

TRABAJO FIN DE MÁSTER

PLAN ESTRATÉGICO DE UNA RESIDENCIA DE MAYORES

MEMORIA DE GESTIÓN

ALUMNO: Carmen María Peñalver Monteagudo

TUTOR: Loreto Maciá Soler

Master Universitario en Gestion Sanitaria

Curso: 2017-2018

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. SITUACIÓN ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA.....	6
1.2. HISTORIA DE CASER RESDENCIAL.....	9
1.3. OBJETIVOS.....	11
1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
2. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.....	11
2.1 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.....	11
2.1.1 MISIÓN.....	12
2.1.2 VISIÓN.....	12
2.1.3 VALORES.....	13
3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	14
3.1 ANÁLISIS EXTERNO.....	14
3.1.1 FACTORES QUE AFECTAN A LA GESTIÓN.....	14
3.1.2 LEGISLACIÓN.....	15
3.1.3 MERCADOS, SERICIOS OFRECIDOS Y CLIENTES.....	16
3.2 ANÁLISIS INTENRO.....	17
3.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	18
3.2.2 MODELO ASISTENCIAL Y CARTERA DE SERVICIO.....	19
3.3 MATRIZ D.A.F.O.....	22
4. PLAN ESTRATÉGICO Y OBJETIVOS.....	23
4.1. PLAN ESTRATÉGICO UTILIZAZO EN CASER RESIDENCIAL.....	23
4.2. OBJETIVOS.....	24
4.3. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.....	25
5. PLAN DE ACTUACIÓN.....	25

5.1 PROGRAMA DE ACTIVIDADES.....	25
5.2 COMPROMISO DE CALIDAD.....	26
5.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.....	28
5.2.2 PLAN DE FORMACIÓN.....	29
5.3 RECURSOS HUMANOS.....	30
6. CONCLUSIONES.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34



RESUMEN

En el presente trabajo se redacta el modelo de gestión y el plan estratégico llevado a cabo en un centro residencial de personas mayores. Podemos observar las dimensiones y los elementos que incluye un modelo de gestión (el ser, el estar y el hacer), donde se especifica la misión, visión y valores que rodean a sus centros, los factores tanto internos como externos que afectan a dicha gestión, la definición de su matriz D.A.F.O y todas las actividades y proyectos implantados para conseguir los objetivos propuestos por la empresa. Destacamos los modelos de gestión de calidad utilizados en sus centros, EFQM 500+ e ISO 9001, los cuales tiene un importante reconocimiento y son de los más adaptados en el contexto europeo. Como conclusión, el centro residencial para personas mayores está constituida como una empresa de Atención Integral a la Dependencia. Basa su especialización en el diseño y prestación de servicios que satisfacen el bienestar y la calidad de vida de las personas dependientes aportando la máxima calidad en sus servicios, una atención individualizada al usuario y la máxima profesionalización. Todo ello es posible gracias al plan estratégico implantado por la empresa.

Palabras Clave: Gestión, calidad, envejecimiento, estrategia y dependencia.

1. INTRODUCCIÓN

La Gestión Clínica (GC) surge como una iniciativa dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica. Tradicionalmente, la práctica clínica se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, continúa con el plan terapéutico y dura mientras se mantiene la relación médico-paciente. En este proceso el profesional moviliza los recursos necesarios para conseguir las mejoras posibles en la situación de salud de los pacientes.¹ Así pues, la GC es definida como el uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas.¹⁻² Otras de las definiciones encontradas es: la gestión clínica no es más que una forma de gestionar las unidades asistenciales basadas, fundamentalmente, en la participación activa y responsable de los profesionales para la consecución de unos objetivos definidos.³

Hay una serie de elementos que deben estar presentes a modo de guía para el desarrollo de la GC en una unidad:¹

1. Estudio de las características de producción de la unidad
2. Análisis organizativo
3. Análisis de la práctica clínica
4. Análisis de utilización de recursos
5. Desarrollo de un sistema de control de gestión de la unidad para el seguimiento y evaluación
6. Criterios de atención ética: es el compromiso de la unidad clínica con sus pacientes y con los ciudadanos en general e incluye actuaciones en relación a aspectos como:
 - Accesibilidad al servicio.
 - Información a enfermos y familiares.
 - Seguridad de los pacientes.
 - Tratamientos de pacientes críticos.
 - Comunicación interna.

Un modelo de gestión es el marco que sirve como referencia para gestionar una entidad. Se trata de la unidad mínima irreductible que contiene los

elementos que identifican a la organización. Expresa un estilo de gerencia y unas jerarquías, e incluye la razón e intuición, lo formal y lo informal. Las dimensiones y los elementos que incluye un modelo de gestión son: ¹

1. El SER:

a) Misión: debe definir la contribución de una institución a la sociedad. Las razones que justifican la existencia de una determinada institución.

b) Visión: representa aquello que la institución quiere llegar a ser. Como quiere que su entorno la vea.

c) Valores: son los principios o estándares que comparten los miembros de una organización, orientando la toma de decisiones.

2. El HACER:

a) Prioridades: caminos que utiliza la organización para lograr la misión.

b) Funciones: modelo de división del trabajo que define unidades organizativas capaces de asumir funciones.

c) Actividades: conjunto de tareas más o menos estandarizadas que realiza cada empleado de la organización. Las organizaciones que administran, controlan la actividad del personal. Las organizaciones que gestionan, controlan los procesos y los resultados.

3. El ESTAR:

a) Estructuras: modelo de división del trabajo. Cultura e incentivos: aspectos relacionados con la motivación, para ajustar los objetivos individuales a los de la organización.

b) Ambiente externo: relaciones con el entorno (asociaciones, sindicatos, proveedores, universidades, etc.).

c) Cultura: la ideología o cultura de la organización está formada por el conjunto de tradiciones y creencias que diferencian una organización de otra. La cultura organizacional evoluciona con el paso del

tiempo y en base a los éxitos y fracasos de la organización, aunque con el tiempo muchas de estas creencias se convierten en costumbres difíciles de modificar.

