

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS  
ASOCIACIONES AMIKECO**

Ref: SG-AMIKECO

# Amikeco

Asociaciones Amikeco

MADRID, 8 de Junio de 2012

**Asociación H-AMIKECO**  
C/ Ferrocarril, nº: 34, 3º B  
28045 Madrid  
Tel.: 628-600.911  
e-mail: [info@amikeco.es](mailto:info@amikeco.es)

## Hoja de Control de DOCUMENTO:

<b>Título</b>	SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS ASOCIACIONES AMIKECO: SGA		
<b>Documentos Referencia</b>	N/A		
<b>Elaborador Responsable</b>	Miguel Angel Gil y Laura Marcos		
<b>Revisado por</b>	Roberto Oslé y María Vega	<b>Fecha Revisión</b>	27/06/2011
<b>Aprobado por</b>	<b>Diana Gil Vega</b>	<b>Fecha Aprobación</b>	5/06/2012
<b>Versión</b>	2.1	<b>Fecha Versión</b>	8/06/2012

### Registro de Cambios

Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha Cambio
1.0	Versión Inicial	Miguel Angel Gil	15/03/2011
1.1	Revisión respecto a la norma, completar.	Miguel Angel Gil	5/07/2011
2.1	Revisión no conformidades Auditoría enero	Miguel Angel Gil	8/06/2012

## SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS ASOCIACIONES AMIKECO

### CONTENIDO

<b>1.- PLANTEAMIENTO Y ALCANCE.....</b>	<b>4</b>
1.1 Definiciones.....	4
<b>2.- OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
2.1 Resultados:.....	6
2.2 Compromiso con la mejora continua del Sistema de Gestión de Amikeco: .....	6
<b>3.- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE AMIKECO: .....</b>	<b>6</b>
3.1 Exclusiones: .....	9
<b>4.- REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE AMIKECO: .....</b>	<b>9</b>
4.1 Proceso para la revisión del sistema por la Dirección: .....	10
<b>5.- PROCESOS DE AUDITORÍA INTERNA Y EXTERNA.....</b>	<b>11</b>
5.1 Auditoría Interna:.....	11
5.2 Auditoría Externa: .....	12
<b>ANEXO.- I MAPA DE PROCESOS AMIKECO .....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO.- II ORGANIGRAMA DE H-AMIKECO.....</b>	<b>14</b>

## SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS ASOCIACIONES AMIKECO

### 1.- PLANTEAMIENTO Y ALCANCE

El grupo de las Asociaciones Amikeco, actualmente integrado por las dos Asociaciones:

**Amikeco**, Asociación para el Tratamiento de la Violencia con, CIF: G-95265286, Inscrita en el registro de Asociaciones del País Vasco, con N° de registro 34762 y sede en Bilbao.

**H-Amikeco**, Asociación para la Promoción de las Relaciones Humanas, CIF: G-39597562, inscrita en el registro nacional de asociaciones del Ministerio del Interior, con número de registro 584426, declara Asociación de Utilidad Pública en 2010 y con sede en Madrid.

Movidos por el interés común de prestar un servicio cada vez más satisfactorio y eficiente tanto para sus clientes y usuarios como para la sociedad en general acuerdan en **febrero de 2011**, desarrollar conjuntamente el presente **Sistema de Gestión orientado a la Calidad en el ámbito de la Gestión de los Servicios de Atención y Tratamiento de la Violencia** que desarrollan ambas Asociaciones, en sus respectivos ámbitos y territorios de actuación. **El Alcance del Sistema de Gestión son los Programas de Tratamiento de la Violencia.**

#### 1.1 Definiciones

- **Sistema de Gestión**, es el conjunto de procesos, procedimientos, normas de y métodos de actuación, junto con la documentación y registros que les dan soporte, que regulan el modo en que se realiza la prestación del servicio asistencial de Atención y Tratamiento a la Violencia, que constituye una de las líneas de trabajo prioritarias de cada Asociación.
- **Servicio de Atención y Tratamiento a la Violencia**, es uno de los servicios que prestan las Asociaciones regulado bajo este Sistema de Gestión, El servicio comprende la derivación, evaluación inicial, acogida y asignación a tratamiento de los usuarios derivados por los diferentes clientes del servicio. Seguidamente organiza y gestiona el proceso de tratamiento, conforme a los diferentes programas establecidos, el control del progreso e informes requeridos, y finalmente el proceso de evaluación final, conclusión del tratamiento, informe y cierre del tratamiento.
- **Clientes**, son los diferentes servicios públicos o privados que tratan, directa o indirectamente con personas que han ejercido violencia a las que se recomienda o impone un tratamiento de su violencia en orden a reducir los comportamientos violentos en sus relaciones personales e institucionales. Para este servicio se cuenta como Clientes más representativos, **La Secretaria de Estado de Instituciones Penitenciarias** y sus servicios dependientes, **El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los**

