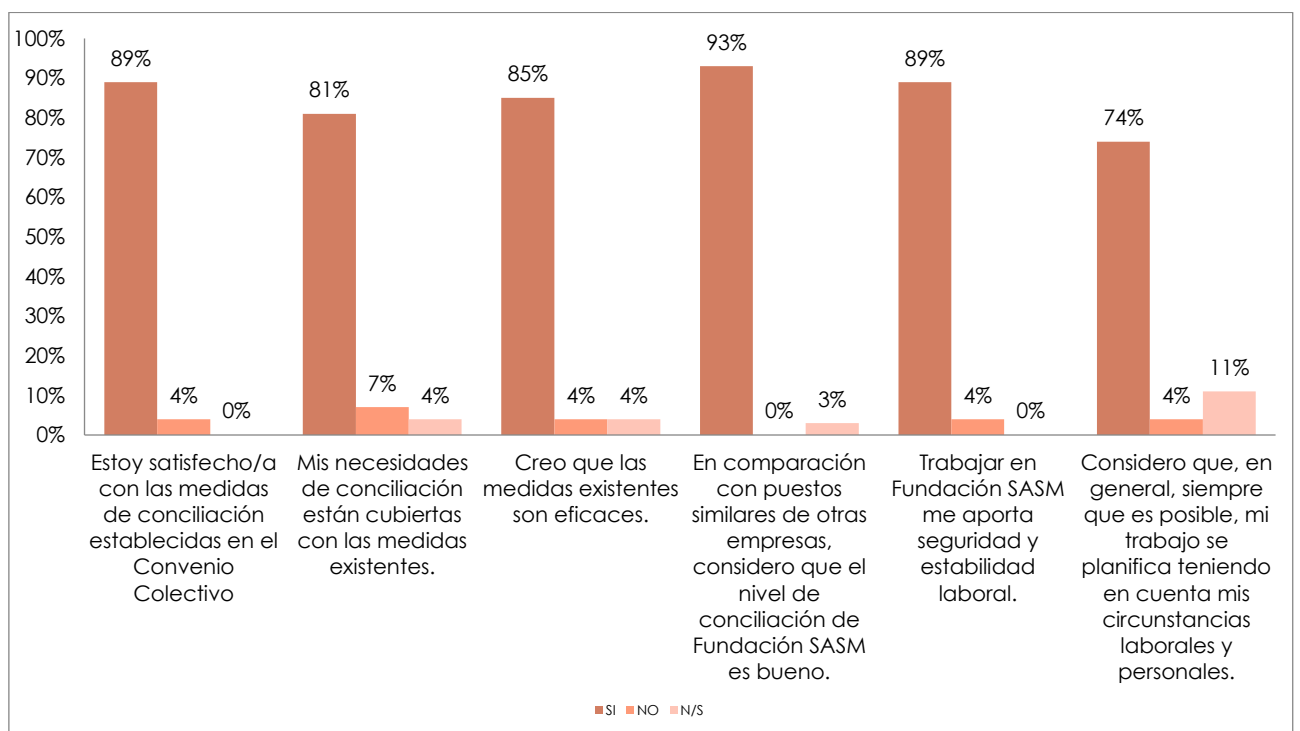
Persona trabajadora N° 11: MÁS IGUALDAD DE TRATO ENTRE TODOS LOS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS

Persona trabajadora N° 14: SIEMPRE SE PUEDE MEJORAR, PERO LA SASTIFACCION QUE TENGO EN MI PUESTO DE TRABAJO YA ES MUY ALTA. EL APOYO QUE RECIBO EN CADA PROYECTO QUE PROPOMGO SIEMPRE ES MUY POSITIVO, POR LO QUE LA CONFIANZA QUE ESTO ME APORTA HACE QUE VALORE NO SOLO EL SALARIO QUE RECIBO SINO LA RECOMPENSA EMOCIONAL, QUE ME APORTA TAMBIEN ES DE VALORAR LA IMPLICACION Y PARTICIPACION QUE TENGO EN CADA DECISION QUE SE TOMA ESTO HACE QUE ME SIENTA VALORADA. GRACIAS

Persona trabajadora Nº 26: ESTOY SATISFECHO EN MI PUESTO DE TRABAJO. LUCHAR POR EL AUMENTO DE SALARIO QUE SE PROMETIO DESDE EL GOBIERNO

Persona trabajadora Nº 35: NO CAMBIARÍA NADA EN CONCRETO SÍ QUE A VECES FALTA ALGO DE COORDINACIÓN EN GENERAL. EN LA EMPRESA SE CONCILIA DE FORMA SATISFACTORIA.

→ Cuestionario de satisfacción con la conciliación de la vida laboral y familiar 2024: En cuanto a la satisfacción de los profesionales en relación con las medidas de conciliación para la vida laboral, los resultados se muestran en la siguiente gráfica. Cabe señalar que la puntuación de la escala va de 1 a 7. Han contestado al cuestionario un 57,4% de los trabajadores-as de la Fundación SASM_ Sede Les Cendroses. Por lo que podemos considerar que los resultados son muy positivos 6,2 puntos de media sobre 7 puntos.



