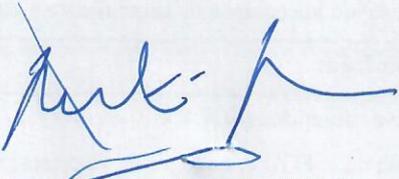


## MODIFICACIONES

Edición	Fecha	Descripción de la modificación
1	08-JUL-11	Primera edición del procedimiento.
2	2-SEPT-11	Se modifica el mapa de procesos. Se cambia el PR.A08 Gestión de Reclamaciones y Sugerencias por PR.C.06 Gestión de Reclamaciones y sugerencias.
3	7-OCT-11	Se introduce la instrucción IN.E.01_2 Memoria Anual de Actividades, y el procedimiento PR.C.07 Satisfacción de los Usuarios.
4	11-NOV-11	Se introduce los procedimientos PR.C.08 Altas y Bajas y PR.C.09 Información y Sensibilización.
5	2-DIC-11	El procedimiento PR.A.04 pasa a llamarse Gestión de la Documentación del SGC
6	20-FEB-12	Se modifica la justificación de las exclusiones de la cláusula 7.3 Diseño y desarrollo y la cláusula 7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición
7	28-JUL-13	Se incorporan los nuevos tipos de bajas
8	31-OCT-14	Adaptación del Manual a la nueva titularidad (FGUV): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Firma del vicepresidente de la FGUV, en lugar de vicerrectora</li> <li>- Punto 1) del compromiso (pág. 8)</li> </ul>
9	20-02-2015	Incorpora el procedimiento clave 10 Protección y Seguridad en el trabajo
10	11-12-2015	Pto.6 Sobre la protección de datos; cambio de fichero de la UV a titularidad de la FGUV
11	18-01-2016	Se crean dos instrucciones nuevas en el PR.C.02; la <b>IN.C.02_1</b> Registro cualitativo del área social, comunicación, conducta y juego, y la <b>IN.C.02_02</b> PEP-3
12	30-09-2016	Se crean dos instrucciones nuevas en el PR.C.04; la IN.C.04_01 Planificación y la IN.C.04_02 registro de sesión.  Adaptación del Manual por la encomienda de gestión de la FGUV: - Firma el Gerente de la FGUV en lugar del Director técnico del CUDAP.
13	20-12-2017	Se adapta el Manual y todo el SGC a la norma ISO 9001:2015 y al nuevo protocolo de actuación de Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. Se amplía la Política de Calidad.
14	13-02-2018	Se corrigen las observaciones de la auditoría interna; mapa de procesos y punto de la política. Se incorpora el proceso 05. Bajas

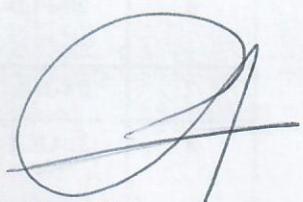
15	26-FEB-2019	Actualización con requerimientos del concierto social. Nuevos procedimientos de valoración se la satisfacción del usuario y sobre las reclamaciones y sugerencias.
----	-------------	--

**Aprobado**



Firma Vicepresidente de FGUV:  
Antonio Ariño Villarroya  
Fecha: 26-FEB-2019

**Aprobado**



Firma Dirección:  
Cristóbal Suria Luengo  
Fecha: 26-FEB-2019

# MANUAL DE CALIDAD

## 1. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

### 1.1. Comprensión de la organización y su contexto

El Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP), está constituido como un servicio de diagnóstico y atención temprana cuyo objetivo fundamental es *dar respuesta a las necesidades permanentes o transitorias de aquellas familias con hijos/as menores que presentan algún trastorno del neurodesarrollo o riesgo de padecerlo.*

Con el fin de optimizar el desarrollo evolutivo del niño/a, desde el CUDAP consideramos que el modelo de actuación más adecuado y eficaz es el que se desarrolla desde la estrecha **colaboración entre los profesionales del centro y la familia**, promoviendo así, conductas de autodeterminación y la inclusión en una sociedad más justa.

El Centro nace por un acuerdo de colaboración entre la Universitat de València y la Conselleria de Bienestar Social firmado con fecha de 28 de marzo de 2006 (Centro de acción social con el N° de registro: 2653). En marzo de 2008 se autoriza su funcionamiento por la Conselleria de Bienestar Social (resolución 228/2008 de 28 de Marzo de 2008). Para ello la Universitat de València adecua la antigua Escuela de Fisioterapia al nuevo servicio de Diagnóstico y Atención Temprana en las instalaciones de la calle Guardia Civil, abriendo sus puertas en septiembre de 2008.

En el año 2011 el centro se inscribe como servicio sanitario en el Registro Autonómico de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Valenciana según el Decreto 176/2004- DOGV núm. 4854, de 01.10.04 con el número: 10573.

En febrero de 2012 el servicio obtiene el certificado de calidad ISO 9001-2008 con el objetivo de mantener un compromiso de mejora continua y calidad técnica en el trabajo con los/as niños/as y sus familias. Durante el año 2017 hemos adaptado todos nuestros procesos a la nueva ISO 9001:2015.

En el año 2014 la titularidad y la gestión del CUDAP pasa a la Fundació General de la Universitat de València.

Con fecha 1 de agosto de 2018 se formaliza el Concierto Social de Atención Social para personas con diversidad funcional con la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. Por lo que desde entonces el centro debe cumplir los requisitos y condiciones exigidos para la acción concertada.

A continuación se describen los factores internos y externos que influyen de manera directa en el propósito, dirección y funcionamiento del CENTRE UNIVERSITARI DE DIAGNÒSTIC I ATENCIÓ PRIMERENCA (CUDAP) y que, por tanto, afectan a su capacidad de actuación durante la prestación de sus servicios y en su gestión.

En el documento de “*Análisis de la organización y su contexto*” se detallan las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de mejora, así como un seguimiento de las propuestas de actuación.

## FACTORES EXTERNOS

Entorno		Factor
<b>Universidad de Valencia</b>	Organizativo	Al estar integrados en la comunidad universitaria se aplica directamente la política de la entidad
	Socioculturales	Percepción social de trabajar dentro de la comunidad universitaria
	Investigación	Colaboración con la actividad investigadora de la UV
<b>Fundación General de la Universidad de Valencia</b>	Organización	Relación profesional CUDAP/FGUV Buenas condiciones laborales, convenio actualizado y respeto por los derechos laborales, contrato indefinido, respaldo económico
	Formativo	Formación del personal.
<b>Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas</b>	Económico	Concierto Social para mantenimiento del Centro
		Justificación del gasto
<b>Comunidad</b>	Sociocultural	Conocimiento del servicio y fomento de la inclusión de la diversidad funcional en la sociedad.

## FACTORES INTERNOS

Entorno	La subvención concedida a través del Concierto Social permite:
<b>Económico</b>	La subvención concedida a través del Concierto Social permite: - el mantenimiento del centro - contratación del personal - la gratuidad del servicio para las familias usuarias
<b>Organización</b>	Organización planificada de sesiones de intervención Organización planificada de reuniones de equipo
<b>Social</b>	Diversidad de beneficiarios
<b>Recursos</b>	Registro de la actividad y documentación en el SIGGAT
	Espacios e infraestructuras

## 1.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

En este punto se detallan los requisitos pertinentes de las partes interesadas del servicio.

Partes interesadas	Requisitos / Necesidades y expectativas	Seguimiento
Equipo CUDAP	Autosuficiencia económica por medio del concierto	Resolución aprobada
	Buen funcionamiento del servicio. Proyectar una imagen a la sociedad de eficacia y modernidad.	Encuesta Anual de Satisfacción del Usuario Visitas página web
	Recibir información sobre el resultado de la evolución general del Servicio, sobre la institución, resultados de encuestas, indicadores de gestión, etc.	Certificado ISO 9001
FGUV	Cumplimiento de la normativa interna.	Cumplimentación documentación requerida
	Cumplimiento protocolos administrativos.	Comunicación y control mensual.
	Coordinación con el servicio	Reuniones
UV	Optimización de los recursos aportados.	Mantenimiento periódico
CIPI	Cumplimiento de la legislación.	Inspecciones periódicas
	Presentación de la documentación pertinente.	Presentación mensual de listados
	Actualización de los procesos y protocolos.	Comunicación constante con la Técnico del Servicio
	Atención usuario	Solicitudes de derivación
Proveedores	Tramitación económica ágil. Recibir información clara del producto/servicio pedido.	Encuesta satisfacción al proveedor

<p>Personas usuarias</p>	<p>Gratuidad del servicio. Rapidez en la prestación del servicio. Asesoramiento. Flexibilidad de horarios. Fiabilidad de los resultados. Calidad de las infraestructuras. Órgano de participación de padres/madres Satisfacción con la atención recibida</p>	<p>Resolución aprobada Entrega informes Reuniones familiares, escuela de padres. Listado de preferencia horaria Escalas de desarrollo estandarizadas Mantenimiento del centro Reuniones periódicas Encuesta anual de satisfacción</p>
<p>Comunidad</p>	<p>Conocimiento del servicio a través de visitas institucionales</p>	<p>Control con la Hoja de visitas Documento de Compromiso firmado</p>

Durante todo el año se hace un seguimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y este seguimiento se recoge en el informe de Revisión de la Dirección.