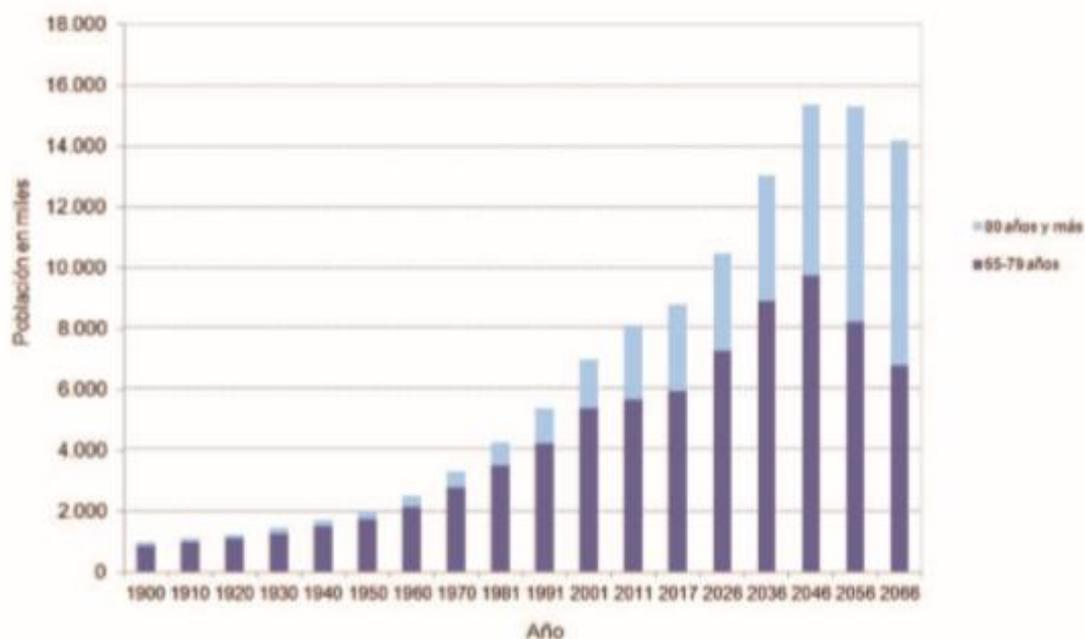
La GC actuaría como un lenguaje común, como un estímulo, entre los clínicos, las autoridades sanitarias y los pacientes. ²

Se presenta un proyecto de gestión para residencias de mayores, inspirado en el modelo Caser Residencial, cuyos responsables, han cedido toda la información relacionada que, la investigadora ha solicitado para realizar el proyecto.

1.1 SITUACIÓN ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA

España, sigue su proceso de envejecimiento que es necesario conocer para situarnos en el estado actual en el que se encuentra nuestro país. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2017 hay 8.764.204 personas mayores (65 y más años), un **18,8%** sobre el total de la población (46.572.132). Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6,1% de toda la población, y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento. Según la proyección del INE, en 2066 se estima que habrá más de 14 millones de personas mayores, correspondiente al 34,6% del total de la población que alcanzará los 41.068.643 habitantes. La década de los 30 y 40 registrarán los mayores incrementos, con la llegada de las cohortes del baby-boom.⁵

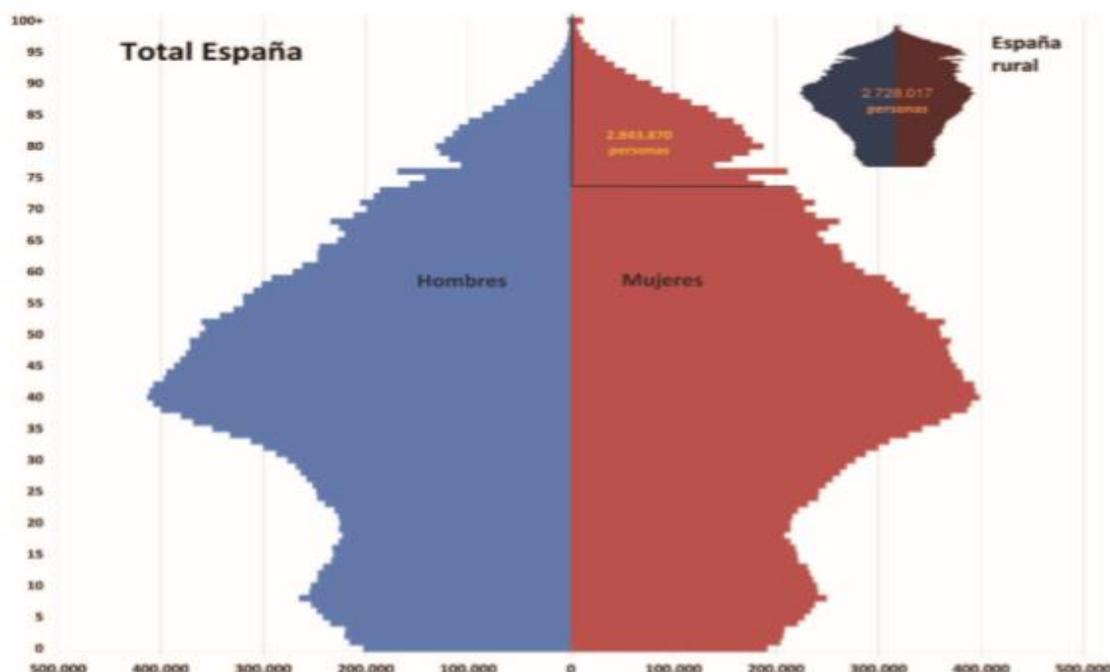
Figura 1: Evaluación de la población de 65 y más años, 1900-2066



Fuente: INE: INEBASE: 1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2017: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta enero de 2018. 2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018.

La estructura de la población cambiará. Hacia 2050 las personas mayores habrán duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral (16-64) y los niños (0-15) habrán reducido su peso. Los mayores triplicarán la cifra de niños. La pirámide habrá desarrollado una forma de “pilar de población”, si se mantienen los supuestos de fecundidad, mortalidad y migración de las proyecciones. La generación del baby-boom iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024. La presión sobre los sistemas de protección social continuará aumentando y será muy notable en la década de los 40. ⁵

Figura 2: Pirámides de población de España y de la España rural, 2017.



Fuente: INE: INEBASE: 1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2017: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta enero de 2018. 2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018.

Entre las diferentes comunidades autónomas de España, cabe destacar que Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria son las más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%. Canarias, Murcia y Baleares son las comunidades con porciones más bajas, por debajo del 16%. Cataluña, Andalucía, y Madrid son las comunidades con más población de edad, y superan el millón de personas mayores cada una.

El patrón de mortalidad de la población española en su conjunto está determinado por las causas de muerte de los mayores, pues el 85,6% de todos los fallecidos en España son personas mayores, proporción que sigue aumentando (2016). A principio del s. XX no llegaba al 30%. Los hombres empiezan a morir antes que las mujeres. En todos los grupos de edad las tasas de mortalidad masculina superan a las femeninas. En general la tendencia es a un retraso de la mortalidad (se sigue ganando esperanza de vida, especialmente en edades avanzadas); al no aumentar el límite de la vida, y morir cada vez más

tarde, se empieza producir una cierta homogeneización del proceso de muerte. En 2016, la principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio: provocó 109.096 fallecimientos. El cáncer (tumores) es la segunda causa de muerte (85.881 fallecidos). En tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias (43.898 fallecidos). Destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros. En el resto de causas se observa una reducción en los últimos diez años. ⁵

La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2016: 28,8% frente a 14,7 %). La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes), y en el futuro se espera que aumente.⁶