Algunos comentarios y propuestas de las personas trabajadoras que ha participado en el cuestionario de satisfacción de la conciliación de la vida laboral y familiar:

1. SATISFACCIÓN RESPECTO AL EQUILIBRIO ENTRE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL.
2. PARA MÍ, PARA MIS NECESIDADES ESTA TODO PERFECTO.
3. PODER CONCILIAR LOS LUNES O LOS VIERNES.
4. SIEMPRE SE PUEDE MEJORAR, PERO LAS MEDIDAS DE CONCILIACION LABORAL QUE TENEMOS EN LA FUNDACION SASM (CENDROSES) YA SON MUY BUENAS. NOS APORTAN UN EXTRA EN EL SALARIO EMOCIONAL QUE, AUNQUE NO SE PUEDA CUANTIFICAR ES IGUAL DE IMPORTANTE QUE EL PAGO DE NUESTRO SALARIO.
5. MÁS TRANSPARENCIA Y MEJOR COMUNICACIÓN EN DIRECCION Y CON EL COMITÉ.

Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de calidad y medio ambiente

Se llevó a cabo la formación sobre los nuevos requisitos de la norma ISO 9001, y a partir de esas jornadas, se procedió a la implantación del proceso P19 (Contexto y Gestión del Riesgo). Como resultado de la implantación de dicho proceso, se elaboró el documento "Contexto y Partes Interesadas", F1901, en el que se ha realizado un primer análisis interno y externo de la organización y la definición de las diferentes partes interesadas. El resultado obtenido se encuentra alineado con la estrategia de la organización y es la base para la realización de un análisis de los procesos (gestión de riesgo) que tendrá como objetivo la definición de medidas de mejora sobre los procesos de la FUNDACIÓN SASM. Por lo tanto, los cambios llevados a cabo en el sistema serán los asociados a las mejoras derivadas del análisis de la revisión de los procesos.

Desempeño de los procesos y conformidad del servicio prestado:

A continuación, se hace un análisis de los procesos para los que se han definido indicadores y se comentan los resultados obtenidos durante el segundo periodo 2025.

Seguimiento de Indicadores de calidad

En cuanto a los resultados de los indicadores se obtienen los siguientes resultados:

INDICADOR	EST.	1 ^{er} T	2 ^o T	3 ^{er} T	4 ^o T	OBSERVACIONES
Respuesta a incidencias	>70%	100%	25%	75%	50%	<ol style="list-style-type: none"> 1. R.B. Vulnerabilidad ante consumo de tóxicos 2. M.P. Vulnerabilidad ante consumo de tóxicos 3. A.V. Consumo de tóxicos en el centro 4. S.S. Prevención recaídas 5. J.V.R. Prevención conducta suicida 6. ACTA GENERAL 000SP_CVET_072250105 7. M.A. Exacerbación EPOC 8. M.A. Exacerbación EPOC 9. L.B. Aumento de sintomatología de manera estacional en primavera 10. D.S. Disfagia 11. J.C. Insuficiencia respiratoria 12. D.H. EPOC 13. D.H. Disfagia 14. D.H. Riesgo autolesión 15. M.J.R. Riesgo grave de agresión a terceros 16. ACTA GENERAL 0000SP_AVET_170250083 17. Acta de inspección nº010271 de servicios sociales, vivienda tutelada supervisada SASM I y SASM II 18. R.A. Riesgo caídas <p>Durante el 2025 se ha producido 18 incidencias. Se resuelven 17 de ellas, siendo 4 ellas presentadas durante el año 2024, por lo que se resuelve el 71.88% de las incidencias. Alcanzándose de ese modo el indicador.</p>
Personas que se preparan la medicación	>50%	35%	32.5%	25%	25%	<p>Actualmente 25 de 52 personas se preparan la medicación, en la residencia (13) y viviendas (12). No se consigue el indicador. Se trabajará durante el próximo año mediante el Plan de fomento de autonomía.</p>

Uso de recursos externos	>80%	100%	100%	97.22%	97.22%	El total de las 72 personas que de todos nuestros dispositivos utilizan o de forma autónoma o acompañados algún recurso comunitario (Bares, Bancos, Centro Comerciales...). Se consigue el indicador.
Salidas familiares por persona al mes	Media >4,5	4.13	4.40	4,44	4,29	Durante este semestre, aunque por poco, no se ha conseguido el indicador previsto.
Ejecución del Plan de Formación	>80%	22.22%	33.33%	100%	100%	De las 9 acciones planificadas y previstas para el 2025, se han realizado 14 durante lo que supone un 100% de las acciones planificadas. (2 de las 9 no se realizan y se sustituyen por otras)
Satisfacción acciones formativas	Medida >4,3	-	-	-	4,80	<ol style="list-style-type: none"> 1. FORMACIÓN ANTIESTIGMA EN SALUD MENTAL. OBERTAMENT. 21-01-2025 2. II JORNADA GRUPOS DE AVANCE TÉCNICO 13-02-2025 3. REUNIÓN ANUAL TRABAJADORES 2025 13-02-2025 4. REUNIÓN ANUAL FAMILIARES Y PERSONAS ALLEGADAS 06-03-2025 5. ENTRENAMIENTO CON SIMULACIÓN EN DESECALADA VERBAL 03-04-2025 6. PRIMEROS AUXILIOS 07-04-2025 7. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS 19-06-2025 8. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. PLAN DE AUTOPROTECCIÓN 20-10-2025 9. FORMACIÓN EXTERNA RCP Y DESFIBRILADOR 07—11-2025 Y 17-11-2025 10. PROTOCOLO PREVENCIÓN ACOSO SEXUAL Y MORAL 19-11-2025 11. FORMACIÓN EN SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES 19-11-2025