1.- Para valorar la satisfacción de los proveedores se ha elaborado una encuesta que se envía por correo electrónico proporcionándoles el link de acceso a la misma:  
<https://goo.gl/forms/HmUKVUaWVNGR8Mdr1>

La encuesta se divide en tres secciones que recogen las siguientes preguntas:

Valoración técnica:

- Los pedidos son claros y concretos
- Habitualmente hay pedidos urgentes
- Con frecuencia se realizan devoluciones
- El pago se realiza en condiciones acordadas

Valoración comercial:

- El trato con el/la interlocutor/a es adecuado
- Existe facilidad de comunicación
- Se entabla una relación flexible, amable
- Se facilita la entrega del producto

Valoración del proceso administrativo:

- La gestión es larga y complicada
- La formalización exige pautas establecidas
- Exigen demasiada documentación
- Buena capacidad de respuesta ante incidencias

2.- Se establece un **PROTOCOLO DE GESTIÓN DE VISITAS EXTERNAS AL CENTRE UNIVERSITARI DE DIAGNÒSTIC I ATENCIÓ PRIMERENCA**, cuyo objeto es describir la sistemática seguida por el Centro para realizar la recepción del personal externo que acude a visitar el Centro (visitantes). Los responsables son el Personal de recepción: coordinador, personal trabajador del centro.

Las visitas externas las realizan principalmente personas interesadas en el funcionamiento del centro, normalmente, alumnos, alumnas y profesionales de otros sectores (educativo, sanitario, servicios sociales...) La visita comienza con un recorrido por las instalaciones del centro, los instrumentos y la metodología, de la mano del personal técnico.

En general, se trata de una visita participativa y dinámica, donde se ofrece respuesta a las inquietudes de las personas visitantes y permite recibir orientación e información detallada sobre el servicio, siendo ésta más específica dependiendo del perfil de quien lo solicita.

Previamente las personas interesadas contactan con el centro con el fin de programar la visita aportando datos como su motivo, número de personas visitantes, objetivo y disponibilidad horaria. Mediante el siguiente formulario web <http://www.fundaciouv.es/cudap/index.asp?pagina=11464>

Una vez concretada la naturaleza de la misma, si el coordinador lo considera necesario, se procederá a notificar al Gerente de la Fundación General de la Universidad de Valencia para que apruebe su realización.

Las personas visitantes:

- se comprometen a guardar secreto respecto de la información del CUDAP que pudieran conocer con motivo de su visita,
- no podrán acceder a los datos de los/las usuarios/as del CUDAP,
- no podrán captar imágenes del CUDAP,
- serán responsables, durante el tiempo de permanencia en el centro, de guardar las debidas medidas de respeto y educación hacia el personal que en ese momento se encuentre en el centro, como hacia el material y mobiliario del mismo.

En respeto a la intimidad de los/las usuarios/as y sus familias y, siguiendo el protocolo de protección de datos, las visitas se realizarán, siempre que sea posible, fuera del horario de atención al público.

Las personas visitantes deben firmar el documento “Compromiso” y “Hoja de visita”.

### **1.3. Determinación del alcance del sistema de calidad y exclusiones**

#### **Alcance:**

Gestión y prestación de servicio de Centro de Atención Temprana.

#### **Exclusiones:**

Los siguientes apartados de la norma en su versión en vigor, no son de aplicación en el sistema de calidad del Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Tempranas (CUDAP):

7.1.5. Recursos de seguimiento y medición. Para los servicios prestados en la organización no se requiere el uso de dispositivos de medición. Por lo tanto, no dispone de equipos de medición a los que sea necesario aplicar algún tipo de control.

8.3. Diseño y desarrollo: No aplica este requisito a la prestación del servicio de atención temprana.

Los servicios prestados por la organización, consisten en una planificación de programas de actividades pre-establecidas y con efectividad validada por personas ajenas a la organización. En otras palabras, la prestación de los servicios sigue cauces establecidos por las distintas orientaciones terapéuticas.

Por ejemplo, para la prestación del servicio de logopedia en un niño con Trastornos de la Comunicación podemos seguir el protocolo de PECS (Picture Exchange Communication System) o el Programa de Comunicación Total Habla Signada de Benson Shaeffer. En ningún caso se diseña ningún programa nuevo, tan solo se personaliza según las características del niño y las de la familia (es decir, se ajustan objetivos, tiempos y otros parámetros del protocolo).

Para la prestación del servicio de fisioterapia, se seleccionarán actividades y ejercicios siguiendo el Método Bobath, Voijta o Le Métayer. En cada caso, se personaliza el tratamiento en función de las características del niño y de la familia. Lo mismo ocurre a nivel de estimulación sensorial y/o cognitivo.

8.5.5. Actividades posteriores a la entrega: No aplica este requisito a la prestación del servicio de atención temprana.

Los apartados anteriores no son requisito de los usuarios ni son requisitos reglamentarios. La exclusión de los mismos no afecta a la capacidad del CUDAP para proporcionar servicios que satisfagan al cliente (usuario).

#### 1.4. Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos.

Para la correcta ejecución del sistema de gestión de calidad y la adecuada prestación del servicio, se han implementado cinco procesos clave:

- PR. 01 Acogida
- PR. 02 Detección, evaluación y diagnóstico
- PR. 03 Apoyo y asesoramiento familiar.
- PR. 04 Atención terapéutica
- PR. 05 Bajas

A continuación, se detallan las características de cada proceso, puntualizando sus responsables, recursos, indicadores, entradas y salidas, y los resultados esperados.

PROCESO	PR.01 ACOGIDA	
PROPIETARIO/A	Persona responsable	Coordinador
LIMITES	Inicio	Recepción Solicitud
	Fin	Entrega RRI
	Entradas	Solicitud de Derivación
	Salidas	Alta Expediente Baja
INDICADORES	Número de altas al mes	
PERSONAL	Coordinador, administrativa y tutores/as	
EQUIPOS	SISGAT (base de datos)	
RESULTADOS ESPERADOS	Primer contacto familiar y alta del expediente	

<b>PROCESO</b>	<b>PR.02 DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO</b>	
PROPIETARIO/A	Persona responsable	Tutor/a
LIMITES	Inicio	Reunión de equipo
	Fin	Entrevista devolución familia
	Entradas	Registro reunión equipo
	Salidas	Registro entrevista devolución
INDICADORES	Número PEAS al mes realizado en su tiempo (menos de 21 días)	
PERSONAL	Equipo	
EQUIPOS	SISGAT Escalas/cuestionarios	
RESULTADOS ESPERADOS	Valoración de los puntos fuertes y las dificultades del usuario/a y un plan de trabajo (PIT) si es necesario. Devolución de la información que no supere el tiempo establecido	

<b>PROCESO</b>	<b>PR.03 APOYO Y ASESORAMIENTO FAMILIAR</b>	
PROPIETARIO/A	Persona responsable	Responsable de familia
LIMITES	Inicio	Alta expediente
	Fin	Baja expediente
	Entradas	Registro anamnesis
	Salidas	Registro baja
INDICADORES	Número de anamnesis Número de reuniones genérica familia Número de intervención familiar	
PERSONAL	Tutores/as y técnicos/as	
EQUIPOS	SISGAT	
RESULTADOS ESPERADOS	Mejora en el funcionamiento familiar y satisfacción con el tratamiento	

