

2019

# MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN RESIDENCIAL

## GUÍA DE PROCESOS E INDICADORES CA CALATAYUD



INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES



# **EQUIPO DE DISEÑO DE LA GUÍA DEL CA CALATAYUD**

## **Coordinadores de Servicios Centrales**

Mariano Fago Bagüés (Asesor Técnico)

Miguel Ángel Morel Liso (Asesor Técnico)

## **Equipo de Calidad del CA Calatayud**

### **Coordinación**

Blanca Sánchez Rodríguez (Directora)

### **Miembros del equipo**

Rosa María Arguedas Gil (PESD)

Iris Domínguez Serrano (Fisioterapeuta)

Cristina Hermoso Contreras (Psiquiatra)

José Antonio Marín Navarro (PSA)

Nuria Montón Serrano (TCAE)

Carmen Moreno Calvo (Terapeuta Ocupacional)

Celia María Negredo Navarro (Enfermera)

Ana Silvia Sanjuán Cortés (TCAE)

Guillermo Vizárraga Lario (Enfermero)

### **Colaboradores**

Julia Marco Marco (Jefa de Sección de Gestión de la Calidad de Centros y Servicios)

### **Supervisión**

Servicio de Gestión de la Red de Centros y Servicios del IASS

Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales



# CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD

## GUÍA DE PROCESOS E INDICADORES

### TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>2. GESTIÓN DE LA CALIDAD, GESTIÓN POR PROCESOS</b> .....	7
<b>2.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD</b> .....	7
<b>2.2 LA GESTIÓN POR PROCESOS</b> .....	11
<b>3. PROCESOS DEL CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b> .....	15
<b>3.1 EL MAPA DE PROCESOS</b> .....	15
<b>3.2 DESARROLLO DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS</b> .....	21
PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN.....	23
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN .....	27
PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN .....	29
SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN .....	31
ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO .....	35
GESTIÓN DE LA FORMACIÓN .....	39
RELACIONES LABORALES .....	41
COORDINACIÓN, ORGANIZACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL ÁREA RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL .....	43
GESTIÓN DEL TRABAJO Y FUNCIONAMIENTO DIARIO .....	45
PLAN DE CALIDAD.....	47
REVISIÓN DEL SISTEMA.....	51
GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS.....	55
<b>3.3 DESARROLLO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS</b> .....	59
CUIDADOR DE REFERENCIA .....	61
APOYOS EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA .....	65
ADMISIÓN Y PREINGRESO DE NUEVO RESIDENTE .....	87
INGRESO Y ACOGIDA DE NUEVO RESIDENTE .....	91
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA.....	95
BAJA DE RESIDENTE EN EL CENTRO .....	99
SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS .....	105
VALORACIÓN Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	109
ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS.....	113
PLAN DE FISIOTERAPIA Y AUTONOMÍA EN LA MOVILIDAD .....	117
PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES.....	121
ATENCIÓN A PROBLEMAS DE CONDUCTA .....	125

PLANIFICACIÓN DE APOYOS TERAPÉUTICOS .....	129
PROGRAMA DE AUTONOMIA EN LAS AVD BÁSICAS .....	133
ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES .....	137
INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR .....	141
APOYO EN LAS GESTIONES .....	145
GESTIÓN DE LAS PERTENENCIAS DEL RESIDENTE .....	149
<b>3.4 DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE SOPORTE.....</b>	<b>153</b>
GESTIÓN ECONÓMICA .....	155
PROVISIÓN DE INGRESOS .....	157
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA.....	159
ANTICIPOS DE CAJA FIJA .....	161
GESTIÓN DE CONTEXTOS FÍSICOS.....	163
LIMPIEZA DEL CENTRO.....	165
LAVANDERÍA .....	167
LAVANDERÍA .....	169
GESTIÓN DE COMEDORES .....	171
GESTIÓN DE COMEDORES .....	173
DISEÑO DE MENÚ .....	175
ELABORACIÓN DE MENÚ .....	177
GESTIÓN DE ALMACENES GENERALES.....	181
GESTIÓN DE BOTIQUÍN .....	183
GESTIÓN DE ALMACENES DE COCINA.....	185
MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES .....	187
<b>4. CRITERIOS E INDICADORES .....</b>	<b>189</b>
<b>4.1 USO DE UN SISTEMA DE CRITERIOS E INDICADORES .....</b>	<b>189</b>
<b>4.2 CRITERIOS DEFINIDOS PARA LOS CENTROS RESIDENCIALES DEL IASS .....</b>	<b>191</b>
<b>4.3 LISTADOS DE INDICADORES DE PROCESO DEL CA CALATAYUD .....</b>	<b>197</b>
<b>4.4 CUADRO DE MANDO DE GERENCIA DEL IASS .....</b>	<b>203</b>
<b>4.5 DESARROLLO DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE GERENCIA .....</b>	<b>205</b>
<b>5. GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE FICHAS DE PROCESOS. ....</b>	<b>267</b>
<b>6. ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....</b>	<b>269</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>271</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El modelo de organización y gestión de los centros residenciales públicos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) pretende asegurar unos criterios compartidos en la atención y gestión de los recursos, de forma que se garantice la calidad y coherencia en el trato tanto a los usuarios como a los propios profesionales.

Este marco común sienta las bases para una adecuada coordinación en la prestación de los servicios, basada en el modelo de gestión por procesos, y que tiene como referente el modelo de Calidad de Vida de las personas (Schalock y Verdugo) y Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) (Rodríguez, 2010), determinantes a la hora de definir nuestra misión, visión y valores como organización.

Nuestra misión es la de atender y contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia, que precisan de cuidados permanentes, a través de una atención integral centrada en la persona que proporcione apoyos para satisfacer sus necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales favoreciendo la convivencia, disfrute de la vida, su autodeterminación, autonomía y participación.

Respecto a la visión, los centros residenciales propios del IASS aspiramos a ser:

- Un recurso útil, rentable y valioso por su función social.
- Una organización única, pública y universal, integrada, comprometida con el cambio y abierta al entorno social.
- Con un modelo de gestión y funcionamiento basado en la asimilación de una cultura de calidad y orientada a la mejora continua.
- Que cuente con equipos directivos comunicadores, impulsores y capaces de generar apoyos y buenas prácticas.
- Que disponga de equipos humanos cualificados, comprometidos y motivados que participen en el proyecto.
- Que se organice en unidades pequeñas estructural y funcionalmente diferenciadas, orientadas al trabajo interdisciplinar.
- Con el fin último de que nuestros residentes logren:
  - Garantía de sus derechos.
  - Respeto de su intimidad, individualidad y dignidad.
  - Control sobre su vida.
  - Satisfacción de sus necesidades, intereses, expectativas y sueños.
  - En resumen, CALIDAD DE VIDA a través de una atención integral centrada en la persona.

Los valores que deben orientar nuestras actuaciones son:

- Legalidad. Garantizando los derechos de los residentes y familiares en todos los campos normativos.
- Ética. Todas las intervenciones están sustentadas por criterios de ética y calidad asistencial.
- Calidad de vida. Se debe proporcionar un modelo de atención que reconozca y garantice la dignidad de la persona.
- Autodeterminación. Las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida.
- Atención Integral. La misión principal de las residencias es la atención integral de las personas que en ella viven.

- Atención personalizada e individualizada.
- Concepto ecológico. Interrelación entre capacidad funcional y entorno.
- Integración y normalización en el centro y en la comunidad.
- Desarrollo personal. Atención centrada en el desarrollo como persona y no exclusivamente en las necesidades de apoyo concretas.
- Participación. Participación de los residentes, familias y profesionales en la gestión, organización y planificación de actividades.
- Desarrollo profesional. El personal del centro es el principal garante de una atención de calidad, y la organización debe facilitar su formación, el adecuado desempeño, participación y reconocimiento.

La misión, visión y valores, desarrollados previamente en el marco teórico del modelo, nos hablan principalmente del «qué», pero no detallan el «cómo». Con el fin de conseguir los resultados pretendidos, los centros residenciales propios del IASS como organización que presta un servicio público, tenemos la responsabilidad de planificar y gestionar dentro del marco de un modelo de gestión de calidad, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias.

Pretendemos establecer principios, criterios y herramientas comunes, asentando un modelo ideal de funcionamiento de los centros y servicios, pero que a la vez respete su especificidad.

A través de este modelo de funcionamiento desarrollaremos la cultura de la mejora continua: planificar y sistematizar las actuaciones, ejecutar lo planificado, evaluar los resultados e implementar medidas de mejora.

La metodología ideal para llevar a cabo este modelo de calidad es la gestión por procesos. Con esta, se comparten la misión y objetivos de la organización y se coordinan los diferentes perfiles profesionales para la consecución de los mismos. Es una metodología participativa, que busca la implicación y responsabilización de las diferentes partes interesadas.

La gestión por procesos además permite sistematizar la actividad y disponer de herramientas de medición y mejora válidas con las que evaluar los aspectos relevantes del desarrollo del servicio o el grado de satisfacción de las personas usuarias.

Los centros residenciales propios del IASS, desde la responsabilidad que conlleva la gestión de recursos públicos para atender a personas con factores que las pueden hacer vulnerables (por capacidad funcional, necesidades de integración en el entorno u otros), deben constituirse como referente en los cuidados permanentes y afianzar su imagen de calidad y credibilidad ante terceros.



## **2. GESTIÓN DE LA CALIDAD, GESTIÓN POR PROCESOS.**

### **2.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Como organización enfocada a las personas, la responsabilidad de toda administración pública al servicio de la comunidad es gestionar sus recursos de forma transparente, eficiente, con criterios objetivos y de calidad.

Los modelos de calidad actualmente se basan en normas y sistemas reconocidos internacionalmente, como EFQM, Normas ISO... modelo que debemos adaptar a las peculiaridades de los centros residenciales con la finalidad de disponer de un sistema básico de calidad que garantice la mayor satisfacción, bienestar y calidad de vida de las personas atendidas.

El concepto de «calidad» en los servicios públicos ha evolucionado a lo largo de su historia en cuanto a su significación y contenido. En la actualidad, con el término de calidad nos referimos a la adecuada gestión de todos los procesos de la organización, la optimización de los recursos y, como resultado final, la satisfacción del ciudadano.

Los objetivos que perseguimos con un sistema de gestión de calidad son:

- Dotarnos de un marco teórico sólido que sustente y justifique tanto el trabajo diario del centro como las nuevas acciones que deban emprenderse.
- Ordenar y sistematizar lo que se hace mediante la homogeneización de los procesos y protocolos.
- Disponer de herramientas de medición y mejora homologadas y válidas que nos permitan valorar el desarrollo del centro y la consecución de los objetivos.
- Mejorar la eficacia (alcanzar las actividades planificadas y sus resultados) y la eficiencia (relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados) de la organización.
- Motivar a los profesionales que están trabajando en la organización.
- Alcanzar las necesidades, intereses y expectativas de nuestros residentes, con la participación de todas las partes implicadas.
- Conseguir una imagen de credibilidad, calidad y transparencia. Nos ayuda a acreditar frente a terceros nuestro buen hacer.

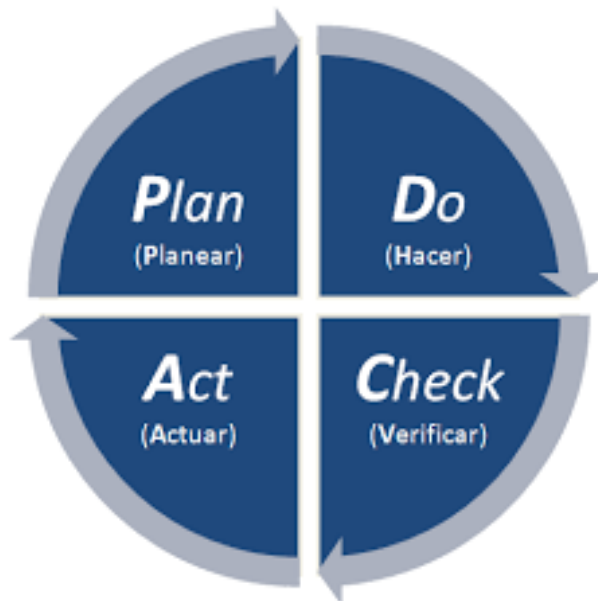
La necesidad de asegurar la calidad de los servicios del Centro nos obliga a disponer de un modelo de gestión integral, que dé coherencia tanto a las planificaciones como a las actuaciones, que facilite y mejore el trabajo de los profesionales-fomentando su participación e implicación- y que permita una evaluación lo más objetiva y rigurosa posible con la finalidad de establecer procesos de mejora.

Se pretende la mejora continua de los servicios mediante la adaptación permanente a las necesidades y expectativas de nuestros clientes internos y externos. Estas necesidades deben concretarse en una planificación de procesos que junto a la participación de todo el

personal y el compromiso de la Dirección consiga la satisfacción de los residentes, familias y los propios profesionales.

Según E. Deming, esta mejora continua conlleva cuatro fases, que se repiten cíclicamente en la gestión de los procesos:

- Planificar (en inglés Plan): planificar tanto la estrategia (conocer las necesidades y expectativas de nuestros clientes; establecer metas u objetivos, definir indicadores y estándares) como la acción (procedimiento a seguir, definir responsabilidades, recursos).
- Hacer (Do): preparar a las personas, proporcionar formación, ejecutar lo planeado, coordinar el trabajo, registrar sugerencias...etc.
- Verificar (Check): durante y al final de los procesos, detectando los problemas y analizando las causas y efectos.
- Actuar, mejorar (Act): una vez realizado el análisis se toman las acciones correctoras y preventivas necesarias para evitar la repetición de los errores y problemas.