						12. FORMACIÓN INTERNA RCP Y DESFIBRILADOR 20-11-2025 13. CURSO DE REDACCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS EUROPEOS (JUN-DIC 2025) 14. FORMACIÓN GESTDATA (2025) 15. FORMACIÓN EN ÉTICA (Sandra Casas). NO REALIZADA 16. SUPERVISIONES EXTERNAS Y ASESORÍA DE EQUIPOS. (Andrés López Pardo). NO REALIZADA.
Conciliación laboral	Media >5,5	-	-	-	6,2	Se ha conseguido el indicador ampliamente obteniéndose una puntuación de 6,2 punto sobre 7.
Satisfacción laboral	Media >5,5	-	-	-	6,3	Se ha conseguido el indicador ampliamente obteniéndose una puntuación de 6,3 punto sobre 7.
Clima Laboral NPS Familiares y allegados	>50	-	-	-	61,30	Se pasa a final de año, este año se pasará la escala a las personas usuarias.
Total "me gusta" Facebook	>2700	2916	2934	2952	2975	Se alcanza el indicador antes de finalizar el año.
Total seguidores en X	>2000	7	11	15	20	No se alcanza el indicador ya tras el cambio a X, hemos tenido problemas con la cuenta de Twiter y hemos tenido que crear una nueva.
Total seguidores en instagram	>1500	2249	2326	2390	2451	Se alcanza el indicador antes de finalizar el año.
Total seguidores en linkedin	>100	144	153	154	173	Se alcanza el indicador antes de finalizar el año.
Puntuación media CSG-VP, CD	> 5	-	-	-	5.46	No se consigue el indicador.
Puntuación media en escala de satisfacción Global de familias	>4,5	-	-	-	5,6	Se consigue el indicador.
Puntuación media ítem satisfacción gral. Q-LES-Q (CD)	> 2,5	-	-	-	3	Se consigue el indicador.

Puntuación media en EVDP CD	< 45	-	-	-	29	Se consigue el indicador.
Ingresos hospitalarios descompensación (CD)	<6	0	0	0	0	No se ha producido ningún ingreso hospitalario en la unidad de agudos.
Recaídas (CD)	<8	1	0	0	0	Se ha producido 3 en este semestre recaídas que gracias a nuestra intervención han evitado un ingreso hospitalario. En total se han producido 7 durante el año.
Acuerdos de asamblea ejecutados en CD	>75%	-	-	-	66.67%	Se ha conseguido el indicador previsto.
Acuerdos ejecutados en las reuniones de equipo	>75%	-	-	-	100%	Se ha conseguido el indicador previsto
Citas con IVASS	11	2	1	0	0	No se ha producido ninguna cita presencial seguimiento por parte de los técnicos del IVASS.
Personas que utilizan la Habitación Trieste	< =5	2	6	0	0	La habitación Trieste ha sido utilizada durante el 2025 en 8 ocasiones, tras la utilización de la habitación no ha sido preciso ingreso hospitalario.
Personas que utilizan Confort Room	> =15	3	2	1	0	Durante el semestre 1 persona han utilizado la Confort Room.
Promedio de intervenciones individuales por persona.	>20	35.45	38.2	38.65	39.9	Durante el semestre se ha conseguido el indicador, atendiendo una media de más de 20 intervenciones individuales por persona en todos los recursos. La media anual es de 38.05 atenciones individuales por persona al mes.
Porcentajes de altas del servicio.	>10%	0	3	4.16%	2.77%	Se han producido un total de 3 altas nuevas.
Porcentajes de bajas del servicio.	<10%	0	3	1.38%	2.77%	Se ha producido dos bajas en CD por fallecimiento y baja voluntaria. Una baja voluntaria en la vivienda. Y una derivación a otro recurso en CEEM por conducta disruptiva e incumplimiento de RRI.

Porcentajes de abandonos del servicio	<10%	0	0	0	0	No se han producido.
Bienestar psicológico Escala Ryff	>137	-	-	-	154,57	Se consigue en indicador previsto.
Acciones antiestigma	>10	-	-	-	9	1. Obrim La Ment al Mon, 2. Dia Mundial de la Salud Mental, 3. Belen, 4. Estoreta, 5. Idea al objeto, 6. Carrera Trencant Barreres, 7. Biblioteca Humana, 8. Jornada de Liga Inclusiva Formación Compromiso Antiestigma
Alianzas para la sensibilización	>5	-	-	-	9	1.- Convenio CF Promeses Sueca 2.- Instituto Tecnológico de Informática de la Universidad de Valencia. 3.- GAMISEM 4.- Grupo de trabajo de Agentes de Ayuda Mutua de la red ISEM. 5.- Grupo Gestión del Talento de la red ISEM 6.- Colaboración con la WARP-FEARP 7.- Europe Plataform of Rehabilitation. 8.- Gogoolego.com 9.- Compromiso antiestigma. Obertament.
Acciones de docencia	>2	-	-	-	5	Foro Salud mental y deporte Docencia FEARP Desescalada verbal y RCP FEARP CURSO PRACTICAS NO COERCITIVAS TERUEL
Porcentaje de integración laboral	>5%	26.39%	19.44%	8.33%	13.88%	Se consigue el indicador previsto