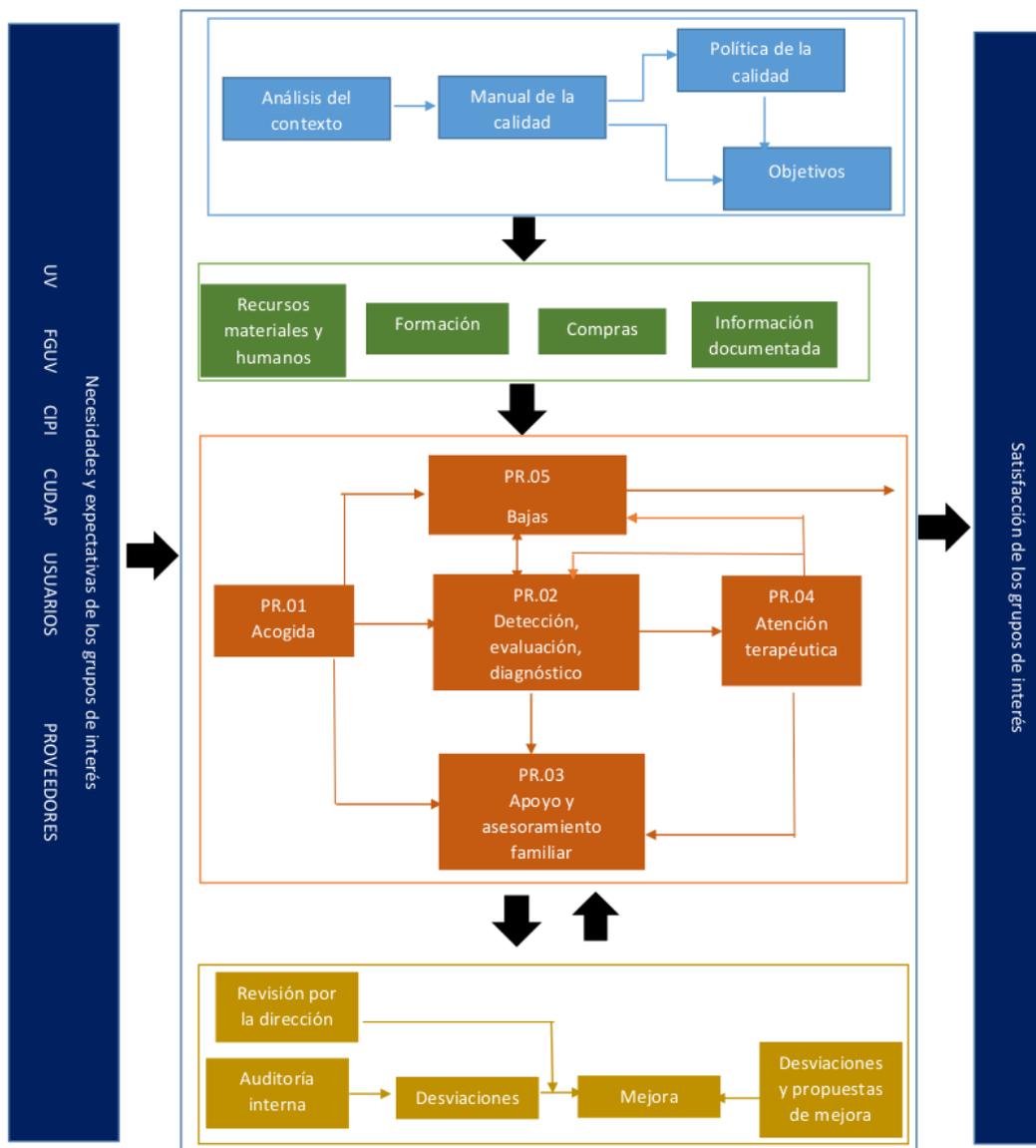
<b>PROCESO</b>	<b>PR.04 ATENCIÓN TERAPEUTICA</b>	
PROPIETARIO	Persona responsable	Equipo
LIMITES	Inicio	Planificación sesiones de intervención
	Fin	Inicia Evaluación Baja en el centro (cualquier motivo)
	Entradas	Registro planificación sesiones
	Salidas	PEA Registro baja en el centro
INDICADORES	Número sesiones intervención niño/a Número coordinación con otros profesionales	
PERSONAL	Equipo	
EQUIPOS	SISGAT	
RESULTADOS ESPERADOS	Mejora en las capacidades del usuario/a Satisfacción de la familia	

<b>PROCESO</b>	<b>PR.05 BAJAS</b>	
PROPIETARIO	Persona responsable	Tutor
LIMITES	Inicio	Acogida Evaluación Intervención
	Fin	Baja en el centro
	Entradas	Registro reunión familiar Registro reunión devolución
	Salidas	Registro baja en el centro
INDICADORES	Número bajas al mes	
PERSONAL	Administración y tutores/as	
EQUIPOS	SISGAT	
RESULTADOS ESPERADOS	Valoración favorable en la encuesta final de satisfacción	

Con el fin de asegurar la mejora continua y la adaptación a cambios organizacionales o contextuales, se revisan periódicamente los posibles riesgos y las acciones a emprender y se documenta en el “Análisis de Riesgos”.

En revisión anual se hace un análisis de este seguimiento, aunque está sujeto a cambios en cualquier momento en función de las necesidades.

Los procesos clave se relacionan e interaccionan con la totalidad del SGC y sus procesos como se establece en el siguiente mapa de procesos:



## 2. LIDERAZGO

### 2.1. Liderazgo y compromiso

La máxima responsabilidad del sistema de gestión de la calidad, es decir la dirección, corresponde al gerente de la Fundació General de la Universitat de València, Cristóbal Suriá Luengo.

No obstante, las características organizativas de la Fundació General de la Universitat de València otorgan un carácter peculiar a la coordinación entre la dirección del SGC y el servicio, ya que la ubicación física del director es distinta a la sede del Centro. Por lo que, en base a la relación de horizontalidad establecida en el CUDAP y con el objetivo de que sea lo más afín a la realidad del servicio, se crea un comité de SGC, formado por al menos un técnico superior y otro miembro del equipo, que se encargará de colaborar en el sistema de gestión de calidad.

Esta colaboración, con la intención de evitar circunstancias que pudieran repercutir en el correcto funcionamiento de la gestión, parte del compromiso de unificar criterios, agilizar trámites, actuar con flexibilidad y rapidez en la toma de decisiones y asegurar una comunicación eficaz entre el equipo y la dirección.

Con este fin, atendiendo al firme propósito de la dirección y del comité del SGC de difundir la filosofía de liderazgo y establecer la supervisión del funcionamiento organizativo del sistema de calidad, se estructuran reuniones periódicas con el equipo como medio idóneo para fomentar la motivación y la responsabilidad de cada profesional, hacer acopio de la disponibilidad de los recursos necesarios y asegurarse de la implicación en el quehacer, basado en el pensamiento de riesgos y oportunidades.

El compromiso del **Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP)** queda recogido en los siguientes puntos:

1. El Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP) de la Fundació General de la Universitat de València asume el compromiso de contribuir al prestigio y reconocimiento que le corresponde en la realización de las actividades que desarrolla.
2. Por cuanto el Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP) no tiene ánimo de lucro, buscará en la gestión de sus recursos el equilibrio económico.

3. El Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP) define la calidad como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias. Por todo ello se compromete a atender a las necesidades de los usuarios y familias y dar respuesta a ellas, así como en la evaluación de los resultados.
4. Puesto que uno de los objetivos prioritarios de Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP) es conseguir el más alto nivel de calidad en la prestación de los servicios, éste se compromete a incrementar su eficacia y eficiencia mediante una mejora continua de la calidad.
5. Para poder mantener una constante de calidad en el servicio, el Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana, lleva a cabo acciones referidas a los procesos propios como: el establecimiento de procedimientos e instrucciones; la estimulación de acciones de tipo preventivo que eviten la aparición de problemas; la realización de auditorías internas de su sistema de calidad y la realización de las acciones correctoras y/o preventivas. Al mismo tiempo mantiene a todo el personal que forma el **CUDAP**, constantemente formado, potenciando su participación creativa en la solución de problemas y en la mejora continua.
6. Con la finalidad de dar a conocer a la comunidad todas las acciones que realizadas en el **CUDAP** anualmente se realiza una memoria explicativa de todo el trabajo realizado. Esta se publica en la página web.

## **2.2. Política de calidad del Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP)**

La Política de Calidad del Centro Universitario de Diagnóstico y Atención Temprana (CUDAP), se basa en los siguientes principios:

1. Compromiso con la detección de las necesidades de los usuarios, familiares y entorno, y satisfacción de las mismas en la medida de la disponibilidad de recursos.
2. Compromiso de calidad técnica del equipo humano, siguiendo los principios de trabajo coordinado en equipo y formación continua.
3. Compromiso en la aplicación de las metodologías más efectivas para la evaluación y

- la intervención de acuerdo con la información científica contrastable más reciente.
4. Compromiso por la coordinación entre los diferentes profesionales de todas las instituciones involucradas en la atención del niño y la familia. (Servicios sociales, Servicios sanitarios, Servicios escolares, asociaciones...)
  5. Compromiso con la mejora continua en el equipamiento y dotación del centro con la finalidad de poder hacer efectiva la aplicación de los nuevos sistemas de intervención.
  6. Compromiso con la mejora continua y con el cumplimiento de los requisitos aplicables.
  7. Compromiso con el derecho a la PRIVACIDAD de la información de las personas.
  8. Compromiso con la defensa ecológica y del medio ambiente promoviendo y aplicando medidas activas para la protección y mejora de la calidad de vida.
  9. Compromiso de Justicia que se concreta en el respeto a la igualdad de derechos y oportunidades de todas las personas, sin que se produzca ninguna discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, opinión, lengua, religión o cualquier otra condición o circunstancias personal o social.
  10. Compromiso de Igualdad entre mujeres y hombres desarrollado y aplicado mediante el correspondiente 'Plan de Igualdad' de la Fundació General de la Universitat de València implantado con fecha 28 de marzo de 2018.