Actualmente, se establecen siete principios fundamentales de la gestión de la calidad (UNE EN ISO 9001:2015):

- «Enfoque al cliente». Comprender las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, cuya satisfacción será eje prioritario de la MVV de la organización.

- «Liderazgo». Compromiso y liderazgo de la dirección en impulsar el sistema de gestión de calidad.
- «Compromiso de las personas». Las personas son la esencia de una organización, y sus competencias y compromiso posibilitan la consecución de los objetivos y dotan de valor a dicha organización.
- «Enfoque a procesos». Los resultados deseados por la organización se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como procesos que están interrelacionados. La determinación de indicadores de medición de los procesos es fundamental para la evaluación del desempeño de los mismos.
- «Mejora». Una actitud general que parte de la convicción de que siempre se pueden hacer mejor las cosas. El fin último de esta actitud es asegurar los procesos y tener capacidad de reaccionar frente a las dificultades o los cambios.
- «Toma de decisiones basada en la evidencia». Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información. El análisis y evaluación de los datos recopilados es premisa para la consecución de los objetivos establecidos
- «Gestión de las relaciones». Se debe gestionar las relaciones con las partes interesadas (incluidos usuarios, familias y proveedores) dado que influyen directamente en el desempeño de la organización.



*Figura de elaboración propia*

### **Requerimientos básicos necesarios**

Siguiendo los principios enumerados por la ISO, y con el fin de desarrollar la calidad en la gestión de los centros, debemos establecer varios requisitos. Estos que enumeramos, coinciden también con los requisitos de los agentes implicados en el modelo EFQM:

- Liderazgo y compromiso de la dirección.

- ✓ La dirección debe lograr que la estrategia de gestión se despliegue a toda la organización asumiendo el liderazgo del proyecto para conseguir que se integre en la cultura de la organización
  - ✓ La dirección debe mostrar en cada una de sus actuaciones su compromiso con la calidad de los servicios.
  - ✓ Los directivos y demás líderes deben facilitar la participación y todos los medios necesarios al resto de la organización.
- Política y estrategia. La dirección determinará en última instancia la estrategia, y velará porque se desarrollen los instrumentos necesarios para materializarla.
    - ✓ La dirección tendrá identificadas las necesidades y expectativas de los usuarios, familias y trabajadores.
    - ✓ El centro tendrá definida su misión, visión y valores.
    - ✓ Se dispondrá de una política de gestión de la calidad en el centro: equipo responsable, gestión de los procesos, indicadores, encuestas de satisfacción a usuarios, familias y profesionales, tramitación de quejas y sugerencias, y grupos de mejora.
    - ✓ El centro tendrá establecidos canales de comunicación e información interna.
    - ✓ Se favorecerá la formación del personal del centro mediante un plan de formación permanente o continua.
    - ✓ Se establecerán criterios de gestión de personal que garanticen la debida atención a los residentes y el debido apoyo a los profesionales.
- Gestión por procesos
    - ✓ El centro tendrá diseñado su mapa de procesos y dispondrá de un manual de gestión de los procesos clave vinculados a la misión, visión y valores del centro.
    - ✓ Los procesos deberán tener bien definidos su misión, sus responsables, los objetivos, fases e indicadores.
    - ✓ El centro dispondrá de un manual de protocolos asistenciales y residenciales donde deberán estar detalladas las actividades o tareas clave.
    - ✓ Se velará por el adecuado registro de los indicadores, que nos proporcionarán información de la consecución de los resultados previstos.
- Implicación del personal y familias
    - ✓ El centro dispondrá de fórmulas de participación de los trabajadores en el funcionamiento y organización de los servicios.

- ✓ Se establecerán dinámicas de trabajo en equipo que favorezcan la participación y coordinación de actuaciones.
  - ✓ Se dispondrá y deberá estar recogido en el reglamento de régimen interno y en los procesos del centro los canales de comunicación y posibilidades de participación de las familias.
- Implicación de proveedores. Alianzas y recursos.
    - ✓ El centro deberá seleccionar a sus proveedores, en función de sus competencias, atendiendo a criterios de calidad y economía en los productos y servicios que necesita.
    - ✓ El centro dispondrá, en virtud de sus competencias, del sistema de gestión económica establecido para todos los centros del IASS.
    - ✓ Se supervisará la calidad de los productos y servicios contratados atendiendo a los requisitos establecidos en los preceptivos contratos.
    - ✓ Se deberá tener definida la sistemática de compras y almacenamiento.

Además, respecto a la mejora continua:

- ✓ El centro comunicará periódicamente los resultados de la gestión de calidad que se hace.
- ✓ Se establecerán planes y grupos de mejora anuales que revisen y actualicen los procesos y protocolos claves.
- ✓ Se llevarán a cabo actas de las reuniones profesionales del centro.
- ✓ Se evaluarán los resultados en la gestión con las familias y trabajadores.

## **2.2 LA GESTIÓN POR PROCESOS**

La gestión por procesos va intrínsecamente unida a la gestión de la calidad, y se basa en el compromiso, participación y coordinación de todos los implicados en la actividad de la organización para satisfacer las necesidades del usuario.

La gestión por procesos en los centros se impone como alternativa ante la ineficiencia y el estancamiento que representan las organizaciones basadas en la estructura, con departamentos estancos y resistencias ante los cambios. Esta organización tradicional está orientada a un control de los servicios y las personas por parte de las estructuras organizativas; en cambio, la gestión por procesos está orientada a implicar, responsabilizar y coordinar a los diferentes servicios, para posibilitar la consecución de objetivos comunes previamente identificados (basados en las necesidades y expectativas del usuario).

La comprensión y gestión de los procesos de la organización como un sistema interrelacionado, contribuye a la eficacia y eficiencia en el logro de los resultados previstos. Este enfoque permite a la organización controlar las interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global.

A pesar de que los modelos de gestión basada en procesos nacieron en el sector de las empresas productivas de mercado, sus beneficios para el sector o la actividad de servicios, como la que desarrollan los centros residenciales, es importante debido a que proporcionamos un servicio dirigido y elaborado por personas, que obliga a cuidar especialmente las relaciones y la calidad en las actuaciones y cuyos resultados intermedios van a determinar el resultado final: «Sólo si el proceso es de calidad el servicio prestado será de calidad».

Existen múltiples definiciones de lo que es un proceso. Algunas de ellas son:

«Conjunto de trabajos, tareas, operaciones correlacionadas o interactivas que transforma elementos de entrada en elementos de salida utilizando recursos»

(Norma ISO 9001:2015)

«Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en elementos de salida, con valor añadido para el cliente»

(Club Gestión de la Excelencia)

En definitiva, un proceso es el conjunto de actuaciones e interacciones humanas y materiales que realizamos en el trabajo diario, de forma coordinada con otros profesionales, con el fin de transformar las necesidades identificadas en las personas usuarias (son los elementos de entrada) en satisfacción de las mismas (elementos de salida).

Las características básicas de un proceso son:

- ✓ Es un conjunto de actividades relacionadas entre sí.
- ✓ Que afectan diferentes servicios o departamentos.
- ✓ Ordenadas según una determinada secuencia temporal.
- ✓ Que conducen a un resultado de valor para uno o varios clientes.
- ✓ Está estandarizado: acordado y sistematizado.
- ✓ Objetiva resultados a través de indicadores.
- ✓ Sigue la metodología de la mejora continua: planificar, hacer, verificar y actuar.

## **Clasificación de los procesos**

Como hemos dicho, los procesos describen la actividad realizada en el centro, y esta descripción se puede realizar con diferentes niveles de detalle:

- **Macroprocesos:** son los grandes procesos de una organización, que a su vez engloban otros procesos.
- **Procesos:** son los procesos en que despliegan los macroprocesos. Es cómo se organizan las actividades o tareas.
- **Subprocesos:** partes definidas de un proceso que, a su vez, constituyen procesos diferenciados.
- **Procedimiento o protocolo:** explican detalladamente cómo se realiza una actividad o tarea específica.

Por otra parte, según su contenido o función dentro de la organización, los procesos pueden clasificarse en:

- **Procesos estratégicos:** orientan el funcionamiento de la organización. Tienen que ver con el establecimiento de la visión, misión, valores, estrategia, políticas de la empresa, etc. Estudian la relación con el entorno y las partes implicadas, y dan sentido a la actividad. En otras terminologías, son procesos organizacionales.
- **Procesos operativos u esenciales:** describen la actividad propia de la organización, con la prestación de los apoyos necesarios para cumplir la misión de cara a los usuarios. En otras terminologías se denominan también procesos productivos.
- **Procesos de soporte:** proporcionan soporte y recursos para poder realizar los anteriores. En otras terminologías se denominan procesos auxiliares o de apoyo.

## **El Mapa de procesos**

Todos los procesos del centro se recogen en el denominado “mapa de procesos” que es una representación gráfica de la estructura de los procesos relevantes de la organización de los tres grupos de actuación señalados en función del contenido: estratégicos, esenciales u operativos y de soporte o auxiliares.

## **Elementos de un proceso**

Los elementos básicos que componen un proceso son los siguientes:

- **Misión o razón de ser del proceso:** objetivo y contribución del proceso a la misión global de la organización o a una línea estratégica determinada.
- **Objetivos:** resultados concretos cuya consecución garantizan el alcance de la misión.
- **Propietario:** persona que asume la responsabilidad de velar porque las actividades del proceso se realicen conforme lo definido y vigila los indicadores.
- **Inicio del proceso:** hechos, actividades o momentos que marcan el inicio del proceso.
- **Entradas:** elemento que sufre la transformación o la permite.

- Proveedor: persona que proporciona la entrada o entradas que se van a transformar en el proceso.
- Salidas: productos/servicios, deseados o no, generados por el proceso.
- Destinatario: personas o entidades a las que están destinadas las salidas.
- Fases o actuaciones: cada una de las secuencias que van añadiendo valor al proceso.
- Final del proceso: hechos, actividades o momentos que marcan el final del proceso.
- Indicadores: medida cuantitativa o criterio cualitativo que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Son mecanismos de información útiles para evaluar el logro de objetivos y resultados.
- Documentos relacionados: registros y protocolos vinculados

### **La gestión por procesos**

Las actuaciones a llevar a cabo para disponer de un sistema de gestión basado en procesos conllevan:

- ✓ Una gestión participativa. La participación y responsabilización de los trabajadores en el diseño y desarrollo de los procesos que les afectan garantiza la adecuación de los mismos y su posterior cumplimiento.
- ✓ La identificación de los procesos que resultan relevantes y analizar las relaciones que existen entre ellos.
- ✓ Definir, acordar y describir cada uno de los procesos en una ficha que recoja los elementos descriptivos anteriormente citados: misión, clientes, objetivos, etc. con la participación directa de los actores implicados.
- ✓ Tener asignado un responsable de cada proceso, de su funcionamiento, resultados y mejora.
- ✓ Documentar en protocolos aquellas actividades que sea preciso normalizar.
- ✓ Ejecución de cada uno de los procesos realizando su seguimiento y medición de indicadores y de satisfacción de las partes implicadas para conocer los resultados que se obtienen.
- ✓ Establecer sistemas de medición e indicadores que nos permitan objetivar su evolución y nos ayuden a establecer nuevos objetivos. Es decir, basar las decisiones en datos objetivos.
- ✓ Trabajar la mejora de cada uno de los procesos y de las interrelaciones entre los mismos, con base en su seguimiento y medición.
- ✓ Contar con las opiniones de los usuarios, trabajadores y de los registros de seguimiento de indicadores, fallos e incidencias, con el fin de valorar hasta qué punto se están consiguiendo los objetivos y están satisfechos los clientes.



### 3. PROCESOS DEL CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD

#### 3.1 EL MAPA DE PROCESOS

Como se ha explicado en el capítulo anterior, el mapa de procesos es una representación gráfica de la estructura de los procesos relevantes de la organización, diferenciados en tres áreas: estratégicos, operativos y de soporte.

Los mapas que se exponen parten de los mapas base diseñados en la Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios sociales, que han sido adaptados a las características del Centro Asistencial Calatayud.

Presentamos mapas con dos niveles de detalle. En el mapa de nivel cero se visualizan solamente los macroprocesos, mientras que en el mapa de nivel uno se detallan procesos y subprocesos.

Como se visualiza en los mapas, toda la actividad del centro parte de las necesidades y expectativas de los usuarios, y finaliza con la satisfacción de las mismas. Esto mismo sucede en el desarrollo de cada proceso, motivo por el que estos están identificados, organizados y descritos centrándose en las posibles necesidades y expectativas de la persona usuaria más que en la actividad que realiza cada departamento por separado, o en simplemente en nuestras necesidades organizativas.

**En el área estratégica** se describen los siguientes macroprocesos y procesos:

- Dirección. A través de sus procesos se analiza los datos disponibles procedentes de los diferentes agentes del entorno y la organización, se planifica la estrategia y se contempla como informar y hacer partícipes a todos los actores implicados.
  - Planificación y gestión. Análisis de situación, priorización de objetivos y elaboración de un plan de gestión participativo consecuente.
  - Información y comunicación. La organización debe tener previstas y sistematizadas las vías de comunicación con las diferentes partes implicadas, en función del mensaje a transmitir.
  - Participación en la gestión. Uno de los pilares de un sistema de calidad total es la participación de todos los agentes en el mismo, por lo que la organización debe tener previstos y formalizados los canales que la posibiliten.
- Gestión de recursos humanos (RRHH). Es clave para la administración tener definido cómo realizar la acogida de sus trabajadores, facilitar las adecuadas condiciones de trabajo, así como la formación continuada y capacitación ante nuevas necesidades.
  - Selección y contratación.
  - Acogida y adaptación al puesto.
  - Formación.