1.2 HISTORIA DE CASER RESIDENCIAL

Caser Residencial (CR) se crea en noviembre de 2007, tras adquirir, en 2004, Metrocés, empresa constituida en 1995, que operaba en el sector y contaba en ese momento con seis centros residenciales en propiedad. En 2011 comienza la puesta en servicio de teleasistencia con cobertura nacional. Desde su creación experimenta un crecimiento de 9 centros, siendo las últimas incorporaciones en 2013 el centro de Betharram y la apertura de Caser Residencial La Moraleja.⁷

La calidad es señal de identidad de Caser Residencial, por ello, el esfuerzo a lo largo de los 11 años de actividad se ha centrado en la personalización de la atención, en la búsqueda de la excelencia al cuidado de los mayores. Se lleva a cabo un modelo de gestión propio, aplicada a través de diferentes sistemas de gestión de la calidad, como son la ISO 9.001 y EFQM 500+. Además, se desarrollan alianzas con las grandes confederaciones del sector; AESTE, Fundación Edad y Vida y con Los Camilos.⁷

Los modelos de gestión de calidad utilizados en CR, tienen un importante reconocimiento y son de los más adaptados en el contexto europeo:¹

1. Normas ISO 9000: modelo de aseguramiento de la calidad de carácter normativo, que establece los requisitos para la implantación de un sistema de gestión de la calidad en una determinada organización.

2. El modelo efqm: modelo de calidad total que pretende hacer tangibles los principios de calidad o excelencia en todas las organizaciones. Es una filosofía empresarial basada en la calidad.

Está constituida como una empresa de Atención Integral a la Dependencia. Basa su especialización en el diseño y prestación de servicios que satisfacen el bienestar y la calidad de vida de las personas dependientes aportando la máxima calidad en sus servicios, una atención individualizada al usuario y la máxima profesionalización. Siguiendo estos criterios, cuenta con: centros residenciales para personas mayores, teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio, unidades de atención especializada, pisos tutelados y centros de día. Tiene como misión la excelencia en el cuidado de personas dependientes, destacando por la atención centrada en la persona, profesionalidad del equipo humano, la innovación, calidad y eficiencia. Se ha convertido en estos últimos años en un referente en el sector de la tercera edad, no sólo por su cultura de empresa, también por su crecimiento sostenido y racionalizado. Actualmente cuentan con 16 residencias plenamente operativas, repartidas en 9 comunidades autónomas.⁷

Desarrolla una política de colaboración, firmando convenios con entidades externas y desplegando alianzas estratégicas con distintos grupos de interés, principalmente: administración pública, agentes de la economía social, agentes del Sector de la Dependencia, Universidades centros formativos, asociaciones, fundaciones, etc. En general, todas las alianzas que establece están formalizadas mediante la firma de los correspondientes convenios. Concierta el 57,35% de su actividad con las Administraciones públicas de diversas Autonomías, siendo el resto de plazas privadas, es decir, es la empresa quien gestiona y decide todo lo referente al porcentaje restante. Este concierto (60%), supone una estabilidad asegurada para el mantenimiento de la actividad. El

porcentaje restante, proviene del cliente privado. Cuando una plaza pública no está cubierta, la administración abona a la empresa el 75% del coste total de la misma.⁸

La empresa cumple con el Decreto nº 69/2005, de 3 de junio de la CCAA de Murcia, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada.⁷⁻⁸

1.3 OBJETIVO

1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal del presente trabajo es definir el Plan Estratégico llevado a cabo por Caser Residencial en todos sus centros.

1.3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Detallar los factores externos e internos que afectan a la gestión de la empresa.
- Conocer las estrategias implantadas en Caser Residencial para conseguir su reconocimiento de calidad.
- Especificar el modelo asistencial y cartera de servicio de Caser Residencial

2. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES

2.1 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

La Visión, Misión y Valores y principios éticos constituyen el camino diseñado e implantado por los líderes de CR para el logro de los resultados esperados y derivan en el desempeño de la actividad y generan las pautas de constitución y funcionamiento de los principales órganos de gobierno y gestión.

Con el nuevo Plan Estratégico 2015-19 se ha revisado y actualizado la política de calidad, los valores (simplificados a 6), ejes estratégicos (incorporado el eje de seguridad) y objetivos de compañía.⁷⁻⁸

2.1.1 MISIÓN

Caser Residencial (CR) define la misión como la excelencia en el cuidado de personas dependientes, destacando por la atención centrada en la persona, profesionalidad del equipo humano, la innovación, calidad y eficiencia.

2.1.2 VISIÓN

Las nuevas líneas que marcan nuestra visión giran en torno a los siguientes puntos:

Tabla 1: Líneas que marcan la Visión de Caser Residencial.

ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA	PROFESIONALIDAD	INNOVACION	
Atención individualizada al cliente, adaptada a sus necesidades y preferencias.	Selección, desarrollo de competencias y reconocimientos a las personas.	Bajo el enfoque de Excelencia, consolidad la innovación, diseñar e implantar alternativas mejores a las actuales, en lo relativo a gestión, servicios y maneras de hacer las cosas	
CALIDAD	EFICIENCIA	LIDERAZGO	CARTERA DE SERVICIOS
Reconocimiento externo de la calidad en los servicios asistenciales, y hosteleros, mientras seguimos avanzando en el camino de la excelencia.	Gestión eficiente de los recursos mediante el uso de tecnología, innovación y mejora continua.	Reconocimiento de marca y referentes en el sector de la dependencia.	Crecimiento y mejora de los servicios a través de la especialización.

Fuente: Informe de CR 2015

Caser Residencial vela por el estricto cumplimiento de los requisitos legales aplicables, y va más allá de éstos, adoptando para los procesos del día a día las orientaciones de las normas y modelos: ISO 9001, ISO 22000, ISO 14001, UNE 158.101, Libera-Ger, IHSAS 18001, BPTW, GR1, todos ellos gestionados por el marco del Modelo de Excelencia en gestión EFQM 2013.

2.1.3 VALORES

La cultura se fundamenta en valores que se han ido consolidando a lo largo de su trayectoria:

Tabla 2: Valores.

CONFIANZA	COMPROMISO	HONESTIDAD	ROGOR	TRANSPARENCIA	TRABAJO EN EQUIPO
Siendo creíbles al desarrollar nuestras competencias y carácter.	Asumir retos de la empresa y necesidades de los clientes como propios.	Veraces y consecuentes en lo que decimos y hacemos.	Hacer lo que se debe hacer y asegurarnos de que está bien hecho	Sinceridad y claridad en las relaciones con los grupos de interés.	Compartiendo objetivos y acciones.

Fuente: Informe de CR 2015

CR asume el reto de mejorar continuamente la eficacia de su sistema de gestión, fijando objetivos, estableciendo indicadores para el seguimiento, implementando las acciones necesarias de mejora, aprendiendo de nuestra experiencia y potenciando la innovación prevención de riesgos, la inocuidad alimentaria, la igualdad y el desarrollo continuo de todo el equipo, contribuyen no sólo a una mejor calidad en la prestación de servicios, sino que nos hace socialmente responsables.