### **2.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización**

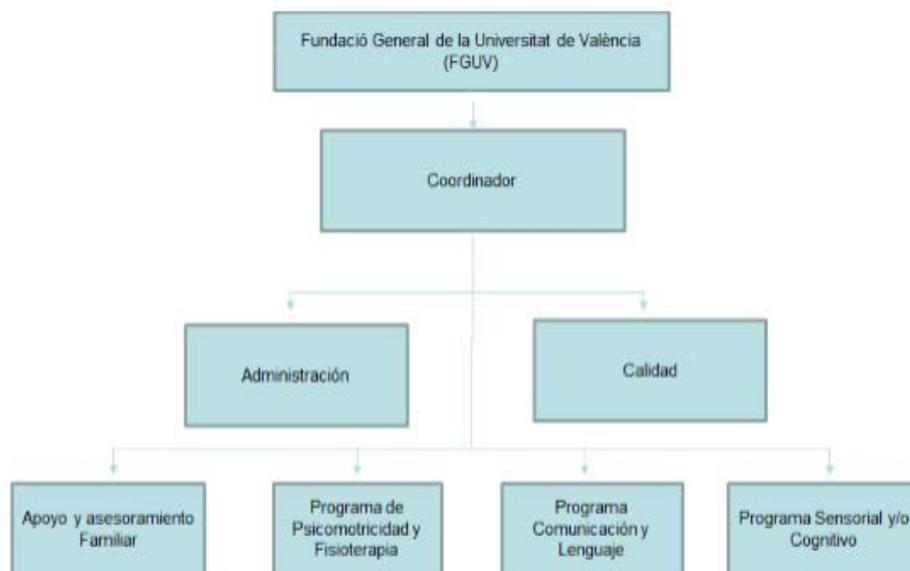
**Director del SGC:** supervisión y aprobación del sistema de gestión de calidad. Promover en sus acciones la política de calidad y mantener una coordinación directa con el Comité SGC. Este cargo coincide con la gerencia de la Fundació General de la Universitat de València.

**Comité SGC:** planificar y organizar el sistema de gestión de calidad, conforme los requisitos de la norma en su versión en vigor asegurándose que los procesos cumplen los resultados previstos y en estrecha relación tanto con el resto del equipo como con el director.

**Responsable SGC:** organización y supervisión de la documentación y del correcto funcionamiento del sistema de gestión de calidad.

**Miembros del equipo:** seguimiento y ejecución de las pautas establecidas en el Sistema de Calidad, detectar posibles riesgos y oportunidades y proponer acciones de mejora o correctivas.

### Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca



## 3. PLANIFICACIÓN

### 3.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

Con la finalidad de optimizar al máximo los resultados de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, se revisarán y actualizarán una vez al año, todos los riesgos que puedan interferir a la hora de conseguir los resultados esperados en cada uno de los procesos del sistema de gestión de la calidad, así como las acciones planificadas para abordar estos riesgos y las oportunidades que pueden fomentar la consecución de los resultados.

Además, siempre que se detecte algún riesgo o amenaza, se procederá a identificarlo y hacer su análisis pertinente estableciendo las acciones más oportunas utilizando el documento: “Análisis de riesgos”.

### 3.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

A principio de año, en reunión de equipo se hace una valoración de los objetivos vigentes y, al menos, cada dos años se plantean nuevos objetivos.

Los objetivos de la calidad siempre deben perseguir aumentar la satisfacción de la persona usuaria y mejorar la prestación de los servicios del CUDAP.

Los objetivos, así como su seguimiento estarán recogidos en el documento: “Objetivos y seguimiento”.

### **3.3. Planificación de los cambios**

Para permitir la mejora continua y la adaptación constante a los cambios contextuales, la organización tiene el compromiso de determinar cuando sea necesario los cambios más adecuados en el sistema de gestión de la calidad.

Toda propuesta de cambio se analizará en reunión de equipo, valorando las consecuencias, la integridad del sistema de gestión de la calidad, los recursos disponibles y los responsables de las acciones propuestas. Todas las propuestas se reflejarán en reunión de equipo junto con el análisis realizado.

## **4. APOYO**

### **4.1. Recursos Personales**

#### **Gerencia**

El equipo de CUDAP cuenta con la Gerencia de la Fundació General de la Universitat de València, como responsable de los profesionales del equipo.

#### **Departamento Recursos Humanos de la FGUV.**

Tiene como función principal la gestión de personal, que entre otras acciones lleva a cabo la formalización de los contratos, gestión de nóminas, interviene en los procesos de selección de personal, permisos, vacaciones, bajas y cualquier cuestión relacionada con las gestiones ordinarias en materia de personal. Además, tiene la función de la coordinación de las acciones relacionadas con la prevención de riesgos laborales.

#### **Gabinete jurídico de la FGUV**

Elabora dictámenes y emite su opinión sobre los aspectos analizados de las diferentes situaciones o planteamientos que sean requeridos, con opinión sobre las diferentes vertientes, civiles, mercantiles y administrativas, y de la normativa específica del sector fundacional. Mantiene informada a la Gerencia sobre las posibles modificaciones que se produzcan sobre la normativa aplicable y de los posibles efectos sobre la actividad de la Fundación.

## **Marketing y Comunicación**

Diseña y desarrolla acciones de marketing, imagen, publicidad, comunicación y difusión de las actividades y proyectos que la Universidad emprende con el apoyo de la Fundación y por medio de sus departamentos, áreas y programas. El objetivo prioritario es conseguir una visibilidad social adecuada, adoptando una política de imagen y de comunicación.

## **Servicio Informático**

Tiene como función principal dar apoyo técnico informático en todos los programas, departamentos, proyectos y unidades de la Fundación General.

## **Departamento de Administración y Contabilidad**

Desde este Departamento se realizan las tareas contables, fiscales, de control presupuestario, de control de las instrucciones de contratación, de tesorería, prevención de riesgos laborales, etcétera, establecidas por las diferentes normativas; así como también la preparación de todo tipo de informes económicos y financieros que son solicitados, internamente o externamente.

## **Equipo (trabajadores de la FGUV)**

Para prestar los servicios a sus usuarios, el CUDAP dispone de una plantilla formada por 9 profesionales: Coordinador del Centro; un técnico superior, dos fisioterapeutas, un logopeda, tres técnicos en atención temprana y una administrativa.

## **4.2. Infraestructura**

Los servicios prestados en el CUDAP se llevan a cabo en la planta baja ubicada en la calle Guardia Civil nº 22, bajo de Valencia. Recientemente la titularidad de las instalaciones se ha cedido de la Universitat de València a la Fundació General de la Universitat.

En promoción de los valores de integridad e igualdad establecidos en la Ley 1/1998, de 5 de mayo, de la Generalitat, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación, en materia de accesibilidad en edificios de pública concurrencia, la rehabilitación del centro se llevó a cabo siguiendo este sistema de eliminación de barreras arquitectónicas y cumpliendo, a su vez, con los requisitos de la norma de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas que garantizan la accesibilidad y el uso libre y seguro de las instalaciones a todas las personas.

El local donde se desarrolla la actividad cuenta con una zona luminosa de recepción que emplaza el departamento de administración y la sala de espera (espacio adecuado para la estancia de familiares y niños/as en espera de su acogida), 4 amplios despachos, una sala de fisioterapia, una sala destinada a la intervención en grupo, 3 espacios destinados a la

intervención individual, 1 sala Snoezelen, una sala de reuniones de uso exclusivo de los/as profesionales, una dependencia de archivo de expedientes y otra donde se ubica el RAC. Además de varios aseos: uso del personal, uso público y uso de menores y adaptado.

A nivel metodológico, para una eficaz gestión de la intervención y de los servicios prestados a las personas usuarias, el equipo dispone de diferentes materiales como: escalas e instrumentos para valorar desarrollo infantil, gran variedad de materiales didácticos que ayudan a estimular el desarrollo infantil, materiales fisioterapéuticos y materiales de oficina complementarios.

A nivel tecnológico, el servicio de informática ha habilitado un software en el que se manejan todos los datos de las personas usuarias. Para acceder a esta información cada profesional dispone de un ordenador preparado para este fin y con las medidas de seguridad que requiere el nivel de protección de datos que manejamos.

El centro cuenta con cámaras de video que facilitan la grabación de las sesiones de intervención y valoración de las personas usuarias, Ipad y tablets con aplicaciones específicas para el desempeño de la labor terapéutica y varias impresoras y plastificadora que sirven de apoyo como instrumental en la confección de material didáctico interno.

#### **4.3. Sobre la protección de los datos.**

Considerando la naturaleza de la información tratada, los principios establecidos en la calidad del servicio, y atendiendo a la normativa aplicable, la Fundació General de la Universitat de València (FGUV) ha establecido un protocolo en materia de protección de datos y se han desarrollado las siguientes acciones:

- **Adaptación de los sistemas de información de la FGUV** al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, General de Protección de Datos (en adelante, RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La FGUV ha adoptado medidas técnicas y organizativas apropiadas con el fin de garantizar su cumplimiento.
- **Política de privacidad visible en la página web de la FGUV y CUDAP** que se puede consultar en el siguiente enlace:  
<http://www.fundaciouv.es/index.asp?pagina=11532>

##### **4.3.1. Actuales ficheros con datos de carácter personal del CUDAP:**

- o Fichero “USUARIOS/AS CENTRO UNIVERSITARIO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN TEMPRANA”: titularidad privada de la FGUV para el tratamiento de datos de los USUARIOS/AS.