- Relaciones laborales.
- Gestión de áreas residencial y asistencial. Su misión es garantizar la coordinación intra e interdepartamental, así como supervisar y solucionar las incidencias diarias.
  - Organización, coordinación y supervisión (interdepartamental).
  - Gestión del trabajo y funcionamiento diario (en cada departamento o unidad).
- Gestión de la calidad. Describe el trabajo que realiza la organización para avanzar hacia la mejora continua, con la participación de todos los implicados, y especialmente a través del equipo de calidad del centro.
  - Plan de calidad. Es la hoja de ruta de la planificación y trabajos del equipo de calidad.
  - Revisión del sistema. Proceso a través del cual se revisan y mejoran los procesos diseñados en el centro.
  - Quejas y sugerencias. Procedentes de usuarios, familia, o los propios trabajadores, señalarán oportunidades de mejora que debemos aprovechar.

**En el área de procesos operativos**, tras el ingreso, hay un proceso principal, que es el Plan de Atención Integral y Vida; este proceso acaba recogiendo los apoyos planificados en las diferentes necesidades del residente, con la participación directa o indirecta de la persona usuaria, y del mismo surgen pautas de actuación para todos los profesionales (de ahí el flujo bidireccional). En conjunto, se han definido los siguientes macroprocesos y procesos:

- Ingreso. Describe las actuaciones y coordinación necesarias para poder dar respuesta a las necesidades de la nueva persona que llega al centro, facilitando su acogida.
  - Admisión y preingreso.
  - Ingreso y acogida.
- Plan de Atención Integral y Vida. Es un único proceso, en el que se utilizan dos documentos clave: Historia y Proyecto Vital y Plan Integral de Rehabilitación (PIR). El PIR supone una diferencia importante en el CA Calatayud respecto a otros, como centro especializado en atención a usuarios con problemas psiquiátricos, respecto a otros centros del IASS. El PIR detalla los cuidados y apoyos a prestar en las diferentes áreas de la vida y debe estar basado en la Hª y Proyecto Vital de cada persona.
- Cuidados en las necesidades humanas básicas. Describe los apoyos para satisfacer estas necesidades y el acompañamiento y observación a realizar al residente a lo largo de su estancia.
  - Cuidador de referencia.
  - Apoyos en las actividades básicas de la vida diaria.
- Apoyos sanitarios. Son los apoyos prestados para satisfacer las posibles necesidades en esta área.

- Atención a procesos médicos crónicos.
- Proceso de atención e enfermería.
- Atención a procesos agudos.
- Plan de fisioterapia y atención en la movilidad.
- Apoyos emocionales. Conservan la denominación del mapa base de Gerencia, pero en este centro van más allá de apoyos básicos en lo emocional, como centro especializado en patologías psiquiátricas. La planificación y coordinación en los apoyos emocionales adquieren especial importancia, independientemente de la actividad desarrollada en cada momento y el profesional que esté en contacto con la persona.
  - Planificación de apoyos emocionales.
  - Atención a alteraciones de la conducta.
- Apoyos terapéuticos. Son los apoyos prestados para fomentar la autonomía, mejorar la capacidad funcional y desarrollar proyectos vitales.
  - Planificación de apoyos ocupacionales
  - Programas de autonomía en las actividades de la vida diaria.
  - Actividades de ocio y tiempo libre.
- Atención social y cultural. Refleja las principales actuaciones realizadas en este ámbito. Las familias continúan constituyendo una referencia importante para la persona usuaria que no debemos ignorar, y deben ser punto de apoyo en su atención. Con este fin, debemos tener previsto cómo mantenerles informados, posibilitar su participación y ayudarles en toda gestión relacionada con el miembro de la familia que vive en nuestro centro.
  - Participación familiar.
  - Apoyo en las gestiones.
  - Gestión de pertenencias.
- Baja. El centro tiene previstas las actuaciones y coordinación necesarias para gestionar la salida de una persona usuaria, disminuyendo el estrés que este acontecimiento puede producir y posibilitando la continuidad de sus cuidados y proyecto vital en su caso.

En el caso de fallecimiento, el apoyo emocional a los familiares se complementa con la ayuda en los trámites y una gestión eficiente.

**El área de procesos de soporte** comprende:

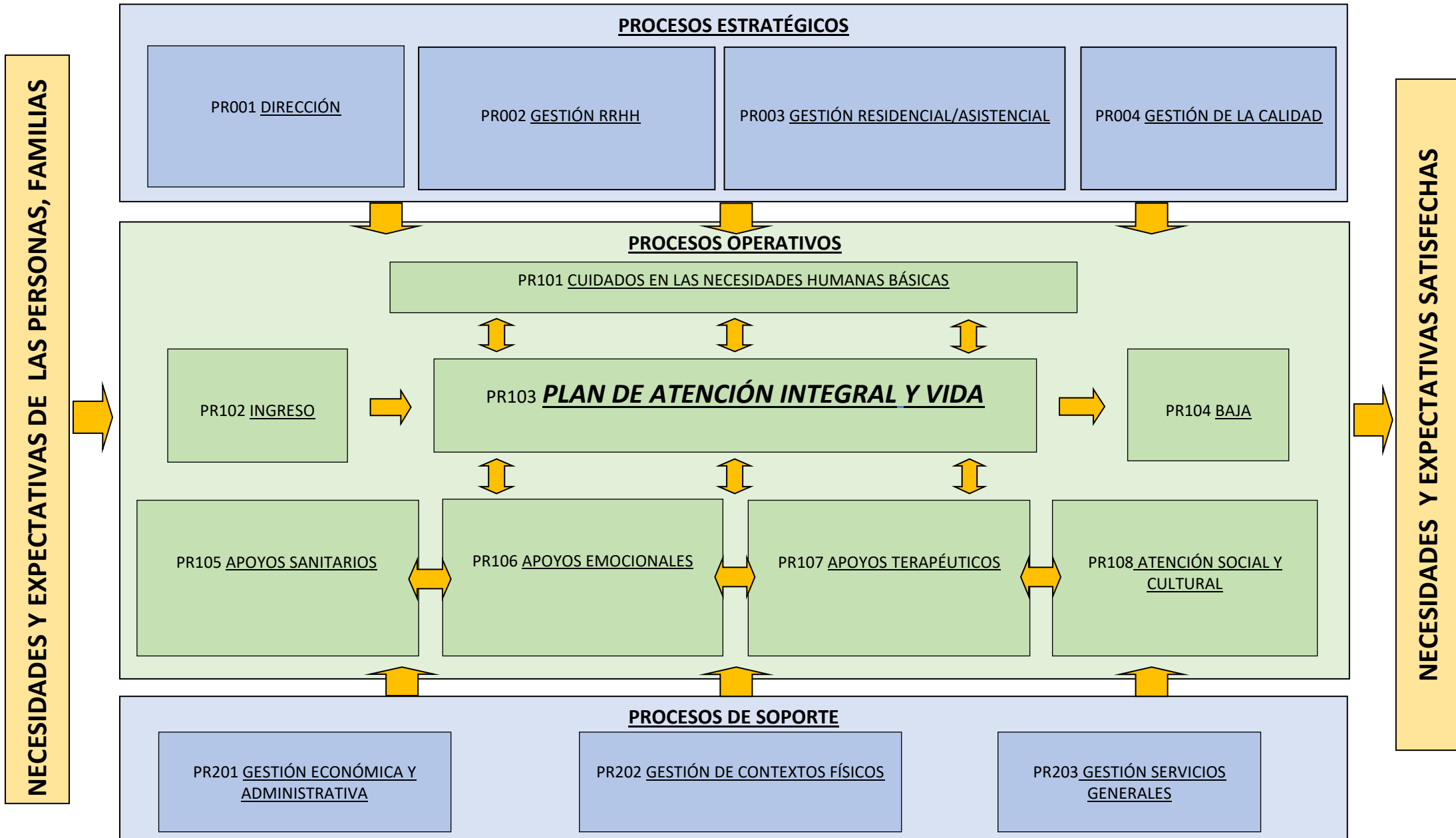
- Gestión económica y administrativa. Las principales áreas de gestión económica de un centro son las que se detallan, aunque no debemos olvidar que este no está considerado como un centro de gasto, y muchas de las gestiones son realizadas por la

Dirección Provincial de Zaragoza. Esta gestión, al igual que el resto, tiene como fin último el posibilitar la atención de las necesidades de las personas usuarias, en este caso a través del aseguramiento de los recursos necesarios. Por esto mismo, es fundamental la adecuada comunicación y coordinación en la planificación y gestión de la administración con el equipo directivo.

- Provisión de fondos.
- Contratación administrativa.
- Anticipos de caja fija.
- Gestión de contextos físicos. La planificación y mantenimiento de los contextos es fundamental de cara a posibilitar ambientes acogedores, personalizados y que fomenten el bienestar y las relaciones.
- Gestión de servicios generales. En este macroproceso se incluyen la mayor parte de los procesos y actividades que deben proporcionar unas adecuadas condiciones en bienes o instalaciones, así como aquellos que a nivel hostelero aseguran las necesidades, tanto de trabajadores como de residentes.
  - Limpieza
  - Lavandería
  - Gestión de comedor
  - Cocina
  - Gestión de almacenes
  - Mantenimiento de instalaciones
  - Servicios complementarios

# MAPA PROCESOS CA CALATAYUD

NIVEL 0 01/06/2019

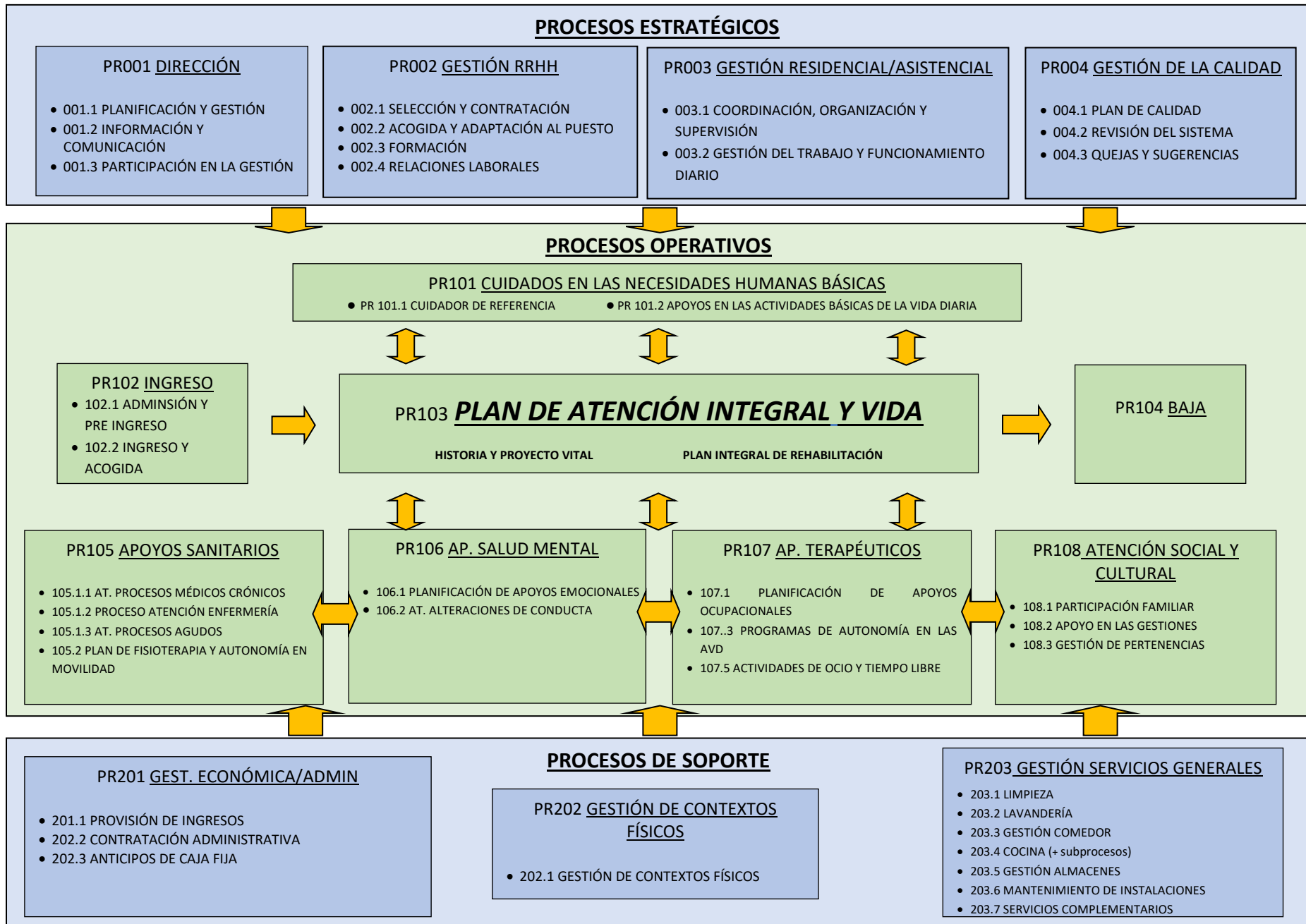


# MAPA PROCESOS CA CALATAYUD

NIVEL 1 01/06/2019

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS, FAMILIAS

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS SATISFECHAS




### 3.2 DESARROLLO DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS







 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN</b>	Fecha: 24/01/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Definir, ejecutar y evaluar la planificación estratégica del centro, teniendo como fin último la calidad de vida de las personas usuarias, facilitando el cumplimiento de los diferentes objetivos mediante una correcta gestión y administración de los recursos.