Porcentajes de formación académica	>5%	2.78%	2.78%	0%	0%	Durante e semestre no se han realizado cursos de formación académica.
Puntuación. Índice de ambiente restrictivo. Escala E.I CD	<15	-	-	-	7.4	Se consigue el indicador previsto.
Porcentajes de personas usuarias que asisten a las reuniones PIR	>50%	38.29%	22.5%	25.9%	11.33%	No se ha conseguido el indicador previsto, seguiremos interviniendo de manera individual hasta que se consiga. El porcentaje anual de participación ha sido de 35.13%
Número total de sanciones que se aplican según RRI	<10	9	3	2	0	9. En total durante este semestre se han aplicado un total de 2 sanciones administrativas por incumplimiento de las obligaciones de las personas usuarias. Durante el 2025 se han aplicado 13 sanciones por incumplimiento de obligaciones.
Porcentajes de personas completamente autónomas manejo de dinero	>20%	20.83%	20.83%	20.83%	20.83%	Un total de 15 personas de las 72 personas atendidas en nuestros recursos. De las 15 personas: CEEM y CD: 9 SASM 1: 3 SASM 2: 3 Se ha conseguido en indicador.
Porcentajes de personas completamente autónomas manejo de tabaco	>20%	36.11%	36.11%	36.11%	36.11%	Un total de 26 personas de las 72 personas atendidas en nuestros recursos. De las 26 personas: CEEM:3 CD: 18 VTS: 5 Se ha conseguido en indicador.
Porcentajes de personas completamente autónomas manejo de compras	>20%	26.39%	26.39%	45.83%	45.83%	Un total de 32 personas de las 72 personas atendidas en nuestros recursos. De las 32 personas: CEEM: 2 CD: 19 SASM 1: 6

						SASM 2: 6 Se ha conseguido en indicador.
Porcentajes de personas completamente autónomas de manejo de gestiones.	>20%	29.17%	29,17%	23.61%	23.61%	Un total de 17 personas de las 72 personas atendidas en nuestros recursos. Se ha conseguido en indicador.
Porcentajes de personas completamente autónomas manejo de uso de móvil	>20%	48.61%	48,61%	50%	50%	Un total de 36 personas de las 72 personas atendidas en nuestros recursos Se ha conseguido en indicador.
Puntuación media - GENCAT	>=25	-	-	-	33	Se ha conseguido el indicador
Puntuación media - INTEGRAL	>=20	-	-	-	33	Se ha conseguido el indicador
Número total de personas usuarias de CEEM y SASM I y SASM II que tienen un PAD	Mayor o = a 20	-	-	-	26	Se ha conseguido el indicador previsto 20 personas usuarias tienen elaborado su plan de de decisiones anticipadas en caso de crisis.
Número de respuestas a no conformidades o sugerencias en la encuesta de satisfacción anual de personas familiares o allegados	Mayor o = a 5	-	-	-	-	En la reunión anual con las personas familiares y allegadas se dieron respuesta las sugerencias de las personas familiares, realizadas en las encuestas de satisfacción del año 2024.
Cuestionario para la evaluación continua de los planes de atención libre de coerciones	Categoría 1: Próximo al modelo centrado en la persona - Puntuaciones entre 20 y 29.					PERSONAS USUARIAS: 27,76 EN LOS QUE SE PERCIBE MAYOR COERCIÓN: (11) PRESENCIA PERSONAL SANITARIO Y (12) AISLAMIENTO*
	Categoría 2: Prácticas poco coercitivas - Puntuaciones entre 30 y 49	-	-	-	26,24	PERSONAS FAMILIARES: 21
	Categoría 3: Prácticas moderadamente coercitivas -					ITEMS EN LOS QUE SE PERCIBE MAYOR COERCIÓN: (11) PRESENCIA PERSONAL SANITARIO

	Puntuaciones entre 50 y 69.					PERSONAS TRABAJADORAS: 29,96
	Categoría 4: Prácticas coercitivas - Puntuaciones entre 70 y 89					TEMS EN LOS QUE SE PERCIBE MAYOR COERCIÓN: (7) AUTORIZACIÓN SALIDAS, (9) MEDICACIÓN RESCATE, (10) MEDICACIÓN OBLIGATORIA, (11) PRESENCIA PERSONAL SANITARIO Y (12) AISLAMIENTO
	Categoría 5: Muy centrado en prácticas coercitivas – Puntuaciones entre 90 y 10					PUNTUACION MEDIA: 26,24

Durante el periodo de análisis se han registrado las siguientes incidencias de carácter interno relacionadas con:

1. R.B. Vulnerabilidad ante consumo de tóxicos
2. M.P. Vulnerabilidad ante consumo de tóxicos
3. A.V. Consumo de tóxicos en el centro
4. S.S. Prevención recaídas
5. J.V.R. Prevención conducta suicida
6. ACTA GENERAL 000SP_CVET_072250105
7. M.A. Exacerbación EPOC
8. M.A. Exacerbación EPOC
9. L.B. Aumento de sintomatología de manera estacional en primavera
10. D.S. Disfagia
11. J.C. Insuficiencia respiratoria
12. D.H. EPOC
13. D.H. Disfagia
14. D.H. Riesgo autolesión
15. M.J.R. Riesgo grave de agresión a terceros
16. ACTA GENERAL 0000SP_AVET_170250083
17. Acta de inspección nº010271 de servicios sociales, vivienda tutelada supervisada SASM I y SASM II
18. Riesgo caídas R.A

Situación de las acciones correctivas:

Durante el periodo de análisis se han activado distintas acciones correctivas relacionadas con el funcionamiento de la fundación, que quedan registradas en los diferentes diarios de coordinación.

Podemos decir que todas las medidas acordadas se han llevado a cabo y han resultado eficaces para su propósito.