- Fichero “USUARIOS/AS DEL CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA”: titularidad pública de la Universitat de València para el tratamiento de datos de los USUARIOS/AS, ” mediante Resolución del Rectorado de la Universitat de València, de 21 de noviembre de 2008, publicada el 27 de noviembre de 2008 en el Diario Oficial de la Comunitat Valenciana, DOCV nº 5902. [http://www.docv.gva.es/datos/2008/11/27/pdf/2008\\_13754.pdf](http://www.docv.gva.es/datos/2008/11/27/pdf/2008_13754.pdf)

Asimismo, el fichero se notificó al Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos siéndole asignado el siguiente código de inscripción: 2090401496. La inscripción del fichero puede consultarse en:

[http://www.agpd.es/portalwebAGPD/ficheros\\_inscritos/titularidad\\_publica/busqueda\\_general/resultado\\_publica\\_avanzada-ides-idphp.php?cfichero=MjA5MDQwMTQ5NQ==](http://www.agpd.es/portalwebAGPD/ficheros_inscritos/titularidad_publica/busqueda_general/resultado_publica_avanzada-ides-idphp.php?cfichero=MjA5MDQwMTQ5NQ==)

#### **4.3.2. Consentimiento e información a los usuarios**

El CUDAP, en el procedimiento PR.01 de Acogida proporciona un formulario de alta a los padres o tutores de los usuarios que contiene toda la información legal relativa al tratamiento de datos de carácter personal por parte del centro, en cumplimiento de lo establecido en el RGPD.

Asimismo, a través de dicho formulario se solicita el consentimiento expreso para el tratamiento de los datos relacionados con la salud de los usuarios.

#### **4.3.3. Seguridad de los datos**

En el proceso de mantenimiento de la base de datos del CUDAP se tiene en cuenta la adopción de medidas técnicas y organizativas que garanticen el cumplimiento del RGPD y la Ley Orgánica 3/2018.

#### **4.3.4. Deber de secreto**

El artículo 5.1 de la Ley Orgánica 3/2018 establece: “1. Los responsables y encargados del tratamiento de datos así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este estarán sujetas al deber de confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f) del Reglamento (UE) 2016/679”.

El personal del CUDAP firma un compromiso de confidencialidad en el que se le informan de sus obligaciones en materia de protección de datos de carácter personal. Este documento se firma al acceder al puesto de trabajo y se conserva junto con la ficha personal de cada trabajador. (Formato OBLIGACIONES LEGALES EN MATERIA DE SEGURIDAD PARA LOS/AS USUARIOS/AS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA FGUV).

Asimismo todas las personas o instituciones que han solicitado visitar el centro a través del formulario de nuestra página web, deben firmar el documento “Compromiso de las personas visitantes”, aceptando así la política de privacidad.

#### **4.3.5. Gestión**

La FGUV adopta las medidas de seguridad y políticas de privacidad en cada una de sus áreas de actividad. Para ello cuenta con responsables de seguridad (perfil informático y perfil jurista).

El cumplimiento de la normativa de protección de datos y la adopción de las medidas de seguridad legalmente establecidas se encuentra centralizado en el servicio de protección de datos de la FGUV a través de la dirección electrónica: [protdadesfguv@uv.es](mailto:protdadesfguv@uv.es).

Entre sus funciones se encuentra el alta, modificación y eliminación de ficheros, mantenimiento del registro de actividades de tratamiento de la entidad, la atención de derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad de los datos, preparación y control de contratos con encargados del tratamiento, así como el control y gestión de los sistemas de Evaluación de Impacto sobre la Privacidad (Privacy Impact Assessment –PIA-) en todas las áreas de la entidad.

Concretamente, la FGUV dispone de recursos web dirigidos a sus empleados con manuales y documentos de interés en el siguiente enlace: <http://www.fundacio.es/deptinf/>

Asimismo, periódicamente se realizan sesiones formativas.

#### **4.4. Ambiente para la operación de los procesos**

Por la naturaleza de los servicios prestados a las familias usuarias, el CUDAP y su equipo de trabajo debe fomentar un clima laboral que minimice, en la medida de lo posible, niveles de estrés y favorezca la eficaz gestión emocional. Con este fin se han habilitado espacios físicos y temporales donde, contando con la formación e implicación de todo el personal, se pueden aplicar acciones de Mindfulness.

También se ha apostado por una actitud que acoge la interculturalidad como modelo de gestión de diversidad basada en el pluralismo cultural y el reconocimiento de la diferencia de religión, ideología, étnica... emplazada en la instrucción sobre el reconocimiento, atención y trato a la diversidad religiosa de centros públicos dependientes de Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

A estos factores, se añade el empeño de la organización por velar por el bienestar, tanto de usuarios como de trabajadores, procurando un entorno adaptado a las características y necesidades requeridas mediante un mantenimiento íntegro de normas de higiene, una limpieza exhaustiva del centro con productos específicos, un control en la exposición de niveles de ruido, un clima interno del centro que evite los cambios bruscos de temperatura, dotación de material ergonómico adaptado, etc. Para supervisar que se llevan a cabo las actuaciones que garantizan la protección y seguridad en todos los ámbitos del servicio, el responsable de calidad en el centro cumplimenta el documento “Seguridad en el trabajo”. Para ello se supervisan las normativas vigentes y otros documentos respecto a:

- Prevención y Medio Ambiente.
- Autoprotección y Seguridad en el trabajo.
- Seguro responsabilidad civil

En reunión de equipo, anualmente, se valora y analiza el éxito de las acciones realizadas, ya sean formativas o de otro carácter.

#### **4.5. Competencias**

Todo el personal del equipo de trabajo del CUDAP es contratado por la Fundació General de la Universitat de València, tras pasar un proceso de selección llevado a cabo por la misma.

En este proceso, el candidato acredita al departamento de recursos humanos que cumple con los requisitos solicitados para el puesto de trabajo.

Las competencias necesarias para cada uno de los roles a desempeñar se describen en el documento “Definición de Rol”. En la actualidad contamos con los siguientes *roles técnicos* necesarios para desempeñar los procesos de la operación del servicio:

- Coordinador de equipo
- Psicólogo/pedagogo
- Administrativa
- Técnico en Atención temprana
- Logopeda
- Fisioterapeuta

En el punto 2.3 de este Manual se han descrito los *roles referidos al SGC*.

Según las necesidades del servicio, se emprenderán acciones formativas para la adquisición de competencias necesarias. Estas necesidades pueden ser detectadas por cualquier miembro del equipo, o por la gerencia, o por cualquier departamento de la FGUV. Tras las acciones formativas realizadas, en reunión de equipo se hace un análisis-valoración de la eficacia de las mismas.

Cada uno de los componentes del equipo del CUDAP tiene cumplimentada su “Perfil Personal” donde se refleja y evidencia que cumple con las competencias de su rol y realiza las acciones formativas propuestas.

#### 4.6. Toma de conciencia

Todo el personal relacionado con el desempeño del servicio del CUDAP, es decir el equipo de trabajo y el alumnado en prácticas deben conocer el sistema de gestión de calidad, así como la política y los objetivos y el funcionamiento en general del CUDAP.

En reuniones de equipo se mantiene informado al equipo, mientras que, al personal de nueva incorporación, al alumnado en prácticas y al personal que se incorpora después de una larga ausencia, se les informa en una reunión específica para tal efecto.

Además, todo el personal del CUDAP, así como el alumnado de prácticas firman el documento “Obligaciones legales en materia de seguridad para los usuarios del sistema de información de la FGUV” que queda archivado en el departamento de Recursos Humanos de la FGUV.

#### 4.7. Comunicación

La organización establecerá un sistema de comunicación interna y externa que garantice el pleno conocimiento de las acciones que competan al sistema de calidad, manteniendo informados de cualquier modificación o actualización al equipo profesional y a los usuarios del centro.