**Servicios sociales** de diferentes ámbitos, **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**, otras **asociaciones e instituciones** que afrontan situaciones de violencia.

- **Usuarios**, Son las personas que acuden al servicio, bien a iniciativa propia o, bien por derivación, con el fin de recibir un tratamiento de sus comportamientos violentos en respuesta al cumplimiento de una pena por orden judicial, como medida alternativa a la prisión o bien en cumplimiento de los diferentes grados penitenciarios e igualmente bajo su propia iniciativa sin haber sido condenados.
- **Terapeuta**, Es el profesional, generalmente psicólogo, que contando con formación y/o experiencia en el tratamiento de la violencia realiza el programa de tratamiento, incluyendo entrevistas de evaluación, tratamientos individuales y grupales.
- **Coordinador del Servicio**, es el profesional que gestiona las relaciones con los clientes y recibe a los usuarios asignándoles al programa específico y al terapeuta que gestionará su atención. Igualmente centraliza la gestión de los Registros y de los diferentes tipos de informes.
- **Responsable de Calidad**, es un voluntario de la Asociación, independiente del equipo terapéutico, con experiencia en implantación y auditoria de Sistemas de Gestión, quien se encarga de supervisar y hacer un seguimiento de la implantación del Sistema de Gestión en las Asociaciones Amikeco, así como de Auditar, al menos cada dos años, la aplicación real del mismo y sus resultados.

## 2.- OBJETIVOS

El objetivo de la Asociaciones Amikeco en cuanto al Servicio de Atención y Tratamiento de la Violencia y/o Agresión Sexual es desarrollar un tratamiento de prevención y corrección de los comportamientos violentos eficaz, con resultados valorados y medidos cualitativa y cuantitativamente, que permita reducir los comportamientos violentos de manera significativa, siendo un tratamiento satisfactorio para los usuarios, quienes verán potenciada su autonomía personal y seguridad para no necesitar el uso de la violencia, así como para los Clientes finales que conseguirán una más segura inserción de los usuarios, que han ejercido violencia, en la sociedad, y para toda la sociedad al contribuir a la prevención y disminución de los comportamientos violentos en las relaciones.

Son objetivos clave para ambas asociaciones:

- Ø **La satisfacción del Cliente**. Quien recibe un servicio eficiente, de confianza cuyos resultados son conocidos, evaluables y valorados positivamente.
- Ø **La satisfacción de los Usuarios**. Quienes reciben un tratamiento respetuoso que les ayuda a reflexionar y a tomar decisiones, percibiendo la utilidad personal del tratamiento y

desarrollando una sensación de satisfacción y confianza en sí mismos que les pueda permitir prescindir de los comportamientos violentos.

- Ø **La reducción de los comportamientos violentos**, contribuyendo a una sociedad pacífica, en la que las personas tengan medios para satisfacer sus necesidades y objetivos sin necesidad de tener que recurrir a la violencia.

## 2.1 Resultados:

Gracias a la implantación del presente Sistema de Gestión de la Calidad se esperan obtener los siguientes resultados:

- ü Disponer de un proceso formalizado para regular las relaciones con los clientes.
- ü Disponer de un proceso formalizado para regular las relaciones con los usuarios.
- ü Mejorar la fiabilidad y disponibilidad de la información e informes sobre el tratamiento en tiempo y forma apropiados.
- ü Mejorar el control sobre el tratamiento y su eficacia.
- ü Disponer de un Sistema de Gestión que pueda ser certificado independientemente conforme al estándar de Calidad ISO 9000.

## 2.2 Compromiso con la mejora continua del Sistema de Gestión de Amikeco:

A través de los medios de revisión del Sistema por parte de la Dirección de las Asociaciones, se establece un proceso de mejora continua basado en la medición y control de los resultados de tal modo que en base tales resultados, controlados cuantitativamente, se establecerán pequeñas acciones de mejora, de corto ciclo de implantación, tales que permitan medir el impacto real sobre resultados como base para su decisión de implantación permanente.