Riesgos y oportunidades

Se han determinado los riesgos y oportunidades de la organización desde el punto de visto estratégico y de proceso. Estos se han registrado en el documento F1902 "Matriz de riesgos", y se han evaluado con el apoyo del Proceso P19 "Contexto y Gestión de riesgos". En función de los resultados de dicha evaluación, se han trasladado las medidas oportunas estimadas por la dirección de la organización al "Plan de Mejora Continua", F1903, en el que se puede ver el estado y seguimiento de estas. No obstante, para facilitar el seguimiento en un único documento, las medidas adoptadas y no contempladas como objetivos de calidad son los siguientes:

- Contexto y partes interesadas del periodo 2024; 21/12/2024: "Avances tecnológicos" se identifica una oportunidad, la concesión de subvención de fondos Next Generation para la digitalización DIGISEM; PMC 21 Implementación de la tecnología descrita en el proyecto DIGISEM.
 - En junio del 2023 se concede la Subvenciones para el apoyo a la modernización de las entidades del Tercer Sector, convocatoria puesta en marcha través del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, iniciativa desarrollada bajo el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia financiado por la Unión Europea – NextGenerationEU-. Con plazo de justificación marzo 2025, En diciembre de 2024 se justifica el proyecto habiéndose implementado todas las tecnologías.

Desempeño de los proveedores externos:

Se ha realizado la evaluación de todos los proveedores de la organización. No se han detectado graves problemas en cuanto a los mismos por lo que no se han tenido que tomar medidas importantes. Los proveedores homologados se encuentran en la Lista de Proveedores Homologados, F1601.

Resultados de seguimiento y medición:

En cuanto a los resultados de seguimiento y medición, se puede decir lo siguiente:

- El resultado de la satisfacción de los clientes y partes interesadas se ha tratado en el apartado correspondiente.
- Los resultados de los indicadores (y por tanto seguimiento y medición de los procesos) se ha comentado en el apartado correspondiente

El servicio prestado ha ido pasando todos los controles de calidad establecidos y el funcionamiento se considera apto, viendo las reclamaciones que se han tenido en el periodo de análisis.

Seguimiento de las revisiones por la dirección previas:

Ajustar las competencias en el perfil de puesto y registrar las mismas para hacer seguimiento individual según perfil de puesto, por colores para detectar necesidades de formación (2019-2020)

Hasta el momento se han ajustado las competencias de cada uno de los perfiles, se ha creado el documento seguimiento de competencias y se ha empezado a cumplimentar el documento que permita detectar necesidades de formación. **Se pospone al periodo 2022-2026**

Renovar aseos de espacios comunes y habitaciones (2019-2020).

Pendiente de planificación se pospone al periodo 2021-2022. Hasta la fecha se ha renovado dos aseos correspondientes a dos habitaciones. Y se ha subsanados humedades que existían en los baños de las habitaciones. Durante el periodo 2022 se han empezado a renovar los aseos de las habitaciones y durante 2023 se finalizarán las obras de estos. La finalización de los aseos de las habitaciones ha finalizado en 2024.

Elaborar Plan de comunicación. (2019-2020)

El Plan de comunicación se ha desarrollado. Queda pendiente la difusión de este y seguir con las actuaciones planificadas en el mismo. Se ha elaborado el plan de

comunicación que comprende al periodo 2022-2026. **A lo largo del 2024 se realiza una mejora de este en una actividad englobada dentro del proyecto DIGISEM.**

Elaborar Política de RSC. (2019-2020)

De momento se pospone la elaboración para integrarla en el Plan Estratégico de la entidad. A pesar de no tener un documento explícito, sí se llevan a cabo acciones relacionadas con la mejora en la sostenibilidad de los RRHH, y comunidad. Con la apertura del nuevo CEEM Galatea se pretende elaborar durante el periodo 2022-2026 el Plan Estratégico de la entidad y su política de RSC.

Mejorar la atención y el trato que reciben nuestras personas usuarias. Esta propuesta se llevará a cabo mediante la oferta a nuestros/as trabajadores/as de la formación “Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano”. (CUARTO TRIMESTRE 2020)

La formación se ha realizado en modalidad online durante los días 21 sept, 07 y 16 oct, 5 y 27 nov, 15 dic con una duración de 27 horas. A raíz de esta se establece una reunión semanal de una hora y media de duración con todo el equipo para mejorar la atención y el trato que reciben nuestras personas usuarias.

Mejorar el sistema de aire acondicionado de aquellas instalaciones que más lo necesiten. (CUARTO TRIMESTRE 2020)

Estamos a la espera de que salga la convocatoria de subvenciones de mantenimiento de centros para terminar de renovar el sistema de aire acondicionado, de la zona de habitaciones. Durante 2022 se va ha acometido la renovación de la segunda fase de los A/A. Durante el año 2026 esperamos renovar el sistema de A/A de las habitaciones.

Hacer que los profesionales reduzcan su tiempo de gestión y aumenten el tiempo dedicado a sus usuarios y residentes. Esta propuesta se desarrolla mediante el SOFTWARE GESTIÓN DE RESIDENCIAS ResiPlus®. (CUARTO TRIMESTRE 2020)

El software de gestión ya se ha implementado y todo el equipo lo está utilizando.

Mejorar la organización de las actividades que se ofertan mediante la elaboración de un calendario anual de actividades. (CUARTO TRIMESTRE 2020)

Se ha realizado un calendario anual de actividades el cual se publicó el 31-1-2020 con el objetivo de mejorar la organización de actividades.