QUÉ	CUÁNDO	A QUIÉN	CÓMO	QUIÉN
<b>Manual de Calidad</b>	Actualización	Equipo, dirección, presidente FGUV	Reunión	Director, Responsable de calidad
<b>Procesos</b>	Actualización	Equipo	Reunión	Director, Responsable de calidad
<b>RRI</b>	Actualización	Equipo y usuarios, dirección	Reunión y correo electrónico	Responsable de calidad y Director
<b>RFO CUDAP</b>	Primera entrevista	Usuarios	Reunión	Tutores

<b>Información general</b>	Notificaciones y avisos	Familias	Correo electrónico	Administrativa
<b>Aviso de cambios en las sesiones de intervención</b>	Permiso laboral	Familias	Firma Documento formato cambio de intervención	Profesionales
<b>Control de aviso al usuario/a</b>	Baja laboral	Familias	Llamada telefónica	Administrativa/ tutores/as
<b>Sugerencias, reclamaciones y agradecimientos</b>	Disponible permanentemente	Dirigido al equipo, a la dirección	Página web: Dirección electrónica: <a href="http://fundacio.es/index.asp?pagina=12626">http://fundacio.es/index.asp?pagina=12626</a>	Familias
<b>Información secciones página web</b>	Disponible permanentemente	Familias	Página web <a href="http://cudap.uv.es">http://cudap.uv.es</a>	Coordinador
<b>Ayudas sociales externas</b>	Disponible permanentemente	Familias	Página web <a href="http://cudap.uv.es">http://cudap.uv.es</a>	Coordinador
<b>Memoria anual de actividades</b>	Disponible permanentemente	Organismos (UV, FGUV y Conselleria) Familias Público	Envío documento Página web <a href="http://cudap.uv.es">http://cudap.uv.es</a>	Coordinador Órgano de participación
<b>Cuentas anuales</b>	Periódicamente	Usuarios	Reuniones físicas	Órgano de participación

#### 4.8. Información documentada

Para la eficaz implementación del sistema de gestión de calidad se hace necesario cumplimentar determinados documentos.

El sistema documental de CUDAP, se compone de los siguientes tipos de documentos:

##### A) Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Manual de la Calidad y Política de Calidad
- Procedimientos; documento que describe como se debe llevar a cabo un proceso del SGC. Todos los procedimientos están archivados en el SISGAT.
- Formatos; documento original que describe tal y como tenemos que elaborar determinados documentos. Todos los formatos están archivados en el SISGAT.
- Registros; son los formatos ya cumplimentados

B) Documentos externos al Sistema de Gestión de la Calidad:

- Documentación externa de Calidad
- Legislación, Normativas (Requisitos legales, etc.)
- Programa y valoración de auditoría externa.
- Programa y valoración de auditoría interna.
- Certificado de calidad

En el caso de los documentos externos tipo b, CUDAP identificará, conseguirá y, en su caso, actualizará dicha normativa a través de las informaciones recibidas de los organismos competentes y cualquier otra fuente de información.

C) Documentos externos que usamos como formatos/registros

- Solicitud de derivación a Centro de Atención Temprana
- Informe de evaluación inicial de centro de atención temprana
- Informe de evaluación sucesivo de centro de atención temprana
- Informe de alta de centro de atención temprana
- Obligaciones legales en materia de seguridad para los usuarios del sistema de información de la FGUV
- Política de privacidad de formulario web
- Listado de atendidos CAT
- Anexo VI: Relación de personas usuarias atendidas en centros de atención social a personas con diversidad funcional.

En la actualidad es necesaria la siguiente relación de documentación:

DOCUMENTO	LUGAR DE ARCHIVO
Manual de calidad	Archivo general SISGAT
Política de calidad	Archivo general, tablón de anuncios, web SISGAT
Análisis de la organización y su contexto	Archivo general SISGAT
Seguimiento del análisis de la organización y su contexto	Archivo general
Análisis de riesgos	Archivo general

Objetivos y seguimiento	Archivo general
Seguimiento de los indicadores de los procesos	Archivo general
Informe de Revisión por la dirección.	Archivo general SISGAT
No conformidades y acciones correctivas	Archivo general
Procesos documentados (procedimientos)	SISGAT
Fichas de "Rol"	SISGAT
Perfil profesional (Currículum de cada uno de los miembros del equipo)	SISGAT
Hoja de visita	Archivo general
Compromiso visitas externas	Archivo general
Documento de Obligaciones legales en materia de seguridad para los usuarios del sistema de información de la FGUV y de política de calidad	Archivo general
Seguridad en el trabajo	Archivo general SISGAT
Memoria Anual	SISGAT Web
Documento de correspondencia	Donde corresponda
Y todos los documentos (formatos/registros) que se indican dentro de cada proceso.	Donde indica el proceso
Listado Interno de Proveedores	Archivo general
Listado de Empresas y Servicios de Mantenimiento	Archivo general
Plan de Actuación	Archivo general
Reglamento de funcionamiento del órgano de participación del CUDAP	El usuario

#### 4.8.1. Elaborar e identificar documentos.

Todos los miembros de CUDAP pueden detectar la necesidad de crear o modificar un documento del Sistema de Gestión de la Calidad, tras valorar esta necesidad en reunión de equipo, será documentado por la Responsable del SGC y será aprobado por dirección.

La responsable del SGC identificará el documento según las siguientes directrices:

- a) La identificación de los procesos se hará indicando el nombre del mismo precedido de la numeración: PR.YY. Donde PR = Proceso, y YY = Número de proceso (iniciándose en el 01). Ejemplo: PR.C.02 Detección, evaluación y diagnóstico. Se indicará también la edición en la que se encuentra y la fecha de aprobación.
- b) La identificación de los formatos se realizará mediante su nombre, la edición en la que se encuentran, y la fecha de aprobación.
- d) La identificación de la documentación externa se realizará mediante su nombre.

Tanto los procesos como los formatos tienen una primera página en la que aparece un encabezado como los siguientes, según se trate de proceso o de formato:

 <p>Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca UNIVERSITAT DE VALÈNCIA</p>	<p>PR.YY</p> <p>Nombre del proceso</p>	<p>Edición: Fecha: Página X de Y</p>
---	--	--

 <p>Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca UNIVERSITAT DE VALÈNCIA</p>	<p>Nombre del formato</p>	<p>Edición: Fecha: Página X de Y</p>
---	---------------------------	--

A continuación de la cabecera sigue un cuadro donde se especifican las modificaciones, indicando el nivel de revisión, la fecha de entrada en vigor y una breve descripción de la modificación. Para el nivel de revisión 1 se hará constar únicamente primera edición.

Y por último las firmas de quién elabora el documento y la firma de dirección aprobándolo.

Las siguientes páginas, si se trata de un proceso, tendrán la misma cabecera que en la primera página y se detalla el proceso contemplando los puntos:

- 1. Objeto
- 2. Alcance
- 3. Descripción
- 4. Registro
- 5. Formato
- 6. Cuadro resumen

En el caso de los formatos, en las páginas siguientes la cabecera puede variar dependiendo de si es un documento de uso interno o externo.

En los casos de uso interno se usará el siguiente modelo:



Nombre del formato

Edición:  
Fecha:  
Página

Y en caso de formatos de uso externo; que se remitan a los usuarios o al exterior en general (diferentes tipos de informes o correspondencia en general):



Guardia Civil, 22  
46020 Valencia  
Telf 96.393.79.99  
<http://cudap.uv.es>  
e\_mail: [cudap@uv.es](mailto:cudap@uv.es)

Además, estos últimos, llevan en margen lateral izquierdo inferior, los sellos identificativos de la Conselleria de bienestar social, la Conselleria de Sanidad y el certificado de calidad de la SGS, todos ellos con su número de registro correspondiente:



Además, los formatos indican a pie de página a la izquierda el nombre del formato, el número de edición y la fecha de aprobación, y a la derecha el número de página. Este pie de página no aparece en la primera página.

La “Memoria anual”, el “Informe de revisión por la dirección”, el “Manual de Calidad”, y el “Informe de satisfacción del usuario”, se elaboran como los formatos de uso externo, pero estos no llevan los sellos identificativos en el margen lateral izquierdo.

La aprobación de un proceso implicará la aprobación de los formatos que contiene. Cuando se realiza una modificación de un proceso que no implica modificaciones en los formatos que incluye, estos formatos no necesitan ser modificados. Lo mismo ocurre cuando se modifican formatos que no implican modificaciones en el proceso al que corresponde, este no se modifica. De todo ello se deduce, que una vez se hayan aprobado procesos y formatos incluidos, las posteriores modificaciones sólo se realizan en el proceso o en formato implicado.

Los documentos del SGC deberán ser revisados y, en su caso, modificados en los siguientes casos:

- Cuando se modifiquen las Normas de Gestión de la Calidad sobre las que se fundamenta este documento (ISO 9001:2015).
- Cuando existan informes de auditorías que así lo aconsejen.
- Cuando se produzcan cambios en la organización o en el modo de trabajar de CUDAP que afecten al SGC.

Además, todo el personal de CUDAP puede aportar ideas o sugerencias para mejorar los documentos

Si un documento es anulado y/o sustituido por una nueva edición, la responsable de Calidad se responsabiliza de retirarlo y se asegurará de la no existencia de copias de ediciones antiguas. La responsable de Calidad archiva toda la documentación donde procede.

## **5. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS. OPERACIÓN, PLANIFICACIÓN, CONTROL OPERACIONAL Y REQUISITOS PARA EL SERVICIO.**

Los usuarios reciben toda la información sobre el servicio prestado durante la primera entrevista (en el proceso de acogida), en las reuniones de devolución (proceso de detección, evaluación y diagnóstico) y durante las sesiones de intervención (proceso de atención terapéutica). La dirección de la comunicación en el CUDAP, se caracteriza por ser bidireccional, para asegurarnos que realmente estamos respondiendo a las necesidades únicas y exclusivas de cada usuario.