Cadena de Valor

Siguiendo el esquema de la APQC (American Productivity and Quality Center, www.apqc.org/pcf), destacamos estas 5 fases adaptadas a nuestra actividad:

- Desarrollo de la Visión y la Estrategia (Plan Estratégico, Planes Corporativos y Plan Operativo Anual)
- Desarrollo y Gestión de la Cartera de Servicios
- Marketing y Venta de Servicios
- Prestación de Servicios al Cliente
- Gestión y mejora de los Servicios y Relaciones con Clientes

Figura 3: Cadena de Valores CR



Fuente: Informe de CR 2015

3. ANÁLISIS DE LA SITUACION

3.1. ANÁLISIS EXTERNO

3.1.1 FACTORES DEL ENTORNO SANITARIO QUE AFECTAN A LA GESTIÓN

Algunos de los factores que afectan a la gestión son los redactados a continuación:²

- Las expectativas ciudadanas con respecto al sistema sanitario son cada vez más altas; el ciudadano es más exigente y está más informado.
- A medida que una sociedad avanza, el componente calidad de vida es más valorado.
- Las nuevas tecnologías de la información van a permitir a los clínicos conectarse a tiempo real con otros centros sanitarios, y esto implica que es posible colaborar en un diagnóstico a distancia, monitorizar a un paciente, fomentar cuidados domiciliarios y reforzar el papel de la atención primaria en el sistema sanitario.
- El envejecimiento de la población y el predominio de enfermedades crónicas plantean mayores necesidades de cuidados y de atención socio-sanitaria.
- El control de gasto público y la competencia, cada vez mayor, con otros gastos públicos alternativos (educación infraestructuras, etc.) no permiten importantes crecimientos en el presupuesto sanitario. El problema no es la necesidad de disminuir el gasto en sanidad, sino cómo hacer compatible el fuerte crecimiento e innovación de las tecnologías en sanidad y el incremento en las expectativas de los ciudadanos con las políticas de control de gasto público que la convergencia económica exige.

3.1.2 LEGISLACIÓN

Algunas de los decretos y leyes vigentes que forman parte del marco legislativo del tema a tratar son:

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Decreto n.º 69/ 2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada. La anterior Ley 8/ 1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia reconocía ya la fundamental importancia de la determinación de las condiciones mínimas de los centros, pues los apartados a) y b) de su artículo 55, atribuían al Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma el desarrollo reglamentario de la propia Ley, tanto respecto de las condiciones mínimas que deben reunir los centros o servicios sociales que se presten, comunitarios y especializados, como respecto de las plantillas mínimas de personal y titulación exigible para poder prestar tales servicios sociales.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad y la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

3.1.3 MERCADOS, SERVICIOS OFRECIDOS Y CLIENTES

Según los datos de 2015 del Inmerso el 18,40% de la población española son personas mayores de 65 años, con el consiguiente crecimiento de la población octogenaria que representa ya el 5,2%. La generación del baby-boom (1958-1977) llegará a la jubilación en torno al 2024. La esperanza de vida en 2011 es de 82,3 años en España (mujeres 85,2 y varones 79,3). La principal causa de mortalidad en nuestro país es debida a enfermedades cardiovasculares, seguida del cáncer y enfermedades respiratorias. Cabe destacar el incremento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos años. Teniendo en cuenta que a los 80 años más de la mitad de la población tiene problemas para cubrir las actividades básicas de la vida diaria, la importancia actual y futura de los servicios prestados cobra especialmente importancia, persiguiendo día a día la excelencia al cuidado de los mayores. La previsión por tanto de los futuros residentes son en su mayoría mujeres, que sobrepasan los 80 años y son dependientes.⁷

En CR cuentan con la siguiente cartera de negocio:⁷

Tabla 3: Cartera de Negocio

SERVICIOS ACTUALES	SEGMENTOS	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	DATOS
Centros residenciales para personas mayores	Plazas Residenciales	Atención integral a la persona en toda sus necesidades	Edad media del residente 83 años.	15 centros residenciales.
	Unidades de atención especializada	Unidades de psicogeriatría, salud mental y sociosanitarias	Permiten el abordaje integral	4 Unidades
Teleasistencia	Privado Concierto con ayuntamiento (Ayto).	Servicios de alerta y activación ante emergencias.	Edad media del residente 72 años	Privados, Ayuntamiento de Cáceres
Servicios de ayuda a domicilio	Privado Concierto Ayto.	Apoyo a las ABVD y apoyo doméstico	Edad media del residente 79 años	Mancomunidades en CA Madrid

Pisos tutelados	Alquiler	Propios y gestionados	1 y 2 habitaciones	153 apartamentos
Centros de día	Privados Concierto	Incluye recogida y vuelta al hogar	Mayoritariamente nivel medio de dependencia.	Guipúzcoa, León y Coruña.
Servicios futuros	Dependientes y no dependientes	Plataforma de servicios	Servicios a las personas	Creación con red de centros y web.

Fuente: Informe de CR 2015

3.2 ANÁLISIS INTENRNO

CR se ha convertido en estos últimos años en un referente en el sector de la tercera edad, no sólo por su cultura de empresa, también por su crecimiento sostenido y racionalizado. Actualmente cuentan con 16 residencias plenamente operativas, repartidas en 9 comunidades autónomas, que suponen un incremento de plazas residenciales de 1.610 en 2009 a 2.263 a cierre de 2014.⁸

Tabla 4: Número de empleados por Centro

CENTRO	UBICACIÓN	EMPLEADOS
CR Ruiseñores	Zaragoza	53
CR Arturo Soria	Madrid	72
CR La Moraleja	Madrid	91
CR Santa Hortensia	Madrid	99
CR Olivenza	Olivenza (Badajoz)	53
CR León	León	76
CR A Zapateira	A Coruña	94
CR Montesoria	Logroño	73
CR Alameda	Lorca-Murcia	69
CR Santo Ángel	Santo Ángel-Murcia	119
CR Castell D'Oliana	Oliana- Lérida	59
CR Alto del Prado	Vitoria	98
CR Artxanda	Bilbao	68
CR Anaka	Irún – Guipúzcoa	103
CR Betharram	Hondarribia – Guipúzcoa	101
Sede Central	Madrid	24

Fuente: Informe de CR 2015

Este esfuerzo inversor en nuevos centros ha hecho posible que CR cuente hoy con más de 1.296 empleados, quedando repartidos de la siguiente forma:⁸

Tabla 5: Número de empleados según profesión

CATEGORIA		Nº
PERSONAL SANITARIO	Medico	22
	DUE	84
	Fisioterapeuta	23
	Terapeuta Ocupacional	17
	Psicólogos	24
	Trabajadora Social	14
	Auxiliares	689
TASOC		9
COCINA		66
LIMPIEZA		169
EQUIPO DIRECCION DEL CENTRO		54
MANTENIMIENTO		15
OTROS PROFESIONALES		42
SERVICIOS CENTRALES		24
SAD/TAD		24
TELEASISTENCIA		14