Aumentar la implicación y motivación de los trabajadores/as en actividades extraordinarias mediante la creación de grupos de trabajo para cada actividad extraordinaria. (CUARTO TRIMESTRE 2019)

Se han confeccionado 21 grupos de trabajo para la realización y organización de actividades. Debido a la crisis sanitaria por COVID_19 muchos de los grupos de trabajo no han podido desarrollar sus proyectos. Para el próximo año se han reducido el número de grupos y se han confeccionado unas normas para mejorar el funcionamiento de los grupos de trabajo. Durante el año 2022 se han consolidado los grupos de trabajo y en enero 2023 se presentarán memorias de trabajo de los grupos y fichas de prácticas innovadoras por lo tanto este objetivo se da por consolidado y conseguido.

Mejorar el seguimiento de nuestras personas usuarias mediante el registro de nuevos indicadores. (CUARTO TRIMESTRE 2020)

Se introducen en el registro de seguimiento de indicadores F0502 los siguientes indicadores:

- ✓ Porcentaje de personas que agreden a otras personas.
- ✓ Porcentajes de personas que abandonan el centro sin autorización.
- ✓ Porcentaje de personas que consumen tóxicos.
- ✓ Número de veces que intervienen los servicios de urgencias 112 y fuerzas y seguridad del estado.

Desde agosto se están cumplimentando y realizando seguimiento. Durante todo el 2022 se han registrado los indicadores aportando información valiosa para planificar las intervenciones de las personas usuarias.

Aumentar la implicación y motivación de los trabajadores/as en actividades extraordinarias mediante la creación de grupos de trabajo para cada actividad extraordinaria. (PRIMER TRIMESTES 2021)

Los grupos de trabajo lo forman 1 responsable del grupo más 3 personas por grupo. Todo el equipo de atención directa debe apuntarse como mínimo en un grupo de trabajo atendiendo a sus intereses.

Se realizarán máximo 4 reuniones por proyecto. En la medida de lo posible estas reuniones se realizarán dentro de la jornada laboral. De cada reunión se elaborará acta.

Es obligatorio que cada grupo presente como mínimo un proyecto realizado y lo ejecute. Los grupos ha trabajado durante todo 2021.

Se establece 10 grupos de trabajo de avance técnico:

- ✓ GRUPO DE TRABAJO CORECCION DEL LENGUAJE y DISEÑOS GRAFICOS
- ✓ GRUPO DE TRABAJO OCIO COMUNITARIO E INTERNO
- ✓ GRUPO DE TRABAJO ARTE Y SALUD MENTAL
- ✓ GRUPO DE TRABAJO DEPORTE Y SALUD MENTAL
- ✓ GRUPOS DE TRABAJO OCUPACIONAL MANIPULATIVO
- ✓ GRUPO DE TRABAJO INVESTIGACION PUBLICACIONES CONGRESOS
- ✓ GRUPO DE TRABAJO SENSIBILIZACION ESTIGMA SOCIAL VISIBILIDAD.
- ✓ GRUPO DE TRABAJO PRÁCTICAS NO COERCITIVAS. ACOMPAÑAMIETO TERAPEUTICO.
- ✓ GRUPO DE TRABAJO PROMOCIÓN DE LA SALUD
- ✓ GRUPOS DE TRABAJO INNOVACION Y DESARROLLO RESIPLUS

Los grupos están trabajando, siguiendo las pautas establecidas durante el año 2022.

Certificarnos en la norma Norma Libera-Care de Fundación Cuidados Dignos (FCD) entidad creadora e impulsora de la Norma Libera-Care, nuevo Modelo de Cuidado, de Atención e Intervención Centrado en la persona y Sin Sujeciones que abarca todos los ámbitos asistenciales y de intervención: Residencias, Centros de día, Hospitales, Centros de Salud Mental, Centros de Discapacidad, Atención Primaria, Atención Domiciliaria... nacido de la Norma Libera-Ger, modelo de Gestión y Eliminación de Sujeciones (2021-2022)

Se ha realizado una formación a todo el personal en julio 2021 y de octubre 2021 a junio 2022 se va a empezar con un proceso de consultoría para la certificación de la norma libera care. El proceso está finalizado y el 17-11-2022 obtuvimos la certificación siendo el único CEEM de la Comunidad Valenciana que cuenta con la certificación. En diciembre de 2023 se ha realizado la segunda evaluación de la norma libera care

estando a la espera de la recepción del informe por parte de la auditora. Durante el 2026 está prevista la recertificación.

Motivar al personal y a las personas usuarias del CEEM, CD y SASM I y SASM II a trabajar juntos para reducir el conflicto tanto como sea posible. Para todo el equipo se formará en Modelo Safewards Las intervenciones de Safewards produjeron una disminución del 15% en la tasa de conflicto y una disminución del 24% en la tasa de contención. (CUARTO TRIMESTRE 2023)

Durante el año 2023 se realizó una evaluación pre de resultados sobre una serie de indicadores del modelo safewards. Tras esta se realizó una formación todo el personal de nuestro CEEM que consta de 7 módulos:

1. MODELO SAFEWARDS (FORMACIÓN EXTERNA)
2. MODELO SAFEWARDS (24-03-2023 FORMACIÓN INTERNA JESUS RIENDA)
3. MODELO SAFEWARDS (1-06-2023 FORMACIÓN INTERNA CONOCERSE MUTUAMENTE JESUS RIENDA)
4. MODELO SAFEWARDS ALTERNATIVAS AL USO DE CONTECIONES MECÁNICAS MODULOS PALABRAS GENTILES Y DESCRIPCIONES POSITIVAS (13-07_2023 JESÚS RIENDA)
5. MODELO SAFEWARDS ALTERNATIVAS AL USO DE CONTECIONES MECÁNICAS MODULOS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y DESESCALADA LORENA ADAM
6. MODELO SAFEWARDS 19-10-2023 REASEGURAMIENTO, Y COMO DAR MALA NOTICIAS
7. MODELO SAFEWARDS 14-12-2023