### OBJETIVOS

- Planificar y organizar los recursos disponibles para facilitar un modelo de atención basado en la calidad de vida.
- Disponer de un análisis de situación de la organización y recursos.
- Elaborar planes de actuación en función de objetivos priorizados.
- Evaluar los resultados de la planificación y gestión realizada.
- Optimizar los recursos disponibles.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo de calidad, equipo multidisciplinar.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de ciclo de planificación anterior.</li> <li>• Recepción de información interna y externa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan estratégico y de gestión ejecutado.</li> <li>• Proceso en ejecución permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de gestión anterior del centro.</li> <li>• Información de agentes internos: cuadro de mandos, equipo de calidad, otros...</li> <li>• Información de agentes externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevo plan estratégico y de gestión.</li> <li>• Correcto funcionamiento del centro.</li> <li>• Proyecto y valores compartidos con las partes implicadas.</li> <li>• Satisfacción de los clientes internos y externos.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos: equipo de calidad, equipo multidisciplinar, resto de personal.</li> <li>• Externos: residentes/familias, otras instituciones, sociedad...</li> </ul>	<p>Todos los agentes implicados (residentes y familias, personal, instituciones, sociedad).</p>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Evaluar la política y estrategia y análisis del cumplimiento del plan anterior. Dirección.
2. Analizar la situación y capacidades del centro. Se puede realizar a través de:
  - Información del cuadro de mandos
  - Información de la gestión de personal y presupuestaria.

- Informe de equipo de calidad/plan de calidad. Análisis de encuestas, quejas y sugerencias.
  - Análisis de riesgos y oportunidades (DAFO).
3. Definir la estrategia y borrador del nuevo plan de gestión:
    - Priorización de objetivos.
    - Planificación de actuaciones en función de cada objetivo.
    - Previsión de posibles contingencias y recursos...
  4. Realizar puesta en común con equipo multidisciplinar.
  5. Recibir y estudiar las aportaciones.
  6. Concretar y aprobar el nuevo plan, con los objetivos priorizados, actuaciones y plazos.
  7. Difundir el plan a las partes interesadas (ver proceso *PR001.2 Información y comunicación*).
  8. Poner en marcha las actuaciones definidas.
  9. Realizar seguimiento del cumplimiento.
  10. Evaluar los resultados.
  11. Ajustar actuaciones.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Memoria de gestión del centro.	
Documento/registro	Presupuestos del centro	
Documento/registro	Actas de las reuniones	
Documento/registro	Cuadro de mandos del centro	
Documento/registro	Registros de quejas/sugerencias...	
Documento/registro	Análisis DAFO	
Documento/registro	Informe del equipo de calidad (situación, plan, encuestas...)	
Documento/registro	Ficha de planificación estratégica	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas

### INDICADORES

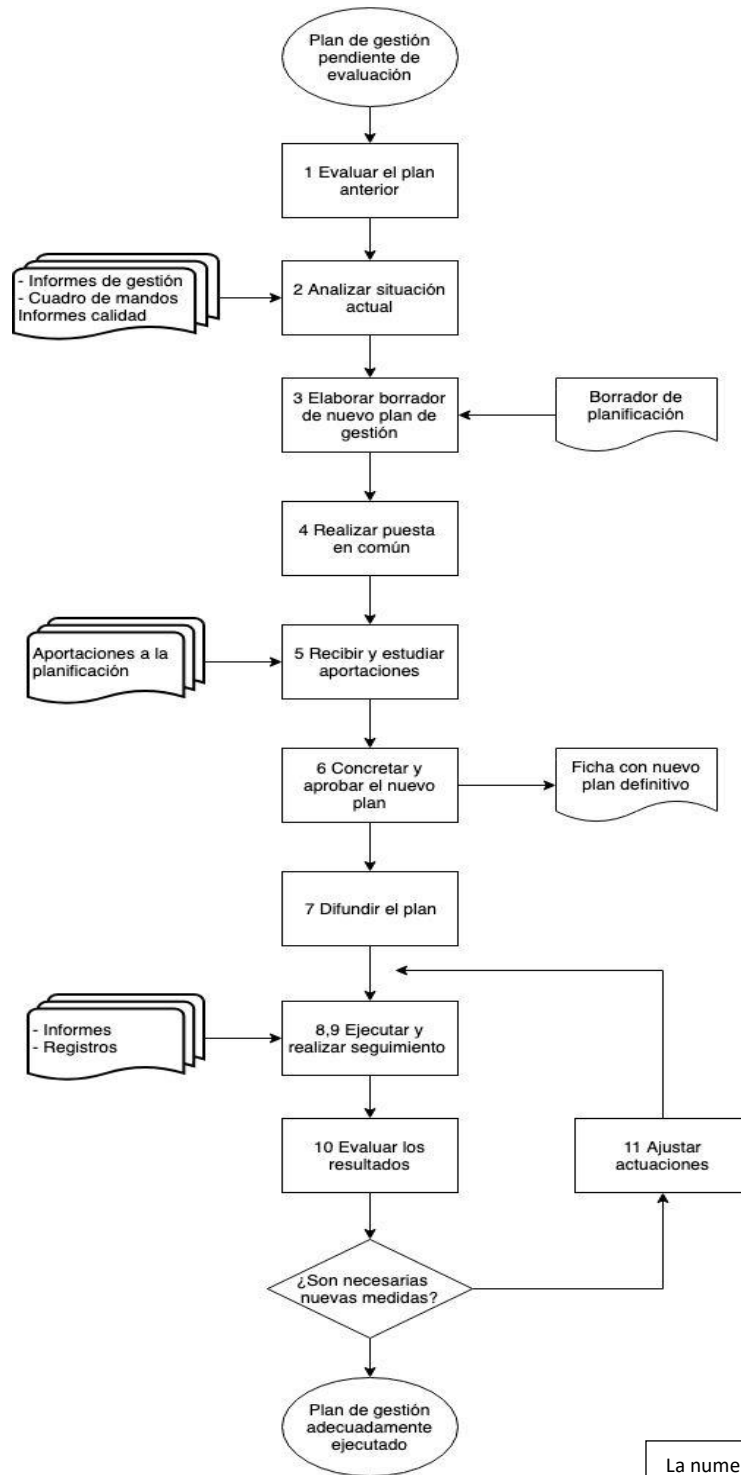
Nombre	Descripción	Responsable
% de objetivos estratégicos cumplidos	% de objetivos del plan anterior cumplidos	Director
% de estándares cumplidos	% de estándares del cuadro de mandos cumplidos	Director
Difusión del plan de gestión	% de trabajadores que conocen el plan de gestión, medido en encuesta	Director
Satisfacción con la planificación	Grado de satisfacción con la dirección y planificación, medido en encuesta	Director

AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.2</b>
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	Fecha: 24/01/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Conseguir que todas las partes interesadas, internas o externas, dispongan de la información necesaria, adecuada en contenido, tiempo y forma para dar visibilidad al proyecto del centro, fomentar la implicación, posibilitar la participación y el adecuado desempeño de las funciones.

### OBJETIVOS

- Dotar a la organización de instrumentos de comunicación conocidos, estables y eficientes.
- Asegurar el uso adecuado de estos instrumentos, con información o comunicaciones que lleguen en tiempo, forma y a los destinatarios pertinentes.
- Asegurar que todas las partes implicadas dispongan de la información relevante relativa a la organización del centro y su planificación.
- Asegurar la accesibilidad de los trabajadores a toda aquella información necesaria para el adecuado desempeño del trabajo.
- Dar a conocer el proyecto del centro.
- Visibilizar a las personas usuarias y actividades.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: administración, equipo de calidad, equipo multidisciplinar, resto de personal.

#### INICIO DEL PROCESO

- Detección de necesidad de compartir información.

#### FINAL DEL PROCESO

- Plan de comunicación adecuadamente ejecutado.

#### ENTRADAS

- Necesidades de los destinatarios
- Información a trasladar.
- Comunicación a realizar.

#### SALIDAS

- Información de la organización trasladada a las partes interesadas en formatos diferentes.
- Satisfacción y motivación de los destinatarios.
- Mejora de la responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones de los agentes implicados.
- Visibilización del centro y su proyecto.

#### PROVEEDORES

- Internos: personal del centro.
- Externos: residentes, familias, instituciones, sociedad...

#### DESTINATARIOS

Todos los agentes implicados: residentes, familias, personal, instituciones, sociedad...

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Analizar la información que la organización debe compartir. Por áreas:
  - Estrategia/planificación: al personal para mantenerlos informados e implicados; a otras instituciones/administraciones para su conocimiento.

- Recursos humanos: cuestiones relativas a gestión y organización, planes de formación, relaciones laborales...
  - Organización asistencial y residencial: a los trabajadores, para la adecuada organización y realización del trabajo; a los usuarios y familias para su conocimiento y satisfacción.
  - Calidad: a trabajadores y usuarios para su información y participación.
  - Comunicación entre profesionales para favorecer el trabajo interdisciplinar.
2. Estudiar los posibles canales a utilizar para las diferentes partes:
    - Trabajadores.
    - Usuarios/familias.
    - Proveedores.
    - Instituciones.
    - Sociedad.
  3. Diseñar el **plan de comunicación**, en el que se determine: información a difundir, destinatarios, canal adecuado, momento de difusión, periodicidad, emisor...
  4. Ejecutar la planificación: diseño y adecuación de canales, elaboración del mensaje, uso del canal, recepción/tramitación de respuesta si es necesario.
  5. Evaluar el sistema.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de comunicación	
Documento/registro	Modelos de documentos de notificación	
Documento/registro	Registro de información/comunicaciones realizadas	
Recurso Web	Página web del centro o de instituciones relacionadas (IASS, asociación de familias...)	
Protocolos asociados		

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Proyecto de gestión.
- Guías de buenas prácticas.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Difusión del proyecto	% de trabajadores, usuarios o familiares que conocen la MVV del proyecto del centro	Dirección
Comunicaciones realizadas	Nº de comunicaciones internas o externas realizadas desde el equipo directivo	
Visibilización	Nº de comunicaciones realizadas en medios externos: prensa, Facebook, etc	Dirección
Satisfacción de trabajadores con la información	Grado de satisfacción de los trabajadores, medido en encuesta	Dirección
Satisfacción de usuarios/familias con la información	Grado de satisfacción de usuarios o familiares medido en encuesta	Dirección

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR001.3</b>
	<b>PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN</b>		Fecha: 24/01/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR EQUIPO CA CALATAYUD		
AMBITO DE APLICACIÓN CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

### MISIÓN

Conseguir que todos los agentes de la organización se sientan implicados con el proyecto del centro y dispongan de instrumentos adecuados para la participación en el mismo, respondiendo de forma cohesionada a los retos y objetivos que se planteen.

### OBJETIVOS

- Fomentar el sentimiento de pertenencia y el compromiso con el proyecto del centro.
- Impulsar la implicación activa de todas las partes en la organización del centro.
- Potenciar el reconocimiento personal y profesional.
- Disponer de canales e instrumentos de participación definidos, estables y conocidos para que los trabajadores (o usuarios) puedan participar en la toma de decisiones y propuesta de soluciones.
- Crear estructuras organizativas que faciliten la participación de forma regular y sistematizada.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo multidisciplinar.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidad de participación en la toma de decisiones, de carácter regular o ante una situación sobrevenida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan o actividad de participación adecuadamente ejecutados.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de participación de usuarias y/o personal.</li> <li>• Plan de gestión del centro.</li> <li>• Problemas o necesidades concretas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de las partes implicadas en la organización.</li> <li>• Satisfacción, motivación y sentimiento de pertenencia.</li> <li>• Encuestas de satisfacción.</li> <li>• Registros de quejas/sugerencias.</li> <li>• Informes s/p.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos: personal del centro</li> <li>• Externos: residentes, familias, instituciones, sociedad...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados (personal, residentes y familias, instituciones, sociedad).</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Analizar posibles agentes cuyas comunicaciones y participación interesan a la organización:
  - Personal.
  - Usuaris/familias.
  - Otras instituciones.
  - Sociedad.

2. Estudiar y definir los posibles canales o instrumentos de participación a utilizar para las diferentes partes:
  - Reuniones multidisciplinares.
  - Equipos de trabajo.
  - Encuestas (ver proceso PR004.4 Encuestas de satisfacción).
  - Quejas y sugerencias (ver proceso PR004.5 Quejas y sugerencias).
  - A instancia de parte: recepción de representantes de colectivos, etc.
  - Otros espacios o actividades diseñados para la participación (de usuarios, familias...).
  - Participación informal.
3. Diseñar el plan de participación en el que se detallan los agentes implicados y vías de participación.
4. Ejecutar la planificación: creación y adecuación de estructuras, información a las partes implicadas, puesta en marcha, recepción de aportaciones, análisis y respuesta a las mismas.
5. Evaluar el sistema.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de comunicación.	
Documento/registro	Plan de participación.	
Documento/registro	Documentos de comunicación	
Documento/registro	Actas de reunión	
Documento/registro	Encuestas	
Documento/registro	Quejas y sugerencias	
Documento/registro	Informe de análisis y respuesta a quejas/sugerencias	
Protocolos asociados		


#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Proyecto de gestión.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Participación en la organización	Nº de aportaciones recogidas por la organización a través de los diferentes canales: en el plan de gestión, quejas, sugerencias, grupos de trabajo, actividades, etc	Dirección
Reuniones de coordinación	Nº de reuniones de coordinación realizadas, en total o por servicios.	Dirección
Satisfacción con la participación	Medida en encuesta de satisfacción.	Dirección



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR 002.1</b>
	<b>SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN</b>	Fecha: 14/03/18 Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD	
AMBITO DE APLICACIÓN: CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

### MISIÓN

Garantizar la adecuada provisión de los recursos personales necesarios adscritos al centro.