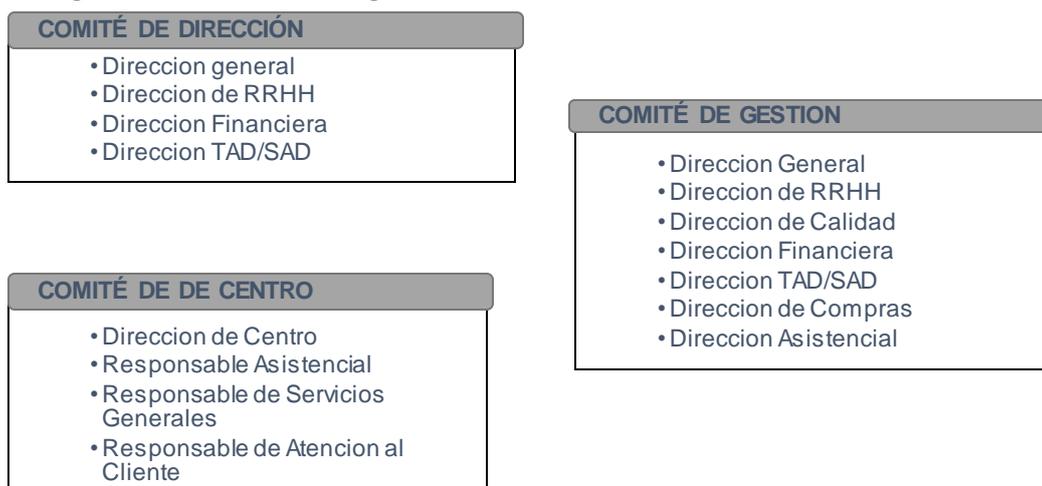
Fuente: Informe de CR 2015

3.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Caser Residencial pertenece al grupo Caser que cuenta con más de 70 años de experiencia en el mercado asegurador español.

Una amplia representación de importantes entidades financieras españolas, las mutuas francesas MMA y MAAF, la CECA y Ahorro Corporación participan en su accionariado.⁸

Figura 4: Estructura Organizativa



Fuente: Informe de CR 2015

3.2.2 MODELO ASISTENCIAL Y CARTERA DE SERVICIO

El modelo asistencial está orientado a personas mayores frágiles, dependientes, con patologías crónicas o agudas que necesitan de un abordaje rehabilitador, readaptado o simplemente de confort. Permite abordar esa necesidad de ayuda que no puede ser solventada en el domicilio. Se basa en la calidad, la atención individualizada, la profesionalidad y la transparencia. Trabajan con los residentes a tres niveles:⁷

- **Sanitario:** un amplio equipo multidisciplinar realiza una valoración geriátrica integral para lograr de forma eficaz los objetivos que se marcan en cada situación.
- **Asistencial:** se adapta el cuidado al perfil de cada persona, algo fundamental para su recuperación y adaptación al centro.
- **Social:** trabajan para que sus centros sean lugares dinámicos. Las familias de dichos residentes forman parte del día a día, resultando su participación clave en los procesos de recuperación y mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Para el abordaje del trabajo en Caser Residencial cuentan con diferentes servicios profesionales que engloban los tres ejes clave de atención:

- Eje Físico: Médicos, enfermeras y gerocultores.
- Eje Rehabilitador: Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- Eje Psicosocial: Psicólogos, trabajadores sociales, educadores y animadores sociales.

El Modelo Asistencial parte de un reconocimiento previo del porqué un individuo o su familia necesita de un recurso que le ayude a minimizar o sobrellevar la fragilidad y/o la dependencia intentando centrarse en una atención personalizada centrada en la persona. El residente necesita los cuidados óptimos para satisfacer sus necesidades, por ello busca la aproximación a la salud desde el reconocimiento de los factores que la minimizan, respetando a su vez sus derechos individuales dentro del marco comunitario. Por ello el Modelo Asistencial de Caser Residencial se genera en un espacio entre el modelo clásico de residencia y el hospital de larga estancia.⁷

Los servicios que ofrece Caser Residencial se adaptan a las necesidades de cada situación familiar. Las estancias por recuperación son habituales y representan aproximadamente el 20% de las estancias en nuestros centros residenciales. Caser Residencial ofrece asistencia sanitaria; médico, enfermería y auxiliares especializadas en personas mayores para garantizar el mejor seguimiento sanitario. La realización de actividades adaptadas a las circunstancias de cada persona con programas específicos de recuperación y el fomento de las relaciones teniendo en cuenta la historia de vida del residente es esencial para la pronta recuperación del residente y su vuelta a domicilio.

En todos sus centros trabajan 3 áreas de recuperación y readaptación concretas:⁷

1. TRAUMATOLÓGICA

En Caser Residencial están especializados en la recuperación de fracturas en personas mayores, con el objetivo de conseguir recuperar la máxima funcionalidad y nivel de independencia, teniendo como referencia el estado basal anterior de la persona, previniendo complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente.

El plan de acción terapéutico seguido en todos los centros se dirige a:

- Aliviar el dolor
- Disminuir la inflamación
- Recuperar la movilidad
- Recuperar la funcionalidad del residente
- Asegurar la máxima autonomía para su regreso a domicilio

2. NEUROLÓGICA

Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia de las personas mayores. Implica deterioro de la memoria, intelecto, comportamiento y capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Entre un 5-8% de la población general mayor de 60 años sufre demencia, siendo la causa más común el Alzheimer.

En Caser Residencial ayudan al paciente a conseguir el máximo nivel de funcionalidad previniendo complicaciones, reduciendo la incapacidad y aumentando la independencia para acercarse lo máximo al status basal de antes de la lesión o evento. Los tratamientos pueden estar encaminados a coadyuvar el plan propuesto desde las Unidades Hospitalarias. Con la rehabilitación neurológica se trabaja:

- El área cognitiva: déficit de las funciones mentales superiores.
- El área motriz: alteraciones del equilibrio y de la marcha. Movimientos de miembros superiores e inferiores, alteraciones de la motricidad final.
- Aspectos comunicacionales: déficit en el lenguaje y en la comunicación, alteraciones orofaciales, movimientos gestuales.
- Otras áreas como la alteración de la deglución y el autocuidado.

3. CUIDADOS POST-HOSPITALARIOS

Las causas de un ingreso hospitalario son múltiples; una operación programada, una urgencia médica, un tratamiento específico. Cabe destacar que más de la mitad de los ingresos hospitalarios son de pacientes de más de 65 años de edad y la probabilidad se ve considerablemente aumentada a partir de los 80 años.