En base a los resultados, semestralmente, se planificarán de una a tres ideas de mejora, que se implantarán de modo restringido durante dos o tres meses, tras los cuales se controlará el resultado para, en base a este, decidir sobre su implantación global y definitiva.

## 3.- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE AMIKECO:

El sistema de Gestión de Amikeco, en adelante **SGA**, es un sistema integral de gestión de todas las actividades vinculadas con la Atención y Tratamiento de la Violencia, orientado a la calidad en el servicio y a la satisfacción de Clientes y Usuarios.

El Sistema de Gestión Amikeco, SGA, se desarrolla en el Manual de Calidad del Servicio, el mismo está compuesto por la reunión en un único manual de este documento más un documento específico por cada uno de los procesos en los que se organiza el SGA delo siguiente modo:

Ø Política de Calidad de la organización:

- Declaración de la Política de Calidad firmada por las Juntas Directivas de ambas Asociaciones.

Ø Proceso para la Gestión de los Recursos:

- Establece el procedimiento para que la Asociación disponga de los recursos materiales y humanos necesarios para el desarrollo de los programas de tratamiento conforme a la Política de Calidad y a los demás requisitos establecidos en el SGA. Incluye los procedimientos para asegurar la idoneidad y capacitación de los profesionales contratados que puedan colaborar en los programas de tratamiento.

Ø Proceso de Derivación y Acogida:

- Detalla los procedimientos de recepción de derivaciones desde otros servicios, evaluación inicial de cada usuario, acogida y admisión a los programas específicos y asignación a grupo de tratamiento.

Ø Proceso de Gestión del Tratamiento:

- Detalla los procedimientos de gestión de entrevistas individuales, el proceso dentro del grupo de tratamiento y los procesos para la evaluación y control del progreso durante el tratamiento y la gestión de posibles incidencias durante el mismo.

Ø Proceso de Conclusión de Plan de Tratamiento:

- Detalla el procedimiento para generar los diferentes tipos de informes durante el tratamiento, la evaluación final y conclusión del Tratamiento.

Ø Proceso de Gestión de la Documentación y de los Registros:

- Establece la estructura de la documentación, documentación general de la Asociación y documentación específica e informes derivados de los procesos de tratamiento así como los procesos de control de la misma.
- Establece los diferentes registros que se utilizarán, registro de usuarios derivados, registro de incidencias durante el tratamiento, registro de informes emitidos y registro de salidas del tratamiento, y los medios de control de los mismos así como la trazabilidad entre todos ellos.

Ø Proceso de Gestión de la Calidad:

- Establece los sistemas establecidos para supervisar la aplicación real del sistema de gestión y los métodos para evaluar la calidad percibida, internamente, por clientes y usuarios, así como el control de satisfacción de los mismos y la evaluación de la eficacia del tratamiento.
- Dentro de este proceso también se incluirá los procesos vinculados a la mejora continua del sistema, gestión de no conformidades, y de las acciones correctivas y preventivas derivadas de los diversos procesos de revisión y auditoría.

Ø Proceso de Gestión de quejas y reclamaciones:

- Establece el procedimiento para presentar y tratar todo tipo de quejas y reclamaciones sobre el servicio prestado.

Ø Proceso de Diseño del Tratamiento:

- Detalla los procedimientos para la adecuación y diseño de los programas de tratamiento que se aplican en los diferentes ámbitos de la violencia, incluyendo los requisitos del programa, el diseño del programa, su revisión, verificación, validación del cumplimiento de requisitos y control de los resultados del mismo.

Como complemento a los procesos que definen el Sistema de Gestión, se incorporan a la documentación base del sistema los dos documentos siguientes:

ü Documento de Control de la Documentación del SGA H-Amikeco:

- En el que se detalla la relación de documentos internos del sistema de gestión de la Asociación H-Amikeco, con identificación de la versión vigente y su fecha de entrada en vigor.
- Y, la relación de documentos Externos con indicación de su fuente de procedencia.

ü Documento de Asignación de Roles del SGA H-Amikeco:

- En el que se detallan las personas asignadas a cada uno de los roles definidos en el SGA por parte de la Asociación H-Amikeco.

En el **Anexo I**, "Mapa de Procesos Amikeco se muestra la interacción entre todos los procesos.