### OBJETIVOS

- Participar en la gestión de la selección y contratación de personal según la relación de puestos de trabajo adscritos al centro.
- Registrar y tramitar las incidencias laborales que se producen: altas, bajas por incapacidad, accidentes laborales, permisos, reducciones de jornada, permisos por maternidad, licencias por lactancia, permisos sin sueldo....

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: directora.
- Otros responsables: administración, Dirección Provincial (DP).

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de los RRHH del centro.</li> <li>• Comunicación de necesidad o demanda de personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación de trabajador a la plantilla del centro.</li> <li>• Actualización de situación laboral.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas.</li> <li>• Asignación de plantillas, recursos humanos.</li> <li>• Organización laboral.</li> <li>• Normativa vigente, instrucciones de Gerencia o DP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas de profesionales y centro satisfechas.</li> <li>• Información para confección y pago de nóminas.</li> <li>• Informes a DP o Gerencia.</li> <li>• Coordinación las relaciones laborales.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Administración.</li> <li>• Equipos implicados en la organización y gestión administrativa de la DP y Gerencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección provincial, gerencia.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Organizar turnos y planillas en cada servicio. Pacto de mínimos. Dirección con trabajadores.
2. Detectar necesidad o incidencia de modificación o cobertura en un puesto de trabajo.
3. Reorganizar planilla si es necesario. Instrucciones en función de planilla o servicio.
4. Comunicar necesidad a dirección o administración. Entrega a administración de documentación o publicación en BOA.

5. Abrir expediente y trámites administrativos: gestión de partes de baja, SS, gestión de solicitudes del personal...
6. Solicitar la cobertura a la Dirección Provincial (bolsas de empleo, listas de interinos, comisiones de servicios...).
7. Si no hay bolsa, o está agotada, se realiza solicitud de cobertura a través de INAEM.
8. Participar en la selección de INAEM. Establecimiento de criterios.
9. Comunicar persona seleccionada. Información.
10. Preparar documentación.
11. Realizar firma de contrato y alta en seguridad social
12. Comunicar contrato a:
  - Función Pública, Gerencia y Dirección Provincial.
  - Comité de empresa (contratos laborales, lo hace la dirección provincial).
  - INAEM. Registro de contrato laboral (lo hace la Dirección Provincial).
13. Incorporar en las bases informáticas del centro.
14. Informar de las incidencias a Dirección Provincial para cálculo de nómina (festivos, noches, turnicidad, incapacidad...).
15. Dar de alta en Seguridad Social.
16. Archivar documentación en expediente personal.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Soporte informático	Base de datos del centro, Excel...	
Soporte informático	Programa de personal, GERES, sistema RED online...	
Documento/registro	Contratos, toma de posesión, resolución de nombramiento, toma de datos, declaraciones juradas, modelo 145 IRPF, solicitudes...	
Documento/registro	Listados específicos por tipo de contrato, incidencias, incidencias de nóminas...	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente aplicable: estatuto básico del empleado público, VII Convenio Colectivo del Personal Laboral de la Diputación General de Aragón, Ley del estatuto de los Trabajadores, Ley de la Función Pública de Aragón...
- Instrucciones de Función Pública, Gerencia, Dirección Provincial y el propio centro.
- Proyecto de gestión del centro.

#### INDICADORES

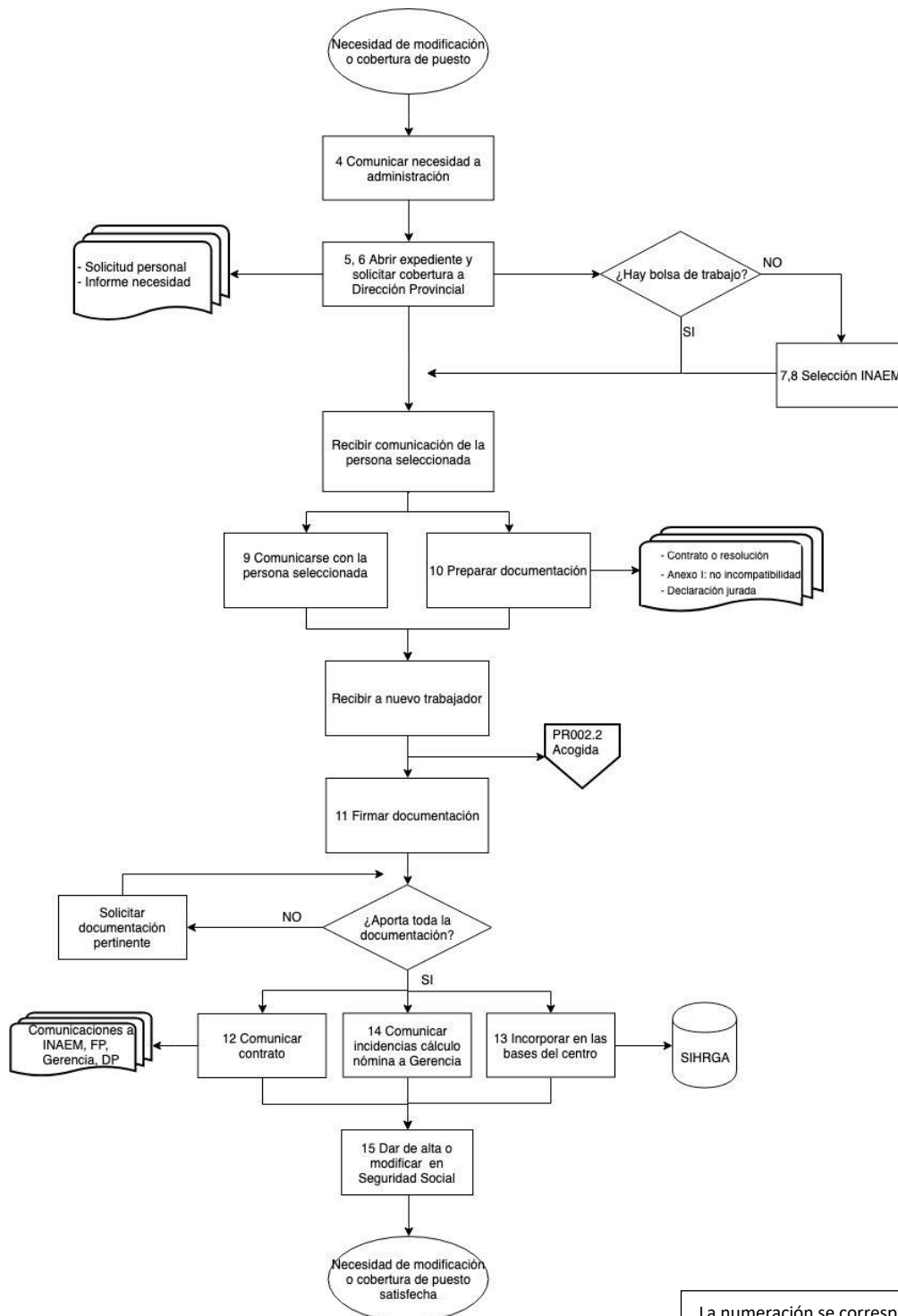
Nombre	Descripción	Responsable
Absentismo global	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Interinidad	% de personal interino o temporal	Administración
Contratación	Nº de contratos realizados	Administración
Trabajadores con ITCC	% de personal con ausencias por ITCC	Administración
Trabajadores con ITAT	% de personal con ausencia por ITAT	Administración
Demora en contratación	Tiempo medio en cubrir una incidencia de personal en días	Administración
Puestos adaptados	% de personal con puestos adaptados	Administración
Adaptación de jornada de trabajo	% de personal con adaptaciones: reducciones, deslizamientos...	Administración

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR002.2</b>
	<b>ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO</b>		Fecha: 24/10/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
Facilitar al máximo la incorporación y adaptación del nuevo trabajador a su puesto, garantizando adecuadas condiciones en el mismo y la continuidad de la actividad, acorde a los valores del centro.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar al trabajador la información necesaria para adaptarse y desempeñar de forma adecuada sus tareas.</li> <li>• Analizar las condiciones y necesidades en cada puesto de trabajo.</li> <li>• Satisfacer dichas necesidades y facilitar posibles adaptaciones de puestos.</li> <li>• Prevenir riesgos laborales.</li> <li>• Asegurar la continuidad en la prestación de servicios pese a cambios en las plantillas.</li> <li>• Determinar en última instancia si un trabajador es apto (con adaptaciones) o no.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección.</li> <li>• Otros responsables: administración, PSA, PESD, otros trabajadores del centro.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del trabajador en el centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Final de periodo de adaptación.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador con necesidad de adaptación.</li> <li>• Expediente del trabajador.</li> <li>• Estudio de prevención de riesgos laborales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador adaptado (o no).</li> <li>• Informe final de responsable de personal.</li> <li>• Solicitud de adaptación en el puesto.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de personal de Dirección Provincial.</li> <li>• Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (PRL).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección Provincial.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizar los diferentes perfiles y puestos de trabajo. Elaboración y actualización de informes de prevención de riesgos laborales (PRL) de los puestos de trabajo a desempeñar en el centro.</li> <li>2. Estudiar, priorizar y ejecutar las propuestas de mejora en puestos de trabajo. El equipo directivo y Dirección Provincial estudian y priorizan las mismas dentro de su plan estratégico/de actuación.</li> <li>3. Elaborar y actualizar los manuales de acogida en base a la memoria del centro: información del centro, organización, informes de PRL, puestos de trabajo, programas y actividades.</li> </ol>

4. Incorporación de nuevo trabajador:
5. Exponer la misión, visión y valores del centro. Características de los usuarios a atender.  
Organización básica. Dirección, trabajadores veteranos.
6. Entregar el documento de acogida, en el que se recogen particularidades de cada puesto de trabajo a desempeñar. Administrativo.
7. Estudiar las necesidades especiales o posibles adaptaciones. La dirección estudiará cómo dar respuesta a estas.
8. El administrativo acompaña al trabajador a lavandería para que la PESD le entregue la ropa de trabajo.
9. PSA entrega llaves de taquilla, puertas de seguridad e imanes (a TCAE).
10. Administrativo muestra el centro y le acompaña a su servicio/puesto, en el que le presentará a sus compañeros.
11. En la unidad, un trabajador veterano le explica las características del trabajo a realizar, cómo se trabaja, así como dónde poder consultar la documentación relativa (procesos, protocolos...).
12. Se tendrá una especial observancia de las necesidades, adaptación al puesto y desempeño del trabajador, por parte de compañeros y responsables.
13. Al finalizar el periodo de adaptación, la dirección realiza un informe y/o comunica el grado de aptitud a Dirección Provincial s/p.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Soporte informático	Bases de datos del centro	
Documento/registro	Informes de PRL	
Documento/registro	Documento de acogida	
Documento/registro	Informe de adaptación al puesto	
Protocolos asociados	Acogida a trabajadores (Enfermería) Acogida a trabajadores (TCAE)	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Proyecto de gestión del Centro