Tras el alta hospitalaria los cuidados en domicilio de la persona mayor pueden resultar complicados por diversas causas; poca disponibilidad por motivos laborales del cuidador para atender a la persona enferma, falta de capacitación para los cuidados que requiere, domicilio con barreras arquitectónicas que dificultan la asistencia de la persona, etc.

La calidad asistencial es un concepto multidimensional, que afecta tanto a la administración y los gestores, como a los profesionales y los usuarios del sistema, sin olvidar algunas de las características propias de la asistencia sanitaria.¹

3.3 MATRIZ D.A.F.O

La estrategia de CR se basa en el servicio y el crecimiento, siempre afines a las señas de identidad de CR “Calidad e innovación”.⁸

Tabla 6: Matriz D.A.F.O

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Escaso conocimiento en el mercado de la marca Caser Residencial. - Escaso resultados de comunicación y comercialización de servicios vía web. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración: políticas fiscales restrictivas. - Presión a la baja en precios privados por demanda débil y competencia - Crecimientos facturación mercado negativos en 2012,2013 y 2014.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Solvencia de Caser Residencial y respaldo de Grupo Caser. - Estrategia diferenciadora: unidades especializadas, atención al cliente. Profesionalización: equipo consolidado con Know how. - Certificaciones de calidad EFQM 500+, ISO 9001, UNE 158, 101, OHSAS 18001, LiberaGer. - Resultados mejores que sector 14% frente a 4,1% 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda esperada de servicios domiciliarios crecientes. - Eventuales salidas del sector de operadores por malos resultados. - Envejecimiento progresivo de la población - Capacidad financiera y de gestión para la inclusión de nuevos centros y servicios - Desarrollo de capacidad comercial

Fuente: Informe de CR 2015

4 PLAN ESTRATÉGICO Y OBJETIVOS

4.1 PLAN ESTRATÉGICO UTILIZAZO EN CASER RESIDENCIAL (CR)

Cada 4-5 años, se despliega el proceso sistemático de diseño y despliegue de la estrategia de CR Plan Estratégico actual se enmarca en el periodo 2015 CR, enfocan la actividad basada en la planificación, para conseguir los resultados esperados. El primer Plan Estratégico elaborado con esta sistemático fue el 2007-2010 y el segundo 2011-2014. CR revisa su plan estratégico cada año para realizar un seguimiento de los resultados y proyecciones.⁸

Los miembros del Comité de Dirección de CR y los EDC de los centros realizan sus correspondientes análisis de información relevante tanto interna como externa a partir del estudio de variables económicas y de mercado, y de principios y retos de futuro que CR incorpora en su Planificación. Todo el proceso se normaliza con la utilización de procedimientos y directrices que los directores de las áreas hacen llegar a los Centros Residenciales. A partir de ahí estos recogen dicha información y las áreas de CR realizan los análisis que su actividad demanda, con el detalle requerido, y los centros de CR elaboran su propio DAFO sobre la que construyen los objetivos para su alineamiento con la compañía.

El proceso de elaboración de la estrategia tiene un componente altamente participativo. Por ejemplo, se crean distintos grupos de trabajo que elaboran la información de entrada que explicaron los retos de futuro marcados por CR, para su posterior incorporación a los objetivos estratégicos, dando respuesta a las expectativas y necesidades de sus grupos de interés. Expectativas que son recogidas, además de identificar sus necesidades.

El proceso de elaboración del plan estratégico se realiza de acuerdo con un calendario que arranca a finales de enero y conecta entre junio a octubre, con el proceso de elaboración del presupuesto cuyo seguimiento recoge la Dirección Financiera en informes mensuales/trimestrales, incluyendo comparativas con rendimientos del año anterior de los objetivos cuantitativos, y la valoración cualitativa del cumplimiento del plan.

El Plan se despliega actualmente en 8 ejes, tras añadirse el de seguridad. El eje de atención personalizada se ha cambiado por atención centrada en la persona, cuyo concepto es más amplio y que centra el foco no en lo que hacen sino en la persona de un modo integral. La Planificación estratégica de CR se despliega mediante los Planes Operativos Anuales (POA) de cada dirección y área corporativa como a nivel de centro.⁷

Tabla 7: Ejes del Plan Estratégico

ESTRATEGIA DE SERVICIO		ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO
Atención Centrada en la Persona	Profesionalidad	Crecimiento de Actividad
Calidad asistencial y hostelera	Seguridad	Eficiencia
Innovación y mejora continua	Liderazgo	

Fuente: Informe de CR 2015

4.2 OBJETIVOS DE LA EMPRESA

Como objetivo estratégico para 2015, se establecieron: “Posicionar a CR como referente de los servicios a la dependencia con mayor valor añadido a través de los ejes definidos en el plan estratégico como vehículo para asegurar la diferenciación y la excelencia en la organización”. Los objetivos fueron presentados en mayo 2015 por el DG en las V JBBPP:⁷

1. Avanzar en ACP y centros libres de sujeciones.
2. Diferenciación por experiencia cliente
3. Desarrollo de personas. Formación/Selección / Mejora encuesta clima
4. Mejora de absentismo
5. Memoria EFQM 500+. Nueva memoria: formación y evaluación de centros
6. Mejora comunicación interna y externa
7. Crecimiento de negocio: Residencias / Servicios Nuevos / Teleasistencia

4.3 ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA

La Atención Centrada en la Persona (ACP) tiene un enfoque de la intervención en la que los usuarios se convierten en el eje central de la organización, de los centros y de las actuaciones de los profesionales.^{1,7-8} Los diferentes modelos de atención profesionalizada que integra buscan mejorar la calidad de vida de las personas que necesitan o no cuidados, dando la máxima importancia a su autonomía y a su bienestar.¹

Para asegurar el modelo asistencial realizan reuniones de PIAI (Plan Interdisciplinar de Atención Individualizada). Estas reuniones se basan en el estudio por parte de los equipos multidisciplinares de centro, de las áreas físicas, cognitivas, funcionales, emocionales y de relación, conductuales y sociales, así como de la información recabada del residente, incluyendo no sólo sus necesidades sino potenciando sus fortalezas. El PIAI pretende identificar los objetivos parciales y globales que favorecen la adecuada intervención terapéutica y asistencial de los residentes. Las reuniones de PIAI estudian la planificación centrada en la persona, incluyendo las percepciones, necesidades y derechos expresados por el residente o su representante legal. Recoge, por tanto, el status basal del paciente, el objetivo terapéutico global y aquellas situaciones con necesidad de abordaje para lograr la mejora y éxito de la asistencia programada y por tanto de la calidad de nuestros centros.⁷

5 PLAN DE ACTUACIÓN

5.1 PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Caser Residencial cuenta con programas de actividades en los centros adaptados en cuanto a perfil de residentes, instalaciones, localización del centro, cultura del entorno, etc.⁷ En la búsqueda de la Excelencia, todos los miembros de la organización ponen en común mejoras y buenas prácticas.