La información sobre el servicio prestado, además se entrega por escrito a los usuarios, en el documento de “Reglamento de funcionamiento interno” y en el documento “Informe de devolución”. Éste último, cuando se entrega, el usuario debe firmar que recibe la información.

El “Reglamento de funcionamiento interno” ha sido elaborado en consenso por el equipo de profesionales del CUDAP, aprobado por la dirección del SGC, y supervisado por el gabinete jurídico de la FGUV con el fin de asegurarse del cumplimiento de los requisitos legales. A continuación, se describen los procesos implementados para la prestación del servicio.

## **5.1. Acogida.**

Es el proceso que se sigue desde que la familia contacta con el centro hasta que se abre expediente y se da de alta.

**Personal implicado:** Personal administrativo, Equipo psicopedagógico.

### **5.1.1. Recepción de demanda**

Las familias vienen derivadas desde la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

El coordinador y/o el psicopedagogo valorarán el número de expedientes activos, la carga de trabajo determinando la posibilidad de asumir nuevos expedientes activos. Ante la posibilidad de atender un nuevo caso, administración contacta con la familia para concertar la entrevista inicial.

### **5.1.2. Entrevista inicial.**

En esta fase se procederá con la nueva familia a la recogida de datos personales, anamnesis, y todo tipo de datos que se crean convenientes. Durante la entrevista se le explica a la familia lo que es el Centro de Atención Temprana, el funcionamiento general del centro, y se le entrega el Reglamento de Régimen Interno (que recoge la filosofía del CUDAP). Si la familia acepta las condiciones de acceso al CUDAP se procede a abrir expediente, donde se incluirá toda la información recogida y la posterior que se vaya generando. En esta entrevista los padres o tutores entregan la documentación pertinente (fotocopia del libro de familia y DNI de los dos progenitores) los informes disponibles referidos al niño y la autorización de alta cumplimentada y firmada por los dos progenitores. Finaliza este proceso con la petición de evaluación a los profesionales del equipo.

## **5.2. Proceso de Detección/Evaluación/Diagnóstico.**

### **Personal implicado: Equipo del CUDAP**

En reunión de equipo se explica el nuevo expediente activo y se planifica el proceso de evaluación. Este proceso, deberá estar terminado en un tiempo prudente (dos y tres semanas). Los profesionales asignados por el coordinador en función de las características del niño, evaluarán las necesidades del niño, familia y entorno. El proceso de valoración supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño y la familia. Implica la observación del niño, la administración de diferentes test, escalas y pruebas diagnósticas, la elaboración de un Programa Individual de Trabajo (PIT) donde se expliquen los objetivos a trabajar y una coordinación de todos los profesionales implicados en este proceso.

Este proceso es clave para decidir si el niño necesita Atención Terapéutica, o de otro modo, puede pasar a Baja o cambiar el estado a Seguimiento. Este proceso finaliza con la entrevista de devolución con la familia para explicarle las valoraciones realizadas y los resultados de estas, consensuar el Programa de Individual de Trabajo (PIT), entregarles el informe de valoración y planificar las sesiones de intervención. El siguiente proceso comienza con el cambio de estado a intervención

## **5.3. Apoyo y Asesoramiento Familiar.**

### **Personal Implicado: Psicopedagogos y Técnicos del CUDAP.**

Desde la acción de acogida hasta la baja los padres son atendidos por todos los miembros del equipo del CUDAP, dándoles información (según demanda) y asesoramiento. En ocasiones puntuales, algún miembro de la familia puede necesitar una atención más individualizada. En este caso, el psicólogo del centro atenderá su demanda. En caso de tratarse de un problema fuera del ámbito de las competencias del CUDAP se les proporcionará un servicio psicológico alternativo

## **5.4. Atención terapéutica**

### **Personal implicado: Equipo del CUDAP**

Este comienza con la consulta del expediente por los profesionales implicados en la intervención, la planificación, y tratamiento. Después de cada sesión de tratamiento o intervención se realiza un registro en el sistema SISGAT. Dependiendo de las características del niño, el personal implicado en este proceso, finalizado el programa, puede demandar una valoración de seguimiento.

## 5.5. Bajas

### **Personal implicado: Psicopedagogos y administrativa.**

La baja del centro es la acción administrativa en la que se cesa la prestación del servicio a un expediente. La baja puede ser motivada por diferentes causas por lo que se han definido las siguientes bajas:

- Por edad.
- Por estar atendido con apoyo/recursos necesarios en otro centro o servicio
- Por desarrollo adecuado.
- Baja voluntaria.
- Baja por exitus
- 

El proceso de baja se puede iniciar en cualquier momento, por lo que se puede activar desde el proceso de acogida, el proceso de detección, evaluación y diagnóstico y desde el proceso de intervención terapéutica.

Se procurará en todos los casos de baja por edad y por desarrollo adecuado, tener una entrevista final o de despedida. En esta entrevista y si procede, se hará entrega a los padres del informe de baja con el formato “informe final”.

## 5.6. Control de procesos, productos y servicios suministrados externamente

Para poder llevar a cabo los procesos implicados en el cumplimiento del servicio, en algunos casos se requieren productos y servicios de empresas/proveedores externas.

El sistema de compras queda sujeto a las instrucciones internas de contratación de la Fundació General de la Universitat de València (FGUV) en las que se establecen que, previamente a la realización de cualquier compra, se debe detectar la necesidad de adquirir nuevo material o reponer el ya existente, comunicarla a administración quien se encargará de solicitar presupuesto, en los casos pertinentes, o comprobar si existe saldo disponible con los departamentos responsables. A continuación se realiza la compra (bien directamente, por correo electrónico o por teléfono) a proveedores incluidos en las bases de datos de la FGUV o en el listado Interno de Proveedores aprobados.

Una vez recibido el pedido se comprueba que los datos de la factura y/o albarán son correctos, se procede a la firma de los mismos por el responsable del servicio y se remiten por correo interno a la FGUV para su pago.

Si el contenido es conforme, administración coloca el material en el almacén en su lugar correspondiente y se comunica en reunión de equipo su disposición.

Si el contenido no es conforme, se reclamará al proveedor y se indicará la incidencia en la reunión de equipo. La evaluación de proveedores deberá tener en cuenta las incidencias tratadas durante todo el año y quedará reflejada en la revisión por dirección anual. Tras esta valoración de proveedores se actualizará el Listado Interno de Proveedores.

## **5.7. Producción y provisión del servicio**

### **5.7.1. Control de la producción y de la provisión del servicio.**

Para controlar el desarrollo y cumplimiento de los procesos implicados directamente con la prestación del servicio, se ha elaborado el documento “Seguimiento de los indicadores de los procesos”, en el que la Responsable de Calidad recoge mensualmente los datos de los indicadores establecidos en cada proceso.

### **5.7.2. Identificación y trazabilidad**

Automáticamente el SISGAT asigna un número identificativo para cada usuario. Este sirve para identificar el expediente y su seguimiento. Este número se establece de forma correlativa cuando se introducen los datos personales cuando se graba la solicitud en el SISGAT. El número asignado nunca cambia, de manera que si, por ejemplo, una solicitud se desestima antes de darse alta como expediente, el número que se le asignó a esa solicitud, no se usa para una nueva.

### **5.7.3. Propiedad perteneciente a los clientes.**

La información relativa a los usuarios queda archivada en SISGAT, donde queda registrada en su número de expediente. La información en formato físico, está guardada y protegida bajo llave, en el Archivo de Expedientes.

### **5.7.4. Preservar**

Dadas las características de los usuarios atendidos, se establece un tratamiento de datos extremadamente riguroso supervisado por el Gabinete Jurídico de la FGUV y contemplando la LOPD. Por ello todos los trabajadores del CUDAP y alumnado en prácticas son conocedores del procedimiento que se establece para trabajar con los datos e información de los usuarios, aceptando y firmando el documento de “*Obligaciones legales en materia de*

*seguridad para los usuarios del sistema de información de la FGUV y de política de calidad*". Y para las personas que visitan el CUDAP se crea el documento específico "Compromiso visitas externas".

#### **5.7.5. Control de cambios**

En el proceso 04 de atención terapéutica se explica cómo actuar ante cualquier modificación de las citas programadas. En cualquier caso, será el técnico responsable el encargado de avisar a los usuarios y de documentar el cambio.

#### **5.8. Liberación de los servicios**

Como ya queda recogido en los procesos, cualquier prestación del servicio queda siempre planificada y programada en el SISGAT por los técnicos responsables.

Cuando se entregan informes a los usuarios, siempre van firmados por el tutor y técnico responsable de la información que se entrega. A su vez los informes también son firmados por los Padre/madre/tutor/a de los usuarios para dejar constancia que lo reciben y se quedan registrados en SISGAT.