El conjunto de procesos es soportado por la organización de las Asociaciones Amikeco, formada por su Junta directiva y por el Equipo Operativo de trabajo que desarrolla los programas. En el caso de la Asociación H-Amikeco su organigrama se muestra en el **Anexo II**, Organigrama de H-Amikeco.



## 3.1 Exclusiones:

Dado el tipo de actividad que desarrollan las Asociaciones Amikeco, no se considera necesario establecer un proceso separado de compras, por los siguientes motivos:

- ∅ Las actividades de la Asociación dentro del alcance del SGA consisten en la prestación de servicios que son desarrollados por personas para personas, en los que no se incorporan bienes materiales, ni requieren de suministros externos, para su realización.
- ∅ Las compras dentro de la Asociación se reducen a un mínimo de material de oficina, que frecuentemente es cedido sin coste por el propio cliente, en consecuencia las compras representan un valor mínimo dentro de la actividad de la asociación, inferior al 3% del presupuesto anual.
- ∅ El equipamiento necesario para la realización de los programas es cedido sin coste.
- ∅ Las actividades de compra, que puedan necesitarse para el resto de actividades de las Asociaciones se realizan fuera del sistema de gestión directamente por parte de la presidencia.

## 4.- REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE AMIKECO:

La Dirección de cada una de las Asociaciones Amikeco, su Presidenta y Junta Directiva manifiestan expresamente su compromiso para definir, establecer, seguir y controlar el Sistema de Gestión en el ámbito de la Asociación que gestionan.

A tal efecto cada Junta Directiva promoverá el establecimiento de su política de Calidad la cual será revisada por todos los miembros de la Junta y formalmente aprobada por su Presidenta.

Dentro de la política de Calidad se establecerán las responsabilidades y funciones de todos los participantes en la Asociación en relación con el Sistema de Gestión. Se establecerá un Responsable de Calidad que será nombrado por la Presidenta.

Todos los procedimientos, normas y documentos que conforman el Sistema de Gestión serán formalmente aprobados por la Presidenta antes de su efectiva implantación.

La dirección encomendará al Responsable de Calidad la implantación y supervisión del Sistema de Gestión.

El Responsable de Calidad difundirá y advertirá de sus responsabilidades a todos los miembros del equipo de la Asociación que participan en el mismo. Verificará el modo de llevar a cabo en la práctica las responsabilidades y funciones de cada miembro del equipo.

La Junta Directiva de la Asociación efectuará una revisión completa del Sistema de Gestión conforme progresa su implantación a tal efecto el Responsable de Calidad recopilará la información de implantación y los registros iniciales y presentará los resultados a la Junta Directiva, la Presidenta de la Asociación aprobará el proceso de implantación en el momento que quede acreditada su satisfactoria implantación.

## 4.1 Proceso para la revisión del sistema por la Dirección:

Para la revisión del sistema por parte de la Dirección el Responsable de Calidad como encargado por la Dirección de iniciar la revisión del Sistema analizará la siguiente información de entrada al proceso:

- ü Los resultados de las Auditorías realizadas desde la anterior revisión.
- ü La información suministrada por el Cliente.
- ü Los resultados de los procesos durante el periodo, indicadores de proceso y posibles disconformidades con los resultados del servicio.
- ü El estado de las acciones correctivas y preventivas.
- ü Seguimiento de acciones derivadas de las revisiones previas.
- ü Recomendaciones e iniciativas de mejora presentadas.
- ü Cambios que puedan afectar al Sistema de Gestión.

Como resultado de cada revisión el Responsable de Calidad elaborará un informe de revisión que elevará a la dirección junto con la información recopilada, como resultado del proceso de revisión se obtendrán los siguientes resultados:

- Acciones para mejorar la eficacia del Sistema de Gestión y sus procesos.
- Iniciativas de Mejora en la prestación de los servicios.
- Necesidades de recursos.

La Dirección de la Asociación establece las siguientes actividades para la Revisión del Sistema de Gestión:

- **MENSUALMENTE:** El Responsable de Calidad revisará los registros del sistema para verificar que sean completos y correctos, así como las no conformidades y el estado de las acciones correctivas y preventivas en curso, elevando informe a la Presidenta de las no conformidades detectadas e incluyendo posibles iniciativas de mejora tomadas desde su nivel.