Los programas ligados a la personalización de la atención, procuran momentos exclusivos que sorprendan a los residentes. Tratan de generar experiencias que superen sus expectativas, de modo que lo vivido impacte en el estado emocional. Tienen como objetivo maximizar la independencia, prevenir

las limitaciones, mantener la salud y reintegrar psicosocialmente al residente en esta etapa de su vida, favoreciendo mecanismos adaptativos que posibiliten desempeños ocupacionales satisfactorios.

El tratamiento terapéutico de actividades a seguir por el residente y el horario utilizado para el programa (rehabilitador, de mantenimiento, de estimulación de las AVD o cualquier tipo de actividad recomendada) se recoge y comunica a través del PIAI, explicando siempre los motivos y solicitando colaboración si es necesario para la consecución de los objetivos.

A través de una plataforma online, adaptada a Caser Residencial, cada uno de los centros, una vez son validadas por el equipo directivo del mismo y segmentadas en diferentes categorías en función del ámbito donde se ejecutan, las pone en común y es el Comité de Innovación y Mejora quien valida las propuestas en las reuniones de seguimiento, creando una base de datos que se comparte con el resto de la organización.

5.3 COMPROMISO DE CALIDAD

La mejora de la calidad asistencial fue definida por Avedis Donabedian (1991) como el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir los mejores resultados en salud, e introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado como marco de referencia para llevar a cabo la evaluación de la calidad asistencial:¹

1. Estructura: conjunto de recursos humanos, materiales y financieros y su organización global. La evaluación de la estructura es relativamente sencilla, siendo una condición necesaria para obtener un buen resultado.

2. Proceso: conjunto de actividades que los profesionales realizan para el paciente, así como las respuestas de este a estas actividades. El proceso está más ligado a los resultados que la estructura. La mejor manera de asegurar un buen resultado es asegurar la calidad de los procesos.

3. Resultado: cambio del nivel de salud que se produce en los pacientes dentro de un determinado proceso que se desarrolla en una estructura concreta.

Los resultados clínicos pueden ser intermedios (úlceras por presión) o finales (mortalidad).

Desde sus orígenes, Caser Residencial ha tenido muy claras las ventajas de la sistematización de sus procesos, y por ello, ha integrado los Sistemas Internacionales de Gestión de la Calidad. Desde 2013 Caser Residencial es socio del Club de Excelencia en Gestión (CEG. Forman parte del comité de Sanidad del CEG participando en el grupo de trabajo de procesos. Son miembros de la Asociación Española de Calidad desde 2014, participando activamente en el Comité de Experiencia de Cliente en los Subcomités de Metodología y Métricas.

La adopción de los fundamentos de la Excelencia como base para orientar toda su gestión, y el trabajar sistemáticamente sobre cada uno de los criterios del modelo, ha supuesto en toda la compañía un cambio cultural, siendo nuestra realidad actual fruto de la implantación de esta nueva cultura.⁸

Figura 5: Fundamentos de la Excelencia



Fuente: Informe de CR 2015

5.2.1 SATISFACCION DEL CLIENTE

Caser Residencial dispone desde 2010 de un Plan Anual de Satisfacción, en el que se recoge toda la información obtenida y se analizan los grupos de interés.⁷

En noviembre de 2015 se aprobó en el Comité bimensual de Excelencia e Innovación el nuevo sistema de medición de satisfacción basado en la medición de la Experiencia de Cliente. A efectos de medir la Experiencia de Cliente se centran tanto en el propio residente como en el familiar o persona responsable cuando se trata de personas con deterioro cognitivo. Actualmente disponen de un sistema de medición de satisfacción de cliente, conformado por:

- Entrevistas a familiares
- Grupos focales a residentes
- Medición experiencia de cliente.

Este nuevo enfoque supone un cambio cultural de orientación, por el que la percepción del cliente se constituye como un factor determinante en el diseño y orientación de sus servicios, en vez de centrarse exclusivamente en la eficiencia mediante la racionalización en la prestación de los mismos. Así, la voz del cliente toma un lugar preeminente, al conocer las necesidades, expectativas, sugerencias y percepciones mes a mes y a lo largo de todo el ciclo del servicio.

En la determinación del Customer Journey, se incluyeron dos fases que están fuera de su propia relación contractual:

- a) Recabando la opinión de aquel cliente potencial al que le han dado un presupuesto y no han vuelto a saber de él en los siguientes 30 días.
- b) El que ha finalizado su estancia con ellos, bien por fin de estancia temporal, por rehabilitación, por éxitus o por cualquier otra causa.

El empleo de herramientas como el NPS o el CDI, de amplia implantación en el mundo empresarial, aunque poco empleadas en el sector de la atención sociosanitaria, les permite la comparación con otras empresas y otros sectores, tanto de ámbito nacional como internacional.

5.2.2 PLAN DE FORMACIÓN

La formación, alineada con la estrategia de compañía, es un pilar fundamental para Caser Residencial, considerándose como una actividad estratégica que permite el desarrollo de nuestros profesionales.⁷

Si los trabajadores son el principal medio de producción, cualquier organización debe renovar su capital humano y mejorarlo de manera constante para poder competir y adaptarse a un entorno cambiante.¹ Por ello, desarrollan planes de formación anuales adaptados a cada perfil profesional. Dichos planes abordan las necesidades detectadas tanto a nivel corporativo como a nivel individual.⁷

El Plan de Formación de Caser Residencial:

- Mantiene una coherencia con las políticas y valores de la Compañía (Misión, Visión y Valores de Caser Residencial).
- Contribuye a la consecución de los objetivos estratégicos de la Compañía (Plan Estratégico Caser Residencial 2010-2015).

Además del desarrollo profesional de los empleados, el proceso de formación permite alcanzar los objetivos de la Compañía, con el fin de acometer nuevos retos y objetivos corporativos, como son:

- La estrategia de cliente: forman a las personas en los conocimientos y habilidades que necesitan para posibilitar un progreso continuo en el trato al cliente, adaptándonos a las nuevas tendencias de intervención y cuidado que emergen en el mercado, así como a los estilos de ser y de querer ser cuidado, que evolucionan al ritmo que evoluciona la sociedad.
- La estrategia de producto: forman a las personas para que sean capaces de ofrecer cada vez con más eficacia los servicios que ofrecen.
- La estrategia de diferenciación: preparan a las personas para que sean capaces de marcar una diferencia en la prestación de sus servicios, ayudando a posicionarlos y mantenerlos como un operador de referencia en el sector.