#### INDICADORES

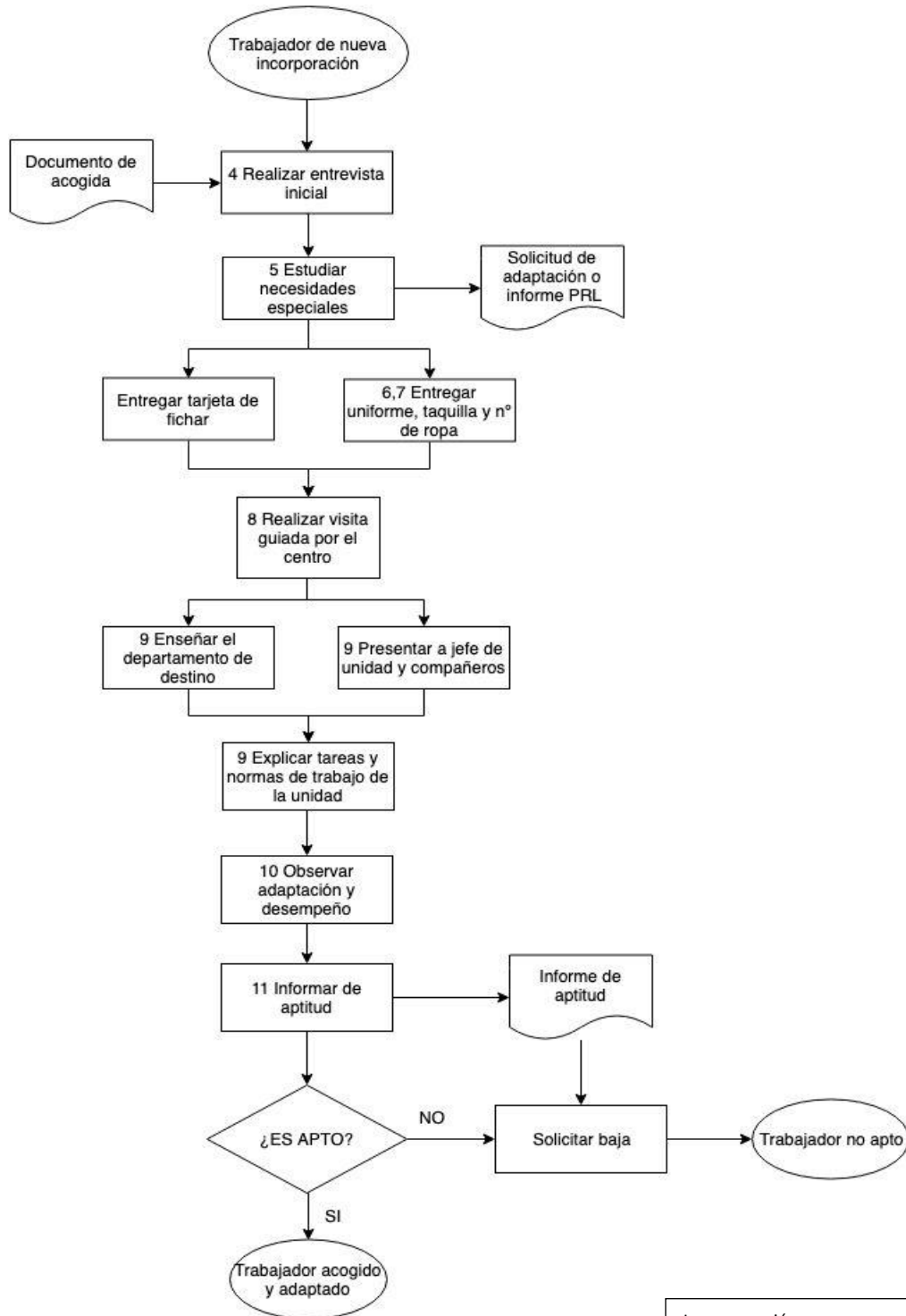
Nombre	Descripción	Responsable
Trabajadores con ITCC	% de personal con ausencias por ITCC	Administración
Trabajadores con ITAT	% de personal con ausencia por ITAT	Administración
Absentismo global	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Adaptación de jornada de trabajo	% de personal con adaptación de jornada: reducción, deslizamiento.	Administración
Puestos adaptados	% de personal con puestos adaptados	Administración
Documento de acogida entregado	% de incorporaciones con documento entregado	Administración
Satisfacción con condiciones de trabajo	Medida en encuesta a trabajadores	Dirección

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**


VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.3</b>
	<b>GESTIÓN DE LA FORMACIÓN</b>	Fecha: 14-02-2019
		Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Impulsar y facilitar la formación continuada de los profesionales del centro, como instrumento de capacitación, motivación y mejora de los servicios para que llegue al mayor número posible, adaptándose a sus necesidades y a las del centro, así como a la introducción de las nuevas tecnologías.

### OBJETIVOS

- Impulsar, favorecer y registrar las demandas de formación del centro
- Actualizar, perfeccionar e incrementar las aptitudes y conocimientos profesionales.
- Potenciar actitudes y comportamientos relacionados con la eficacia profesional.
- Fomentar en los trabajadores la necesidad de formación continuada como medio de crecimiento personal y profesional.
- Organizar formación interna en el centro, contando con un equipo responsable de la misma.
- Favorecer la promoción de estudios científicos y líneas de investigación.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo de calidad, trabajadores del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidades y demandas de los trabajadores en materia de formación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de formación ejecutado.</li> <li>• Proceso de carácter continuo.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas de los trabajadores.</li> <li>• Plan estratégico y de gestión.</li> <li>• Ofertas formativas de otras entidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a la formación continua al personal.</li> <li>• Plan de formación interna del centro.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores.</li> <li>• Dirección.</li> <li>• IAAP, otras entidades de formación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los trabajadores del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Identificar y recoger demandas y necesidades de formación (o participación en actividades de investigación) de los diferentes colectivos profesionales.
2. Analizar los recursos disponibles:
  - Internos: personal propio, financiación específica.
  - Externos: personal de otros centros, propuestas a IAAP, oferta de otras instituciones...

3. Elaborar el plan de formación del centro.
  - Actividades formativas externas.
  - Oferta formativa con recursos propios.
4. Ejecutar el plan de formación:
  - Recibir, registrar y gestionar solicitudes.
  - Analizar y dar conformidad: responsable, dirección del centro.
  - Comprobar la asistencia.
  - Evaluar cada actividad.
5. Evaluar el plan de formación.
6. Realizar cambios en función de la evaluación.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Ficha de planificación estratégica	
Documento/registro	Planes de formación	
Documento/registro	Actas de las reuniones	
Documento/registro	Ficha de curso	
Documento/registro	Registro de demandas formativas	
Documento/registro	Control de asistencia	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Participación en formación externa	% de trabajadores que han recibido formación	Dirección
Formación interna	Nº de acciones formativas internas realizadas	Dirección
Participación en formación interna	% de trabajadores que han recibido formación interna	Dirección
Satisfacción con la gestión de la formación	Medida en encuesta	Dirección

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.4</b>
	<b>RELACIONES LABORALES</b>	Fecha: 14/02/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Coordinación y gestión de asuntos laborales con instituciones y organizaciones de representación de trabajadores.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacer las necesidades laborales del personal y el centro.</li> <li>• Favorecer la participación y coordinación del personal.</li> <li>• Impulsar, coordinar y registrar las actuaciones con los representantes laborales.</li> <li>• Coordinar las actuaciones con organismos e instituciones.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección.</li> <li>• Otros implicados: trabajadores del centro, representantes sindicales.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección y registro de demandas y necesidades de trabajadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos y medidas adoptadas.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas laborales.</li> <li>• Plan de gestión del centro.</li> <li>• Nombramiento y constitución de órganos de representación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las demandas.</li> <li>• Coordinación de las actuaciones.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Representantes sindicales.</li> <li>• Dirección Provincial y Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección Provincial y Gerencia.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir y registrar demandas laborales.</li> <li>2. Tramitar hacia los órganos administrativos correspondientes.</li> <li>3. Establecer reuniones periódicas con los representantes sindicales y el personal del centro.</li> <li>4. Comunicar y coordinar las actuaciones con la Dirección Provincial.</li> <li>5. Comunicación de acuerdos e instrucciones a personal del centro.</li> <li>6. Ejecución de medidas adoptadas.</li> <li>7. Supervisión de la evolución y resultados</li> </ol>

<b>REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>		
Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Actas de reunión	
Documento/registro	Modelos de comunicados del centro	
Documento/registro	Listados específicos por tipo de contrato, incidencias, incidencias de nóminas...	
Protocolos		

<b>NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre. RCL 2015/1695. Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.</li> <li>• Convenio Colectivo para el Personal Laboral de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.</li> <li>• Otra normativa vigente aplicable en cuestiones de relaciones laborales o calidad de los servicios.</li> <li>• Instrucciones de Gerencia, Dirección Provincial y el propio centro.</li> <li>• Proyecto de gestión del centro.</li> </ul>

<b>INDICADORES</b>		
Nombre	Descripción	Responsable
Reuniones con delegados sindicales	Nº de reuniones con delegados sindicales	Dirección
Reuniones con comité de empresa	Nº de reuniones con comité de empresa	Dirección
Reuniones laborales con trabajadores	Nº de reuniones con trabajadores para tratar temas laborales	Dirección
Satisfacción con la situación laboral	Medido en encuesta de satisfacción	Dirección

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR003.1</b>
	<b>COORDINACIÓN, ORGANIZACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL ÁREA RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL</b>		Fecha: 24/01/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD		
AMBITO DE APLICACIÓN CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

### MISIÓN

Organización y coordinación del trabajo de los diferentes servicios residenciales y asistenciales según el plan estratégico del centro para asegurar una atención integral a los residentes, orientada por el modelo de Calidad de Vida.

### OBJETIVOS

- Proporcionar una atención integral residencial y asistencial que satisfaga las necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales.
- Promover la información, implicación y participación del personal en los procesos aprobados en el centro.
- Coordinar las actuaciones de los diferentes servicios, asegurando la consecución de objetivos comunes.
- Desarrollo de una cultura de trabajo interdisciplinar y en equipos.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo multidisciplinar y resto del personal interno o externo.

#### INICIO DEL PROCESO

- Estrategias de trabajo y organización aprobadas por el equipo multidisciplinar, pendientes de gestionar y ejecutar.

#### FINAL DEL PROCESO

- Proceso de carácter permanente.

#### ENTRADAS

- Necesidades de las usuarias.
- Necesidad de coordinación de los servicios.
- Instrucciones de Dirección Provincial (DP) o Gerencia.
- Plan de gestión del centro.
- Contratos de servicio (limpieza, cocina...).

#### SALIDAS

- Necesidades y demandas satisfechas.
- Trabajo coordinado y en equipos.
- Satisfacción de trabajadores y residentes.

#### PROVEEDORES

- Dirección.
- Trabajadores del centro.
- Empresas externas.
- Residentes y familiares.
- Otras administraciones: DP, Gerencia...

#### DESTINATARIOS

- Personal y servicios del centro.
- Personal de empresas externas.
- Indirectos: residentes y familiares.

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Diseñar los programas y actuaciones para la consecución de los objetivos del plan de gestión (ver proceso *PR001.1 Planificación de la gestión*).

2. Planificar y ejecutar la coordinación del trabajo entre servicios:
  - Supervisión de los procesos aprobados.
  - Convocatoria de reuniones periódicas interdepartamentales.
  - Reuniones periódicas con responsables de empresas de servicios externas.
3. Gestionar las necesidades e incidencias de organización/coordinación entre los mismos. Establecimiento de pautas, consenso de criterios.
4. Supervisar la organización del trabajo en cada servicio. Supervisión de los procesos aprobados en el proyecto y reuniones periódicas.
5. Transmitir la información pertinente al equipo multidisciplinar, personal, usuarias o familias (ver proceso *PR001.2 Información y comunicación*, proceso *PR001.3 Participación*).
6. Constituir equipos de trabajo ante casos de especial relevancia o dificultad.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de gestión del centro	
Documento/registro	Acta de reuniones	
Documento/registro	Comunicados a partes interesadas	
Base de datos	Programa GERES	
Documento/registro	Notas internas	
Documento/registro	Instrucciones de dirección	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Reuniones de coordinación	Nº reuniones de coordinación interdepartamentales o por servicios	Dirección
Conocimiento de los procesos	Conocimiento de los procesos de trabajo del centro, medido en encuesta a trabajadores	Dirección
Satisfacción con la coordinación	Medida en encuesta	Dirección

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR003.2</b>
	<b>GESTIÓN DEL TRABAJO Y FUNCIONAMIENTO DIARIO</b>	Fecha: 24/01/2019
		Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD	
AMBITO DE APLICACIÓN CENTRO CA CALATAYUD	VALIDADO POR GERENCIA IASS	

### MISIÓN

Gestión y del trabajo y funcionamiento diario de los diferentes servicios asistenciales y residenciales para asegurar adecuadas condiciones a los profesionales y la calidad de vida de los residentes.

### OBJETIVOS

- Garantizar la atención de las residentes dentro de un modelo de calidad de vida.
- Asegurar el adecuado desarrollo de los trabajos diarios dentro de cada servicio.
- Favorecer la satisfacción laboral y la motivación en el trabajo.
- Disponer de equipamientos, instrumentos y materiales adecuados para el desempeño de la labor profesional.
- Satisfacer las demandas y necesidades en las diferentes áreas para facilitar el desarrollo del trabajo.
- Promover la información, implicación y participación del personal en los procesos del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo multidisciplinar, administración, resto del personal interno o externo.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de trabajo y organización pendientes de gestionar y ejecutar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de los diferentes servicios organizado y ejecutado.</li> <li>• Proceso de carácter permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas de las partes implicadas.</li> <li>• Necesidad de gestión y organización de los trabajos.</li> <li>• Plan de gestión del centro.</li> <li>• Instrucciones de dirección, Gerencia, Dirección Provincial (DP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas satisfechas.</li> <li>• Trabajo gestionado, organizado y adecuadamente ejecutado.</li> <li>• Adecuada coordinación de los servicios.</li> <li>• Satisfacción de trabajadores y residentes.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Residentes y familiares.</li> <li>• Administraciones: DP, Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal y equipos del centro.</li> <li>• Residentes y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Informar, organizar y responsabilizar a los servicios asistenciales y residenciales.
2. Gestionar las planillas de trabajo. Facilitar la adaptación/conciliación familiar.
3. Realizar lectura diaria de incidencias en los libros o historias informatizadas.

4. Identificar incidencias o necesidades:
  - De residentes.
  - Relacionadas con el trabajo diario: necesidades de personal, materiales, imprevistos, almacén, mantenimiento...
5. Analizar las necesidades.
6. Tramitar/ejecutar las actuaciones necesarias.
7. Realizar seguimiento de los casos.
8. Trasladar los asuntos pertinentes a administración, Dirección Provincial u otras instituciones.
9. Coordinar las actuaciones: establecimiento de pautas, consenso de criterios... (ver proceso *PR003.1 Coordinación, organización y supervisión del área residencial y asistencial*).