#### **5.9. Control de prestación de servicio no conforme**

En cualquier momento, o bien los técnicos del CUDAP, o bien los usuarios, pueden detectar que el servicio no se está prestando de manera adecuada, en estos casos se documenta una "no conformidad" y en reunión de equipo de analiza y se toman las decisiones más adecuadas.

### **6. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

#### **6.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación**

Mensualmente se recogen los indicadores establecidos en cada uno de los procesos del sistema de gestión de la calidad en su documento establecido como "Seguimiento de indicadores de procesos". Semestralmente en reunión de equipo se hace un análisis de la evolución de los indicadores para detectar riesgos y evaluar así la eficacia del sistema.

#### **6.2. Satisfacción del usuario**

La satisfacción del/la usuario/a en el servicio de atención temprana es un concepto clave en nuestra labor profesional. La satisfacción de las necesidades que presenta la familia que acude al centro es la medida de eficacia del sistema por excelencia. La opinión de las familias sobre la satisfacción o insatisfacción deriva directamente de la calidad de un servicio, de sus

características, y de la ayuda que le está proporcionando. En este sentido, lo que opinan nuestras familias va a constituir una información vital para saber si estamos cubriendo sus expectativas o no. No es suficiente con que nuestro sistema funcione, sino que además es necesario que sea satisfactorio para la familia y así, lo perciba.

Anualmente se recoge la percepción que tienen los usuarios atendidos sobre el grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas, a través de una encuesta que realizan en el centro con una “Surface” que les proporcionamos. Aunque si lo desean también se les hace llegar un link donde acceden directamente a la encuesta:

<https://goo.gl/forms/SNoPA7FzQQQv31B43>

Durante el último trimestre del año se invita a las familias usuarias a dar su opinión y valoración a través de un mail con el siguiente texto:

*Buenos días, familias:*

*Os informamos que ponemos a vuestra disposición el "Cuestionario de Satisfacción de las Familias del CUDAP".*

*Este año se cumplimenta directamente en una tablet que os facilitará Susana.*

*Os recordamos que es totalmente anónima y voluntaria, se rellena en cinco minutos y es de gran ayuda para mejorar aspectos del servicio.*

*A petición vuestra se puede enviar el enlace para realizarla on line.*

*Muchas gracias por vuestra colaboración y un saludo.*

La encuesta que cumplimentan consta de 19 preguntas de respuesta tipo Likert con 5 valores, siendo 1 el valor más bajo y 5 el de mayor valor:

1. MUY EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. MUY DE ACUERDO

La encuesta está dividida en secciones que coinciden con los diferentes procesos en el centro (información y acogida, evaluación, intervención, coordinación, instalaciones).

Las preguntas que se formulan son las siguientes:

**INFORMACIÓN Y ACOGIDA:**

- 1) La información recibida durante la primera entrevista fue la que necesitaba
- 2) En la primera entrevista me sentí acogido/a
- 3) Tuve la oportunidad de expresar preocupaciones, inquietudes, miedos, dudas, etc.

**EVALUACIÓN:**

- 1) Los profesionales han sido respetuosos a la hora de valorar al niño/a
- 2) Me informaron adecuadamente en qué iba a consistir la valoración
- 3) Al finalizar la evaluación, se realiza una reunión. "La información recibida respondió a mis necesidades"

¿Qué has echado en falta en esta reunión?

**INTERVENCIÓN:**

- 1) Participo a la hora de diseñar los objetivos y el plan de trabajo de mi hijo/a
- 2) En general, los profesionales del CUDAP buscan mi opinión y participación durante todo el proceso, dejándome tomar decisiones.
- 3) Lo que se está trabajando con mi hijo/a es precisamente lo que yo considero más prioritario en este momento
- 4) Se respeta el horario de inicio y finalización de la sesión
- 5) En general estoy satisfecho/a con la atención que recibimos en el CUDAP.

**COORDINACIÓN CON OTROS PROFESIONALES**

- 1) La coordinación con otros profesionales (escuela infantil, colegio, servicios sanitarios, etc.) se está gestionando correctamente desde el CUDAP
- 2) Los distintos profesionales que atienden a mi hijo/a en el CUDAP están coordinados entre ellos

**INSTALACIONES:**

- 1) Las instalaciones están limpias
- 2) La temperatura del centro es adecuada.
- 3) Los recursos técnicos y materiales son suficientes
- 4) La comunicación entre los padres y el centro es adecuada (emails, web, teléfono...)

En general, considero la atención recibida en el CUDAP:

La atención recibida en general es MUY MALA

La atención recibida en general es MALA

La atención recibida en general es MEDIA

La atención recibida en general es BUENA

La atención recibida en general es EXCELENTE

Indica sugerencias de mejora (si lo consideras) o cualquier aspecto que quieras comentar

Una vez recogidos todos los cuestionarios y sus estadísticas, en reunión de equipo se plantean acciones a emprender para resolver sugerencias o quejas o intentar mejorar la situación. Los resultados se informan en la “Memoria de actividades” y en el “Informe de la revisión por la dirección”.

### **6.3. Análisis y evaluación**

A principio de cada año, durante el mes de enero, en reunión de equipo se abordará un análisis para el seguimiento general de todo el sistema de gestión de la calidad. El estudio contempla los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción del usuario; el seguimiento de los indicadores de los procesos del SGC; las amenazas y oportunidades de los procesos así como del contexto de la organización; se analizará también el grado de satisfacción que tenemos con los proveedores externos, el seguimiento de los objetivos del SGC; las necesidades de mejora del mismo SGC, así como las no conformidades y las acciones correctivas; y las necesidades de formación o de recursos personales y materiales que tiene el servicio.

### **6.4. Auditoría interna**

Para verificar que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos del CUDAP y con la Norma en su versión en vigor y que está implementado y se desarrolla de manera adecuada, anualmente se lleva a cabo una auditoría interna. Para ello el auditor elabora su programa de auditoría y posteriormente emitirá los resultados obtenidos en la misma.

La dirección y las personas responsables del sistema de gestión de calidad, deciden qué persona o empresa es la más adecuada para llevar a cabo esta auditoría interna, teniendo en cuenta los servicios de la misma Universitat de València. Además siempre que se considere necesario, se planificarán sesiones de formación/asesoramiento con el auditor interno.

### **6.5. Revisión por la dirección**

Una vez al año, normalmente a principios de año, dirección realiza un análisis del sistema de gestión de la calidad, este análisis se recoge en el documento “Informe de Revisión por la Dirección”.

Dada la particularidad de esta organización –la dirección del SGC no está muy próxima al CUDAP- se realizarán un feedback sobre el SGC cada 4 o 6 meses entre la dirección y el comité del SGC o un representante del mismo.

En el documento “Informe de Revisión por la Dirección” se recoge la siguiente información:

- El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.
- Los cambios realizados
- La satisfacción del usuario
- Seguimiento de los objetivos
- Seguimiento de los indicadores
- No conformidades y acciones correctivas
- Resultado de auditorías
- Desempeño de proveedores externos
- Analizar la adecuación de los recursos
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades
- Las oportunidades o acciones de mejora.
- Las decisiones tomadas y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora; las necesidades de cambio del SGC; y las necesidades de recursos.

## **7. MEJORA**

### **7.1. No conformidad y acción correctiva**

Siempre que ocurra una no conformidad, incluida cualquier queja o reclamación procedente de usuarios, del equipo de trabajo o de proveedores externos, se documenta en “no conformidad y acción correctiva” y se procede a tomar las acciones necesarias para corregirlas y a valorar las consecuencias por los responsables.

Todas las sugerencias, quejas, reclamaciones y/o felicitaciones se formalizan mediante un formulario al que se accede desde la página web del CUDAP: <http://fundaciouv.es/index.asp?pagina=1257>

Los formularios se envían a la dirección de correo electrónico: [fguv@uv.es](mailto:fguv@uv.es) que la FGUV registrará en un archivo incluyendo: la fecha de entrada, datos de contacto facilitados, concepto, departamento afectado, respuesta facilitada y fecha de contestación.

El Gerente de la FGUV es órgano competente para la atención, gestión y respuesta de todas las quejas, reclamaciones, sugerencias o felicitaciones que se formulen, encargándose de notificarlo al órgano competente de la Dirección Territorial (Sección de Personas con Diversidad Funcional) en el plazo de 10 días hábiles desde su presentación.

La respuesta deberá notificarse a la persona usuaria y, simultáneamente, al órgano competente de la Dirección Territorial. Ésta se reserva el plazo de 15 días para considerar idónea la respuesta dada a la persona usuaria.

En reunión de equipo se analiza las no conformidades y la evolución de las acciones correctivas.

## **7.2. Mejora continua**

Para implementar el compromiso con la mejora continua, tras el análisis anual que se realiza a principio de cada año y junto con la revisión por la dirección se determinan las necesidades y oportunidades, y se emprenden las acciones de mejora más oportunas. Estas se documentan como “Acciones de mejora”.