Estos planes ofrecen la máxima calidad y eficiencia con el fin de conseguir la Excelencia. Se alternan los diferentes métodos y junto con la formación

presencial se imparte formación on-line a través del Campus Virtual de Caser Residencial. A través del aula virtual se imparten cursos tanto obligatorios por reglamentación como opcionales, todos ellos de interés para los empleados. Además de evitar desplazamientos de trabajadores y formadores, el empleado puede gestionar su tiempo y tener el temario on-line a su disposición siempre que quiera consultarlo evitando la impresión en papel. ⁷

5.3 RECURSOS HUMANOS

Caser Residencial lo componen los más de 1.280 empleados. Entre sus perfiles profesionales; direcciones de centro, profesionales sanitarios, profesionales de servicios generales, responsables de atención al cliente y personal de servicios centrales que dan apoyo a los centros.⁸

La Misión del Departamento de RRHH es atraer, retener y desarrollar el talento de las personas en Caser Residencial con el fin de alcanzar el cumplimiento de objetivos de calidad y sostenibilidad y promover el progreso continuo. Este grupo de personas, su formación, sus conocimientos, sus habilidades y sus potencialidades es lo que se conoce como capital humano. De nada sirve disponer de la mejor tecnología si no se cuenta con personas que sepan utilizarla y obtener los mejores resultados y beneficios.¹

Para dicho objetivo se desarrolla el Plan anual de RRHH que define los objetivos en base a cada eje estratégico del marco de Excelencia. El Plan afecta a toda la organización de Caser Residencial, y se apoya en los diferentes planes de RRHH: plan de comunicación interna, plan de evaluación de desempeño, plan de formación, plan de igualdad, plan de selección y plan de movilidad interno.

En los últimos 5 años, pese a la situación económica del país, Caser Residencial se ha consolidado como una empresa generadora de empleo. Siguiendo siempre una política de contratación de igualdad de género y de inclusión de personas con diversidad funcional. De forma paralela a este crecimiento y siempre en línea a la estrategia de compañía, la estructura organizativa ha evolucionado, integrando nuevos perfiles que mejoran la calidad prestada de nuestros servicios. Siendo un eje estratégico de compañía la

profesionalización de las personas que la componen, garantizamos que la cualificación, preparación y disposición sean las óptimas para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.⁷⁻⁸

Con el fin de identificar a los mejores profesionales para incorporar a sus equipos cuentan con herramientas sujetas a un proceso metodológico, que permiten a las personas que pasan a formar parte de la compañía, conocer previamente información relativa a sus futuros puestos de trabajo. Caser Residencial crea un estilo propio de atención desplegado a toda la plantilla y ligado a la Misión, Visión y Valores corporativos, que muestra las líneas del buen empleado de Caser Residencial.

Para Caser Residencial es importante la búsqueda de la mejora continua, para ello se desarrollan diferentes métodos de evaluación; evaluaciones de liderazgo, evaluaciones de empleabilidad y evaluaciones de clima. De esta forma consiguen realizar un estudio 360º de todos los grupos de interés clave de la compañía.

Fruto de la información obtenida, el departamento de RRHH pone en marcha los siguientes programas:⁷

- **LIDERAMA:** con claro eslogan “Un líder AMA lo que hace, o no es un líder” este proyecto se desarrolla para mejorar la profesionalización de los mandos de cada uno de los centros en todo aquello relacionado con la gestión de personas. Para llevar a cabo este programa se imparte formación presencial continuada sobre materias clave: trabajo en equipo, gestión de profesionales de alto rendimiento, comunicación, desarrollo de subordinados.
- **MAGISTRA:** con objetivo definido sobre la transmisión del conocimiento y saber hacer de la organización, pretende el desarrollo profesional de aquellas personas con habilidades, actitudes y aptitudes para ejercer como formadores de la compañía de forma puntual o habitual.
- **RECONOCE:** consolida los proyectos y Buenas Prácticas desde el año 2010 y, sistemáticamente, permite estimular los comportamientos hacia la iniciativa, la creatividad y la innovación

El trabajo en equipo es un valor en Caser Residencial, por ello en 2015 se impartieron formación teórico-práctica a personas con responsabilidad directiva, diseñando planes de mejora individuales y de sus diferentes equipos de trabajo, por central y centros.

6.CONCLUSIONES

Como conclusiones obtenemos que CR lleva a cabo un modelo de gestión de concierto con la administración pública, donde el 60% de las plazas ofertadas son ocupadas por usuarios a través de la Sanidad Pública, lo que asegura el mantenimiento de la actividad por parte de la empresa. Además, de una política de colaboración con entidades externas y grupos de interés.

La Misión, Visión y valores de la empresa son claros, y tras su cumplimiento consiguen que los objetivos planteados por la empresa sean alcanzados.

El Plan Estratégico de la empresa se basa en los 8 ejes definidos con anterioridad y su planificación estratégica se despliega mediante los Planes Operativos Anuales (POA) de cada dirección y área corporativa como a nivel de centro. Para lograr los objetivos definidos en el plan estratégico, CR lleva a cabo una atención centrada en la persona, donde el equipo multidisciplinar que compone el centro se reúne de manera periódica y realiza el PIAI, poniendo en común lo que quieren lograr en el residente y por lo tanto todas las aportaciones y actividades (plan de actuación) que se deben realizar. De esta forma, además de obtener la Atención centrada, se consigue una atención sanitaria de calidad y la profesionalidad del personal, debido también a la formación continua que ofrece la empresa, otros de los ejes que forman parte del plan estratégico.

CR ha obtenido el certificado de calidad ya que basa su cuidado en la innovación y la excelencia, por lo que lleva a cabo la sistematización del cuidado. La adopción de los fundamentos de la excelencia como base para orientar toda su gestión, y el trabajar sistemáticamente sobre cada uno de los criterios del modelo, ha supuesto un cambio cultural, consiguiendo así otro de los ejes definidos en el plan, como es la innovación y mejora continua. Además, desde

su inicio ha tenido un importante incremento de centros residenciales, y, por lo tanto, un crecimiento de su actividad.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. González-Chordá VM, Maciá L, Mena D, Cervera A, Salas P, Román P. Gestión de cuidados en el ámbito sociosanitario. Unv Jaume I; 2017.
2. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(5):305-11.
3. Sáez FJ. Gestión Clínica: ¿La amenaza fantasma? Rev Med Gen y Fam. 2016;5(4):131-133.
4. Ortun V. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ido y vuelta. Barcelona: Elsevier; 2007.
5. Abellán A, Ayala A, Pérez J, Pujol R. "Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos". Vol 17. Madrid: Informes de Envejecimiento en red; 2018.
6. Martín M, Maeso O, Álvarez S, Rodríguez C, Cruz S. Las personas mayores y las residencias. Vol1. 1. Madrid: Grafo; 2000.
7. Caseresidencial.es [Internet]. Madrid: Caser; 2015 [citado 1 de septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.caseresidencial.es/documents/20908/0/Memoria+Caser+Residencial+2015.pdf/d7e41bd0-3ddd-4e6d-90f3-4994778a05c9>.
8. Cequier A, Ortega B. Niveles de Gestión Clínica. Rev Esp Cardiol. 2015; 68(6): 465-468.