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Actas de reuniones	
Documento/registro	Registro de quejas/ sugerencias de profesionales	
Base de datos	Programa GERES	
Base de datos	SIRHGA. Base de personal del centro.	
Documento/registro	Planillas de trabajo	
Documento/registro	Solicitud de permisos y cambios de turno	
Documento/registro	Notas internas	
Protocolos asociados		


#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Absentismo total	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Quejas y sugerencias relacionadas con el trabajo	Nº de quejas y sugerencias formales presentadas por los trabajadores	Dirección
Conocimiento de los procesos y organización del centro	Medido en encuesta a trabajadores	Dirección
Satisfacción	Medido en encuesta	Dirección



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR004.1</b>
	<b>PLAN DE CALIDAD</b>		Fecha: 14-02-2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Gestionar la política de calidad con una planificación que dote de recursos a la organización para mejorar y objetivar los resultados de los progresos, dentro de las líneas marcadas por la estrategia del equipo directivo.

### OBJETIVOS

- Diseñar un plan priorizando los objetivos y actuaciones en el ámbito de mejora de la calidad de los servicios.
- Estudiar y desarrollar instrumentos que optimicen los procesos.
- Analizar y evaluar los resultados del plan de calidad.
- Informar y posibilitar la participación de todas las partes interesadas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: coordinador del equipo de calidad.
- Otros profesionales implicados: equipo de calidad, equipo multidisciplinar, dirección.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de plan de calidad anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevo plan de calidad correctamente ejecutado. Proceso permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de gestión del centro.</li> <li>• Plan de calidad anterior.</li> <li>• Informes de encuestas, quejas y de los diferentes procesos del centro.</li> <li>• Instrucciones de la dirección u otras instituciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevo plan de calidad.</li> <li>• Acciones preventivas y de mejora.</li> <li>• Otros informes.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de calidad.</li> <li>• Dirección.</li> <li>• Otras instituciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Otras partes interesadas.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Evaluar el plan finalizado. El equipo de calidad evalúa los datos disponibles en reunión. Fuentes:
  - Informe de revisión de los procesos (ver proceso *PR004.2 Revisión del sistema*).
  - Análisis de consecución de objetivos del plan anterior.

- Estudio de posibles causas de desviaciones respecto a los objetivos.
  - Propuestas de mejora.
2. Realizar análisis de situación: necesidades y recursos disponibles. En equipo.
  3. Elaborar la propuesta de plan de calidad:
    - Priorización de nuevos objetivos.
    - Actuaciones a desarrollar para conseguir los mismos.
    - Concreción de los responsables de las actuaciones y plazos.
  4. Aprobar la propuesta de plan por la dirección.
  5. Comunicar los resultados del plan anterior y la nueva planificación a los trabajadores.
  6. Poner en marcha de las actuaciones definidas. Trabajo en el equipo de calidad.
  7. Realizar seguimiento del cumplimiento. Evaluación de resultados en periodos intermedios marcados.
  8. Ajustar las actuaciones tras la detección de incidencias- no conformidades.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de calidad del centro.	
Documento/registro	Informe de revisión de los procesos	
Documento/registro	Acta de reuniones	
Documento/registro	Cuadro de mando (indicadores)	
Documento/registro	Propuesta de nuevo plan de calidad	
Protocolos		

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

### INDICADORES a revisar

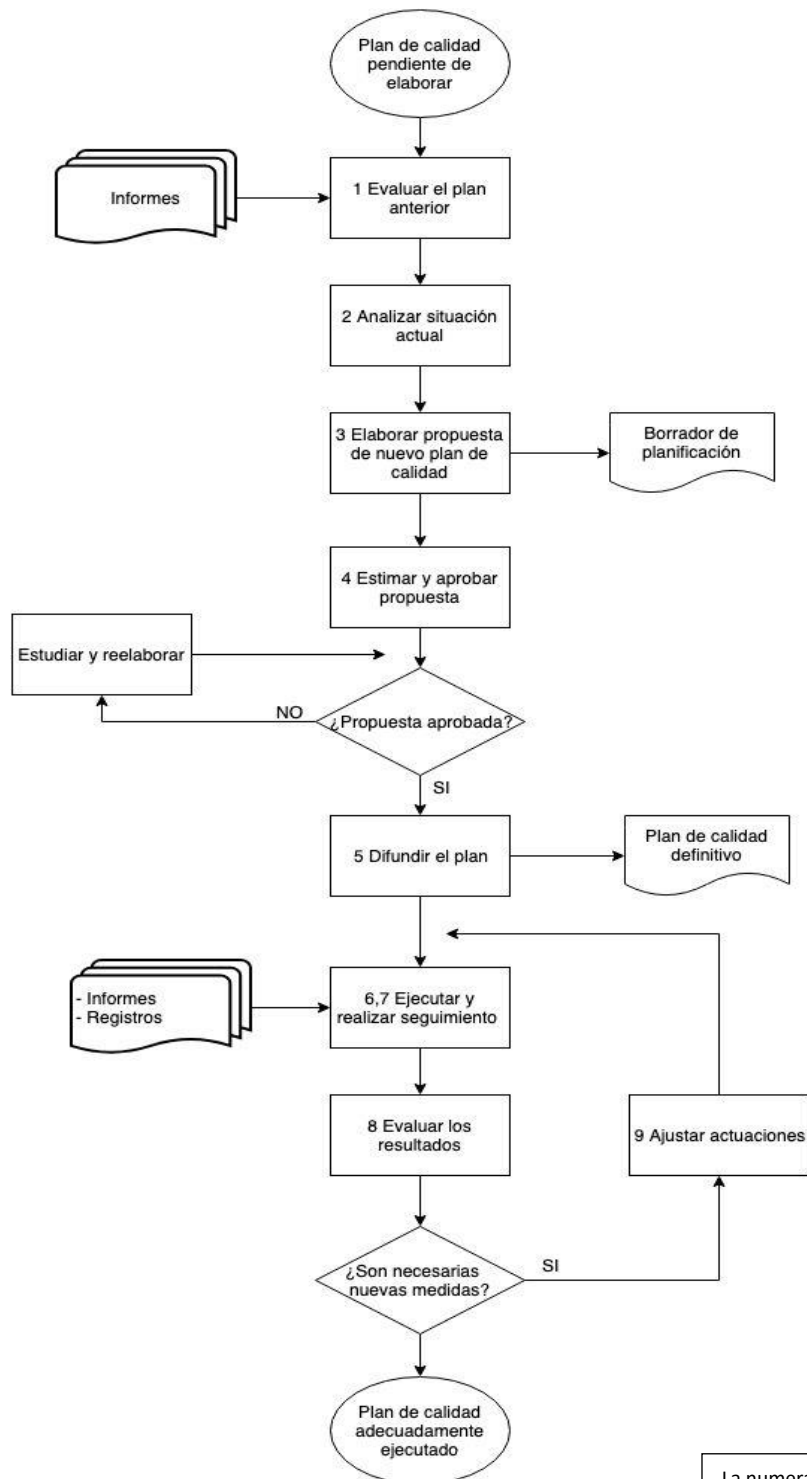
Nombre	Descripción	Responsable
Equipo de Calidad	Nº reuniones del equipo de calidad	Dirección, coordinador equipo de calidad
Objetivos de calidad cumplidos	% de objetivos del plan anterior cumplidos	Dirección, coordinador equipo de calidad
Difusión del plan de calidad	% de trabajadores que conocen el plan	Dirección, coordinador equipo de calidad

AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR004.2</b>
	<b>REVISIÓN DEL SISTEMA</b>	Fecha: 14/02/2019
		Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Asegurar el adecuado funcionamiento de todos los procesos del sistema de gestión.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar y evaluar el funcionamiento de los procesos.</li> <li>• Estudiar y ejecutar posibles acciones correctoras o preventivas.</li> <li>• Informar del estado del sistema al equipo de calidad y equipo directivo.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: coordinador del equipo de calidad.</li> <li>• Otros profesionales implicados: equipo de calidad, dirección.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación del nuevo plan de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe final del sistema al equipo de calidad, previo a la evaluación del plan.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de gestión del centro.</li> <li>• Plan de calidad.</li> <li>• Registros de indicadores.</li> <li>• Notificación de quejas/sugerencias relacionadas con los procesos.</li> <li>• Registros de los procesos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de revisión del sistema.</li> <li>• Informes de funcionamiento de los procesos.</li> <li>• Acciones preventivas o correctoras.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de calidad.</li> <li>• Responsables de proceso.</li> <li>• Otros profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Equipo de calidad.</li> <li>• Trabajadores y equipos del centro.</li> <li>• Otras partes interesadas.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprobar el plan de calidad. Designación de responsables y pautas en la gestión de los procesos.</li> <li>2. Ejecutar los procesos. Los responsables de cada proceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsan las medidas de mejora propuestas y supervisarán el adecuado desarrollo de los mismos.</li> <li>- Supervisan el registro o registrarán directamente los indicadores con la frecuencia establecida.</li> </ul> </li> </ol>

- Recaban las incidencias o problemas detectados en el desarrollo de los procesos, valorando si se requieren medidas correctoras o preventivas de forma inmediata o si estas pueden esperar a la revisión de proceso programada.
3. Revisar procesos en los plazos intermedios establecidos (al menos una revisión a mitad de ciclo de plan de calidad):
    - Adecuación del registro de los indicadores.
    - Detección de incidencias o propuestas de mejora en la ejecución del proceso.
    - Medidas correctoras o preventivas a adoptar.
    - Registro de ficha de control de procesos.
  4. Realizar el análisis final del desarrollo de procesos. Al acabar el ciclo establecido para el plan de calidad del centro:
    - Nueva revisión de procesos (ver punto 3).
    - Valorar efectividad de las medidas correctoras o preventivas adoptadas.
  5. Remitir fichas de control de procesos al coordinador del equipo de calidad.
  6. Analizar el en conjunto del sistema (coordinador de calidad). Aspectos destacables:
    - Revisiones de procesos efectuadas dentro de plazo.
    - Indicadores recogidos de forma adecuada y en los plazos marcados.
    - Incidencias, quejas y sugerencias relacionadas con los procesos.
    - Respuestas dadas a las anteriores y su eficacia.
    - Evaluación y propuestas de mejora.
  7. El coordinador del equipo expone el análisis en una reunión, en la que se concretará la evaluación final y posibles propuestas de mejora.
  8. El coordinador del equipo informará a la dirección

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Ficha de revisión de procesos.	
Documento/registro	Informe de revisión de procesos	
Documento/registro	Acta de reunión	
Documento/registro	Plan de calidad	
Protocolos		

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro

#### INDICADORES

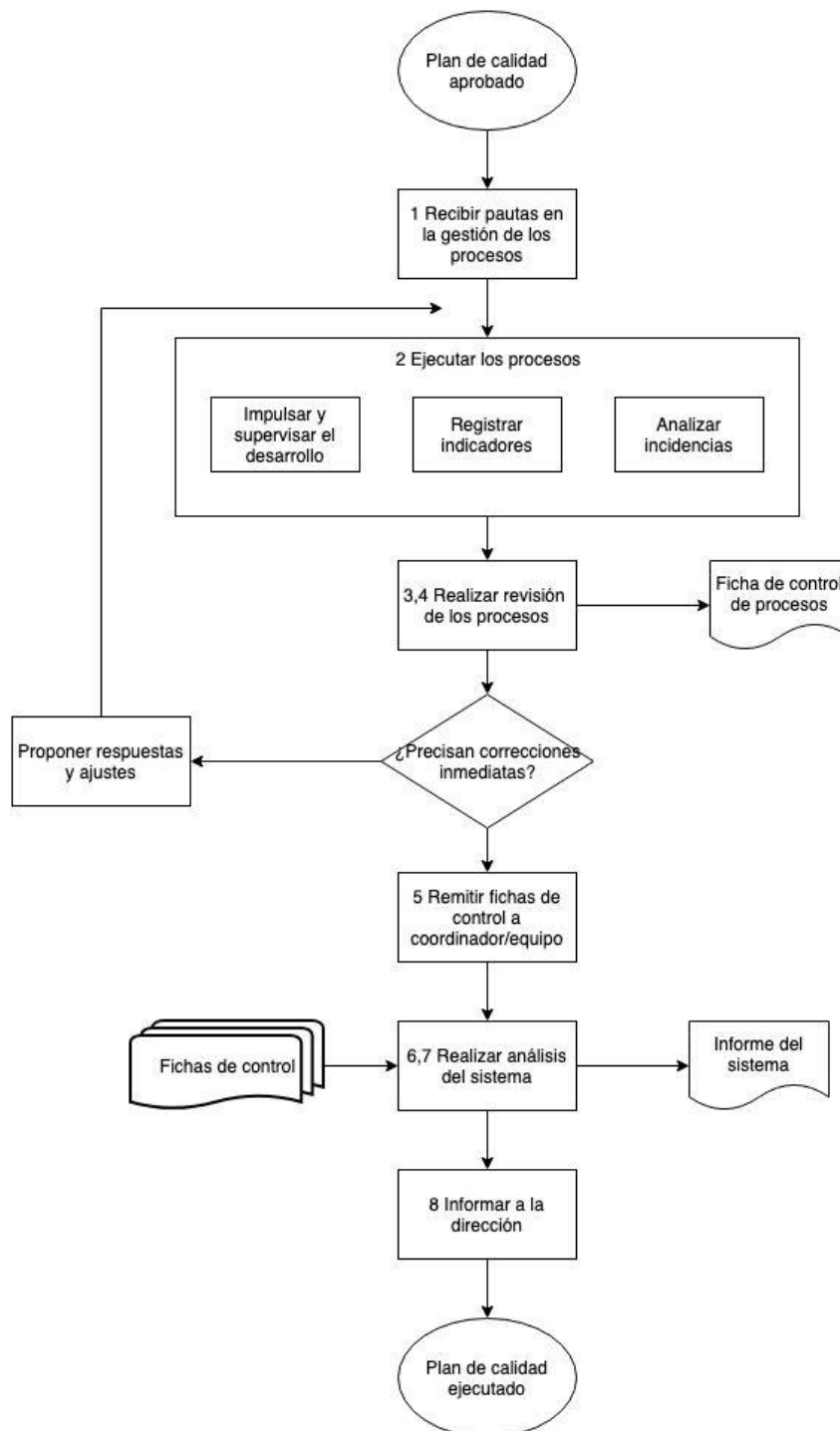
Nombre	Descripción	Responsable
Revisión de procesos	% de procesos revisados en plazo	Coordinador de calidad
Adecuación de indicadores	% de indicadores recogidos adecuadamente	Coordinador de calidad
Funcionamiento de los procesos	% de procesos sin incidencias	Coordinador de calidad

AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**


VALIDADO POR **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso





	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR004.3</b>
	<b>GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</b>		Fecha: 14-02-2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD		
AMBITO DE APLICACIÓN CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

### MISIÓN

Dar respuesta a las quejas y sugerencias de las personas usuarias, familiares y trabajadores con el fin de mejorar la calidad de los servicios prestados, según la misión del proyecto de gestión del centro.