Posibles cambios en el sistema de gestión de la calidad:

Además, ha habido otras modificaciones en procesos, protocolos y formatos, así como creación de nuevos formatos:

Se han modificado los siguientes procesos:

- PROT 05 PAUTAS DE ACTUACIÓN EB CENTROS RESIDENCIALES DE APOYO INTERMITENTE
- PROT-46 PLAN FOMENTO ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN CD
- PROT-47 PLAN FOMENTO AUTONOMÍA CEEM
- PROT-03 PAUTAS ACTUACIÓN EN RESIDENCIA Y CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
- PROT-39 PLAN ATENCIÓN LIBRE DE COERCIONES
- PROT-40 PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES
- PROT-45 INTERVENCIÓN HABITACIÓN TRIESTE

De cara al 2026, se van a revisar los indicadores de calidad del sistema. Probablemente se elimine alguno de ellos, ya que se considera que actualmente no aportan información útil para la organización, y se van a incluir nuevos.

Análisis de los Objetivos de la calidad:

A continuación, se comenta el resultado obtenido para los objetivos de calidad planteados para el 2025.

OBJETIVO	EST.	3 ^{er} T	4 ^o T	OBSERVACIONES
Número de personas usuarias que gestionan sus actividades a través de la APP TIMPS	Mayor o = a 10	-	-	Durante este semestre se ha convocado una reunión en la que se ha establecido un grupo focal para la implementación de la app. También se ha adquirido la pantalla táctil para su aplicación. Se instala, pero no se pone en marcha.
Aumentar asistencia al recurso de Centro de Día	Mayor o = a 12	12.80	13.95	Se consigue el indicador durante este semestre, siendo en el segundo trimestre cuando se observa el aumento de asistencia al recurso de Centro de Día. Continuaremos trabajando en el Programa de fomento de asistencia a Centro de Día.
Registrar los planes de decisiones anticipadas en caso de crisis en el SAIP de área de salud mental de referencia	Mayor o = a 10	0	0	Durante el primer semestre no se ha conseguido registrar ningún plan de decisiones anticipadas, siendo necesaria la colaboración y firma del psiquiatra de referencia del área de salud pública. Tras reunión en Julio se nos informó que desde la Unidad de Salud Mental habían acordado no firmar ningún PAD. Continuaremos intentando registrar en el SAIP con la firma del Dr. Galbis.

Adecuación de los recursos:

Se ha comprobado que las infraestructuras y equipos de la organización son los adecuados para llevar a cabo las actividades de la organización. No obstante, se pretende renovar los equipos de aire acondicionado e introducir mejoras en el equipamiento de la cocina.

En cuanto a los recursos humanos, el plan de formación del periodo 2021 no ha podido llevarse a cabo en su totalidad debido a la crisis sanitaria originada por el COVID_19.

Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades:

Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades se han establecido como resultado de la realización del análisis y revisión de los procesos de la organización, dejando constancia de estas en el Plan de Mejora Continua. Se realizará un seguimiento de estas de manera semestral, dejando constancia de ello en el propio Plan de mejora. Al final del periodo 2024, se evaluará la eficacia de las acciones planteadas dentro de un nuevo informe de revisión de todo el periodo.

Recomendaciones para la mejora:

A continuación, se establecen el resumen del estado de las recomendaciones para la mejora para el periodo 2025 en materia de calidad:

Recomendaciones para la mejora:

A continuación, se establecen las recomendaciones para la mejora para el periodo 2024 en materia de calidad:

- Elaborar un plan individual de voluntades de las personas usuarios de los dispositivos residenciales de la Fundación SASM_ Salud Mental. Camino Les Cendroses s/n (CUARTO TRIMESTRE DE 2024)

Ya se ha realizado el plan individual de voluntades anticipadas que se incluye dentro del protocolo de intervención de crisis. Se han empezado a elaborar los primeros planes de voluntades anticipadas y el próximo paso a seguir es coordinación con la Unidad de Salud Mental para incluir estos planes decisiones anticipadas en la historia clínica de cada persona. Tras reunión con USM, se rechaza firmar dichos documentos por su psiquiatra de referencia ni se facilita el acceso a la historia clínica.

- Crear un equipo de respuesta rápida ante crisis basado en el dialogo abierto, norma libera care y modelo safewards. (PRIMER TRIMESTRE DE 2024)

Durante el primer trimestre del año se ha constituido el equipo de respuesta ante crisis.

- Revisar las PROT_03 y adaptarlo a la situación actual de la entidad. (CUARTO TRIMESTRE DE 2026)

Queda pendiente la realización del PROT_03.

- Mejorar la transparencia mediante el “indicador de transparencia” mediante infografía en el tablón, web o redes sociales donde aparece las puntuaciones

de las valoraciones de satisfacción e inspecciones de servicios sociales.
(SEGUNDO TRIMESTRE 2024)

Realizado y puesto en marcha

- Certificarnos en la norma Norma Libera-Care de Fundación Cuidados Dignos (FCD) entidad creadora e impulsora de la Norma Libera-Care, nuevo Modelo de Cuidado, de Atención e Intervención Centrado en la persona y Sin Sujeciones que abarca todos los ámbitos asistenciales y de intervención: Residencias, Centros de día, Hospitales, Centros de Salud Mental, Centros de Discapacidad, Atención Primaria, Atención Domiciliaria... nacido de la Norma Libera-Ger, modelo de Gestión y Eliminación de Sujeciones (SEGUNDO TRIMESTRE 2024)

En diciembre de 2025 se realizará la tercera evaluación, pendiente de concretar recertificación para principios de 2026.