- SEMESTRALMENTE: El responsable de Calidad elevará un informe a la Junta Directiva sobre la ejecución de los procesos definidos en el sistema, posibles incidencias, no conformidades y reclamaciones, así como la adecuación de los registros, proponiendo las acciones de mejora que se estimen adecuadas. La Junta directiva aprobará el informe e iniciará las acciones correctoras que resulten aprobadas orientadas a la mejora de la Gestión, mejora de los Servicios y de la Satisfacción de Clientes y Usuarios.
- ANUALMENTE: Se realizará una auditoría interna cuyos resultados serán presentados y analizados en la Junta directiva.
- ANUALMENTE: Coincidiendo con la Junta General ordinaria de la asociación se presentarán los resultados más destacados de los informes de auditoría y acciones de mejora realizadas y en curso.

## 5.- PROCESOS DE AUDITORÍA INTERNA Y EXTERNA

### 5.1 Auditoría Interna:

Se realizarán Auditorías Internas del SGA, anualmente, con arreglo al siguiente procedimiento:

- Será promotora, responsable y coordinará la realización de la Auditoría la Presidenta de la Asociación.
- Ejecutará el proceso de auditoría interna el Responsable de Calidad de la Asociación.
- En el Proceso de la Auditoría participará todo el quipo profesional que interviene en los Servicios de Atención y Tratamiento de la Violencia, dado que el número de profesionales no es elevado es viable y recomendable la participación de todos como medio para contribuir a la adecuada integración del equipo y a la creación de una visión compartida del servicio.
- Iniciado el proceso de auditoría por la presidenta, el Responsable de Calidad hará llegar una cita personal por escrito a cada miembro del equipo fijando una reunión para revisar los procesos en los que interviene cada persona.
- La revisión consistirá en un análisis muestreado de forma aleatoria de las carpetas de expediente que lleva cada miembro del equipo. Se seleccionarán grupos de tratamiento al azar, dentro de cada grupo se revisará la carpeta de grupo y las carpetas individuales de cada usuario del grupo. Se verificará que está completa toda su documentación, fichas de seguimiento, de evaluación y demás elementos definidos dentro de los procesos de derivación y acogida, gestión y conclusión del tratamiento, igualmente se revisarán los

datos del grupo y sus miembros dentro del sistema de información de tratamientos. Se registrará y levantará acta de la son conformidades si se encontrasen.

- Complementariamente, el Responsable de Calidad citará al Responsable de Registros e Informes para realizar una revisión conjunta de todos los registros así como de una muestra de los informes emitidos, igualmente se revisarán el seguimiento de las políticas y prácticas de seguridad de los mismos.
- Finalmente se realizará una revisión de las posibles quejas y reclamaciones recibidas en el último año, su cuantificación, registro apropiado y respuesta generada en cada caso.
- Como resultado de todos los procesos de revisión el Responsable de Calidad realizará el informe de auditoría, en el cual describirá el proceso seguido, las entrevistas realizadas y el material analizado, las posibles no conformidades detectadas y un resumen final del estado de adecuación real del conjunto del SGA. En el mismo informe incorporará las posibles iniciativas de mejora que detecte, así como planes concretos para realizar las acciones de mejora que considere más importantes.
- El informe de Auditoría será presentado a la Junta Directiva de la Asociación para su análisis y toma de decisiones, como resultado el informe y las acciones de mejora podrán ser aprobados por la Presidenta. En el caso de que el informe de Auditoría no pueda ser aprobado se establecerá un plan de acciones correctoras urgentes a ser desarrollado en el plazo máximo de un mes y se requerirá la repetición del proceso de auditoría una vez ejecutado dicho plan tomando en cuenta sus resultados.