- Consolidar la figura de experto por experiencia en salud mental en los dispositivos CEEM, CD, SASM I y SASM II del Camino Les Cendroses s/n. (SEGUNDO TRIMESTRE 2024)

Se elabora y define el programa de atención y funciones que desarrolla la figura de experto por experiencia en salud mental en los dispositivos CEEM, CD, SASM I y SASM II del Camino Les Cendroses s/n

- Automatizar informáticamente los procesos de evaluación del CEEM, CD, SASM I y SASM II. CUARTO TRIMESTRE DE 2024)

Se ha desarrollado una propuesta de evaluación para poder acceder a los datos de resipius y crear cuadros de mando para poder automatizar los procesos de evaluación.

- Desarrollar el plan de transformación digital periodo 2024-2029.

Dentro de proyecto DIGISEM se ha realizado un primer proyecto del plan de transformación digital con la consultoría DUONEX.

Resultados

Establecimiento de los Objetivos de la calidad:

En la tabla adjunta al final de este informe se establecen los objetivos de calidad para el periodo 2026, así como las acciones asociadas a la consecución de los mismos, plazos, costes y responsables. Estos objetivos y su plan de acciones se consideran necesarios para mantener y mejorar la eficacia del sistema de gestión de calidad y sus procesos, así como la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.

Revisión de la Política de la Calidad:

La política de calidad se ha revisado y se considera adecuada para el propósito de la organización.

Medidas de mejora y recursos necesarios:

Las medidas a llevar por cabo por Fundación SASM en relación con la eficacia del sistema de gestión de calidad, sus procesos, mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente son:

Los cambios que se van a llevar a cabo en el sistema de gestión indicados en el apartado "*Posibles cambios en el sistema de gestión*".

Las definidas en el apartado de recomendaciones de mejora, así como las acciones asociadas a la consecución de los objetivos planteados y aprobados por Dirección. Los recursos son los definidos en dicha tabla y los establecidos en las medidas de mejora.

Plan de Formación para el año 2026, se ha establecido el Plan en función de las necesidades detectadas sobre todo en el personal de la empresa (ver Plan de Formación 2026). También se podrá añadir dentro de dicho Plan de Formación otras actividades de formación que puedan surgir durante el transcurso del año.

Plan de auditorías: La Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad se realizará durante el mes de (____) de 2026. (pendiente confirmar)

Necesidades de cambio en el sistema de gestión de la calidad:

Los cambios llevados a cabo en el sistema de gestión de la calidad van encaminados a modificaciones como consecuencia de mejoras detectadas en el propio sistema y las derivadas de la adecuación que se está realizando a los nuevos requisitos de la ISO 9001:2015 además de los que pudieran derivarse de las auditorías tanto internas como externas del sistema de gestión de la organización.

Nº	OBJETIVO	VALOR	PLAZO OBJETIVO	ACCIONES	PLAZOS	RESPONSABLE	COSTES Y MEDIOS
1	Fomentar participación en talleres de las personas atendidas	Media numérica de personas atendidas que participan en talleres.	Diciembre de 2026	Reunión con los profesionales para buscar alternativas para fomentar la participación	Febrero 2026	Direcc + Psicología TO	Horas de trabajo
		Número de talleres realizados		Modificación de actividades	Abril 2026		
		Mayor o igual a 20		Evaluación.	Noviembre 2026		
2	Aumentar la asistencia a nuestro Centro de Día	Media numérica de personas usuarias que asisten al mes a CD	Diciembre de 2026	Reunión informativa con personas usuarias y presentación del plan de mejora de la asistencia y atención	Febrero 2026	Dirección + Claudio Alaman Jesús Rienda Mar Martín Jose Selles Noé Asés Eva Gigante	Horas de trabajo
		Mayor o igual a 12		Seguimiento de resultados	Julio 2026		
		Se hará el seguimiento mediante registro de indicadores F0502.		Evaluación	Noviembre 2026		
3	Fomento autonomía de las personas atendidas	Número de personas usuarias que realizan gestiones autónomas	Diciembre de 2026	Implementar plan fomento autonomía	Enero 2026	Dirección + Departamento de T.O Departamento de Enfermería	Horas de trabajo
		Mayor o igual a 20		Seguimiento	Junio 2026		
		Se hará el seguimiento mediante registro de indicadores F0502.		Evaluación	Noviembre 2026		

12. AGRADECIMIENTOS Y ALIANZAS

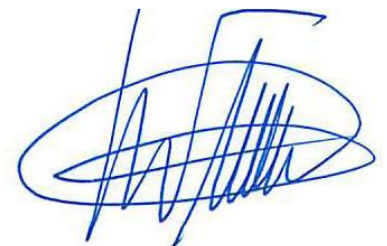
Las alianzas son uno de los puntos claves del nuevo Modelo de Atención.

A nivel estratégico, la generación de sinergias con otras entidades o instituciones nos permite tener una mayor capacidad de incidencia hacia la transformación social y dar voz a las personas.

A nivel operativo, las alianzas con entidades locales y nacionales responden al deseo de enmendar necesidades concretas y aprovechar los recursos de todos para ofrecer la mejor atención posible a las personas que atendemos.

Descubre nuestras alianzas en: <https://fundacionsasm.org/conocenos/>

En Sueca a 26 de enero de 2026.



Vicente González Ortuño
Administrador