## 5.2 Auditoría Externa:

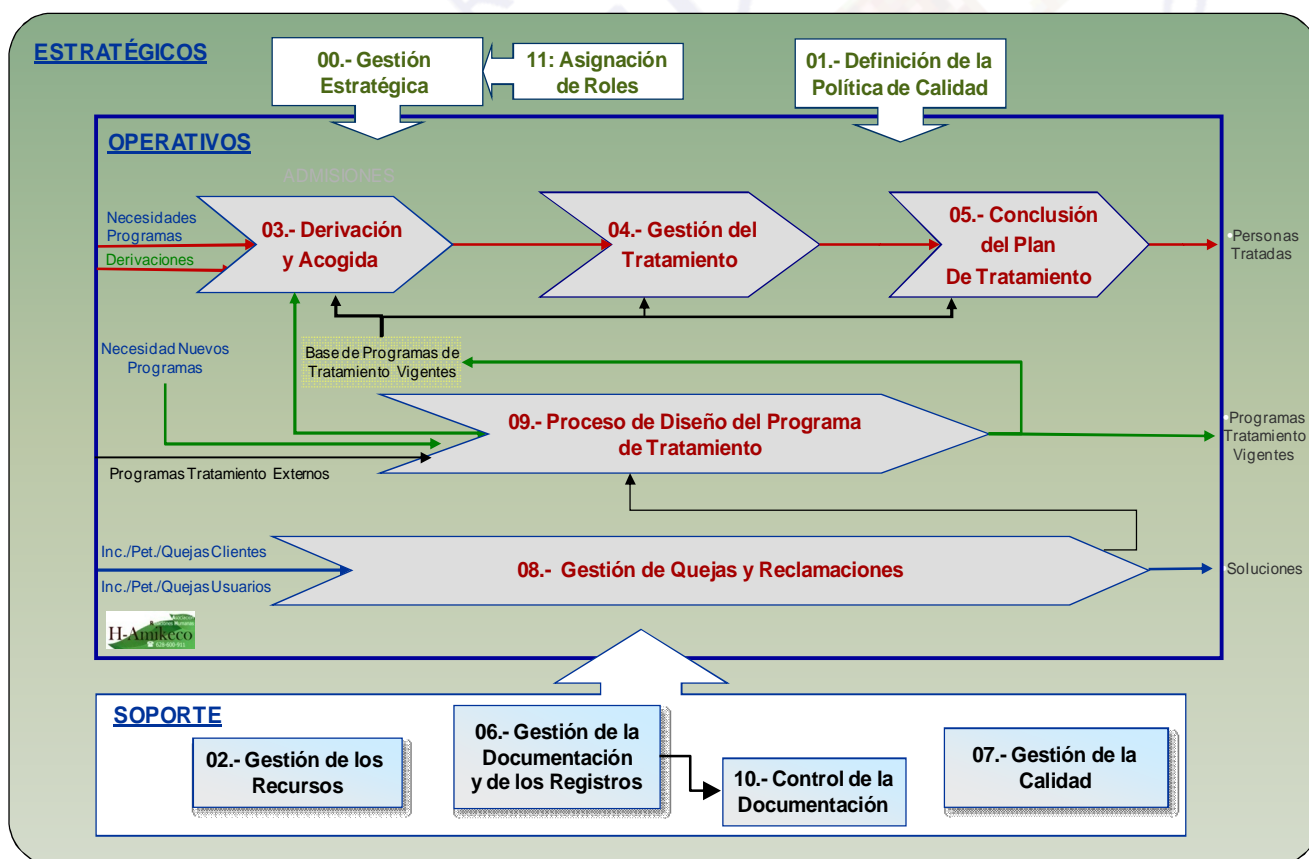
Se realizarán Auditorías Externas encaminadas a la certificación independiente conforme a norma del SGA, cada tres años, con arreglo al siguiente procedimiento:

- Será promotora y responsable de la realización de la Auditoría la Presidenta de la Asociación.
- Coordinará el proceso de auditoría externa el Responsable de Calidad de la Asociación.
- Para iniciar el proceso de Auditoría el Responsable de Calidad Solicitará la colaboración de una organización externa acreditada para la certificación del Sistema de Calidad, obtendrá las condiciones de realización y coste y lo presentará a la Presidenta para su aprobación.
- Una vez aprobada la propuesta de la entidad certificadora seleccionada, el responsable de Calidad completará su contratación y solicitará el plan de auditoría a dicha organización.

- La Auditoría se desarrollará conforme al plan de auditoría propuesto por la entidad certificadora. Como resultado del mismo se obtendrá el informe de Auditoría.
- El informe de Auditoría será presentado a la Junta Directiva de la Asociación para su análisis y toma de decisiones, se aprobarán y pondrán en marcha las acciones correctoras que establezca el informe de auditoría. En su caso se recibirá la certificación que acredite el SGA.

H-Amikeco Madrid, 8 de junio de 2012

## ANEXO.- I MAPA DE PROCESOS AMIKECO



## ANEXO.- II ORGANIGRAMA DE H-AMIKECO