### OBJETIVOS

- Registrar y tramitar las quejas y sugerencias cumpliendo la normativa vigente.
- Mejorar la calidad de vida de los residentes.
- Favorecer la participación y satisfacción de las familias
- Favorecer la implicación, participación y satisfacción de los profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo de calidad, todos los trabajadores del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción de queja o sugerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación y evaluación de medidas adoptadas.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de usuarios, familias o trabajadores.</li> <li>• Notificación de quejas/sugerencias.</li> <li>• Datos de evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades satisfechas.</li> <li>• Propuestas o acciones de mejora.</li> <li>• Informes.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección, Dirección Provincial.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Recibir y registrar la demanda.
2. Tramitar la demanda por los canales formales establecidos por normativa s/p (Dirección Provincial).
3. Valorar demanda por la dirección.
4. Derivar al equipo de gestión de calidad y/o técnico correspondiente.

5. Elaborar respuestas y propuestas de mejora.
6. Aprobar las propuestas por parte de la Dirección.
7. Difundir las medidas a adoptar en el centro y/o familias si procede.
8. Ejecutar e implementar las medidas.
9. Evaluar las medidas adoptadas.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Modelo de queja o sugerencia	
Documento/registro	Registro oficial de quejas o sugerencias	
Documento/registro	Acta de reunión	
Protocolos		

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- LEY 5/2013, de 20 de junio, de calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- DECRETO 91/2001, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón.
- Normativa e instrucciones vigentes en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

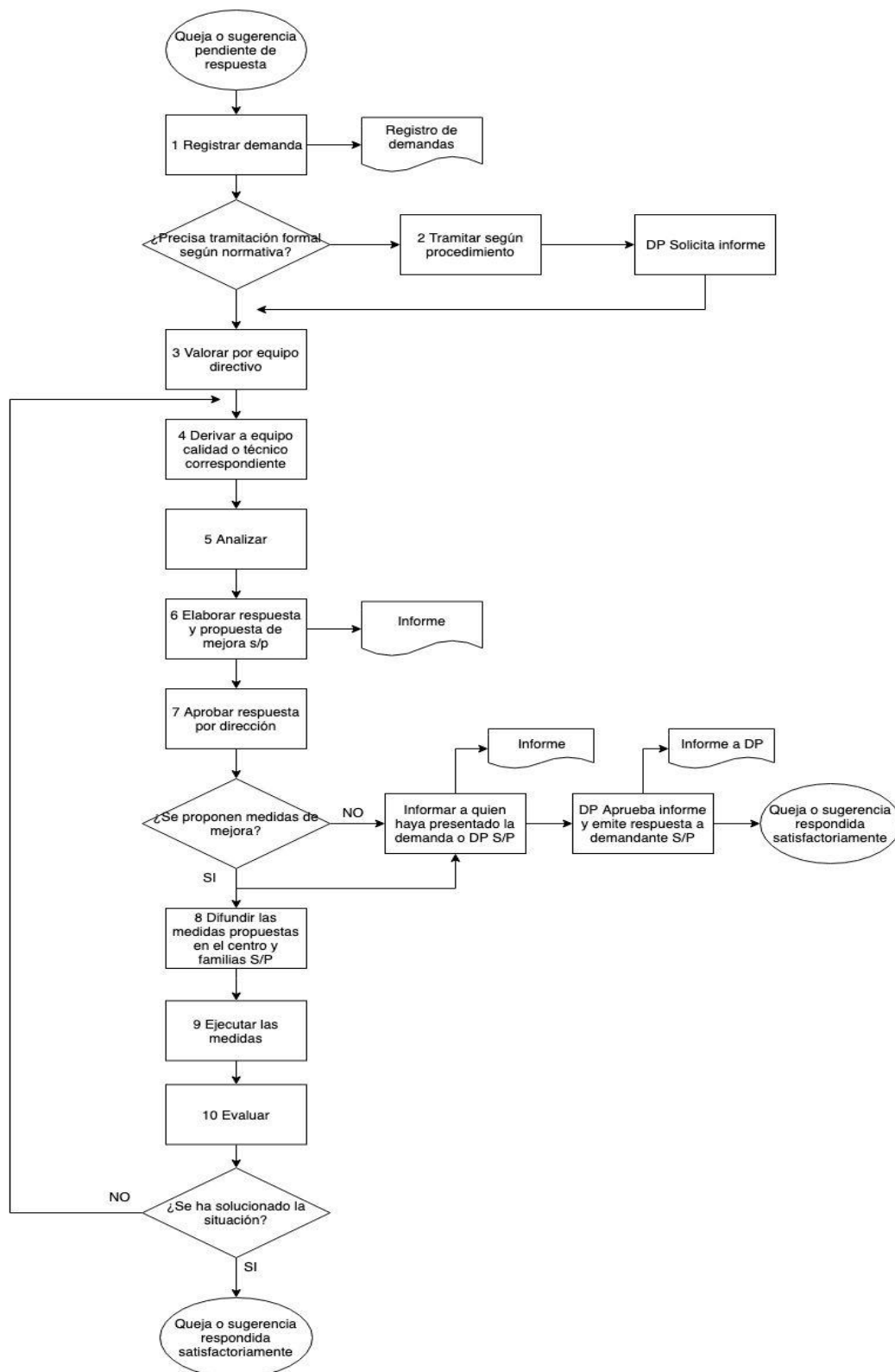
Nombre	Descripción	Responsable
Quejas y sugerencias	Nº de quejas y sugerencias presentadas formalmente	Director
Satisfacción con el procedimiento de quejas y sugerencias	% de quejas y sugerencias a las que se ha dado respuesta satisfactoria.	Director

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

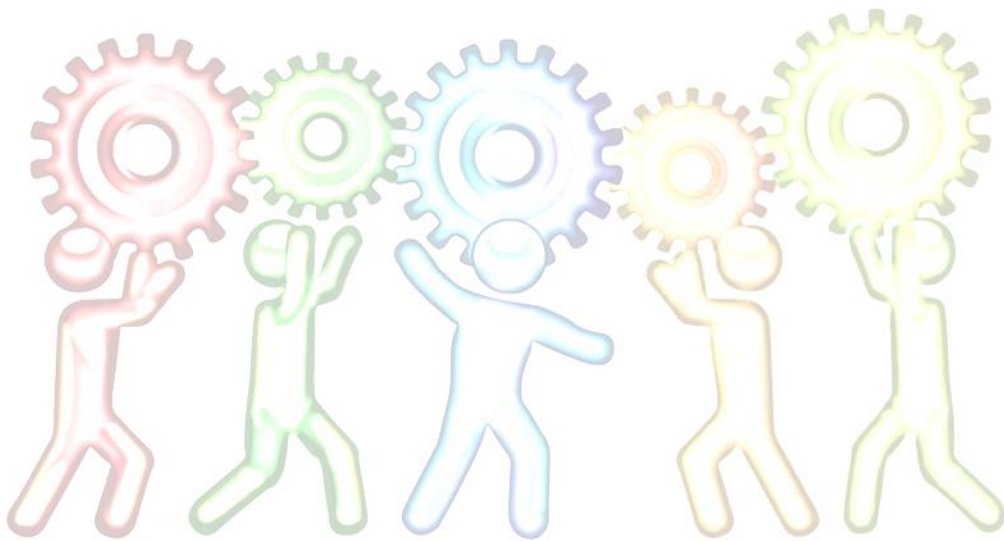
AMBITO DE APLICACIÓN  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**






### 3.3 DESARROLLO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.1</b>
	<b>CUIDADOR DE REFERENCIA</b>	Fecha: 04-04-18
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD C A CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Facilitar una atención individualizada a las personas, que contemple su historia de vida y proyecto vital y asegure su participación directa o indirecta en su propio plan de atención, creando un vínculo emocional y de confianza entre cuidador y usuario/familia.

### OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de la persona.
- Reforzar el vínculo afectivo y de confianza entre residente y cuidador.
- Conocer la biografía y proyecto vital de la persona. Preferencias, gustos y rechazos.
- Conocer y potenciar las capacidades y autonomía de las personas.
- Adaptación de las actividades y organización a los intereses y preferencias de la persona, dentro de las posibilidades del centro.
- Apoyar la participación de la persona en la planificación de sus cuidados y actividades.
- Realizar un seguimiento de los aspectos anteriores, desde el ingreso y a lo largo de la estancia de la persona en el centro.
- Establecer canales de comunicación y participación entre usuario, cuidador de referencia, familia y resto de profesionales del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE.
- Otros implicados: usuarios, familias, técnicos de referencia y resto de profesionales del centro.

#### INICIO DEL PROCESO

- Comunicación de ingreso de residente y asignación de TCAE/cuidador de referencia.

#### FINAL DEL PROCESO

- Fin de estancia en el centro.
- Proceso permanente.

#### ENTRADAS

- Expectativas y preferencias de la persona.
- Información de la persona o su entorno.
- Información de otros profesionales del centro o externos.

#### SALIDAS

- Calidad de vida y satisfacción de la persona.
- Participación en el plan de cuidados individual.
- Comunicación con usuarios, familias y otros profesionales.

#### PROVEEDORES

- Usuarios.
- Familias.
- Profesionales del centro o externos implicados en la atención del residente.

#### DESTINATARIOS

- Directos: usuarios del centro y familiares.
- Indirectos: profesionales del centro o externos implicados en la atención del residente.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Asignar provisionalmente TCAE de referencia, previa a ingreso (*ver proceso de admisión y preingreso*).
2. Recibir ficha de ingreso con primeros datos.
3. Ingreso. Si es posible por horarios-turnos, la TCAE de referencia participará en el mismo:
  - Presentación y participación en entrevista con futuro usuario y familia.

- Inicio de registro de historia de vida (ver *proceso de historia y proyecto vital*).
  - Participación en el inventario de pertenencias y ayuda en su colocación en armario-habitación (ver *proceso de gestión de pertenencias*).
  - Acompañamiento y observación de la usuaria.
4. Periodo de adaptación:
    - Acompañamiento de la persona. Observación y diálogo.
    - Registro de conducta, intereses, respuestas y capacidades: documento de seguimiento de atención centrada en la persona (ver *proceso de historia y proyecto vital*).
    - Comunicación con familia (directa o a través del técnico de referencia u otros profesionales) si es preciso.
    - Coordinación con el técnico de referencia.
  5. Participar en la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Ver proceso *PR103 Plan de Atención Integral y Vida*.
  6. Realizar seguimiento de la evolución de la persona a lo largo de su estancia en el centro.
    - Relación de confianza con usuario y familia.
    - Seguimiento de conducta, intereses, capacidades.
    - Comunicación con familia, técnico de referencia u otros profesionales ante necesidades o incidencias.
    - Participación en la actualización de la historia de vida y del PIR.
  7. Colaborar en el seguimiento de las pertenencias (ver *proceso de gestión de pertenencias*).
  8. Participar en la revisión del Plan de Cuidados

Posibilidad de cambio o reasignación de cuidador de referencia-residente si se considera necesario. A petición del usuario o TCAE de referencia.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Ficha de valoración de enfermería inicial	
Documento/registro	Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)	
Documento/registro	Historia de Vida	
Documento/registro	Seguimiento de ACP	
Documento/registro	Listado de asignación de TCAE/cuidadores de referencia	
Documento/registro	Inventario y seguimiento de pertenencias.	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso y acogida (TCAE)</li> <li>• Ingreso y acogida de enfermería</li> <li>• Evolución de los problemas detectados</li> <li>• Plan de Cuidados</li> <li>• Protocolo general de asistencia sanitaria a residentes (enfermería).</li> <li>• Protocolo general de asistencia de TCAE.</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión del centro.
- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Cuidador de referencia	% de usuarios con cuidador de referencia asignado	Dirección
Participación indirecta en PAIV	% de planes de atención con participación de TCAE.	Enfermería
Satisfacción con cuidadores de referencia	Satisfacción con los cuidadores de referencia medida en encuesta	Dirección

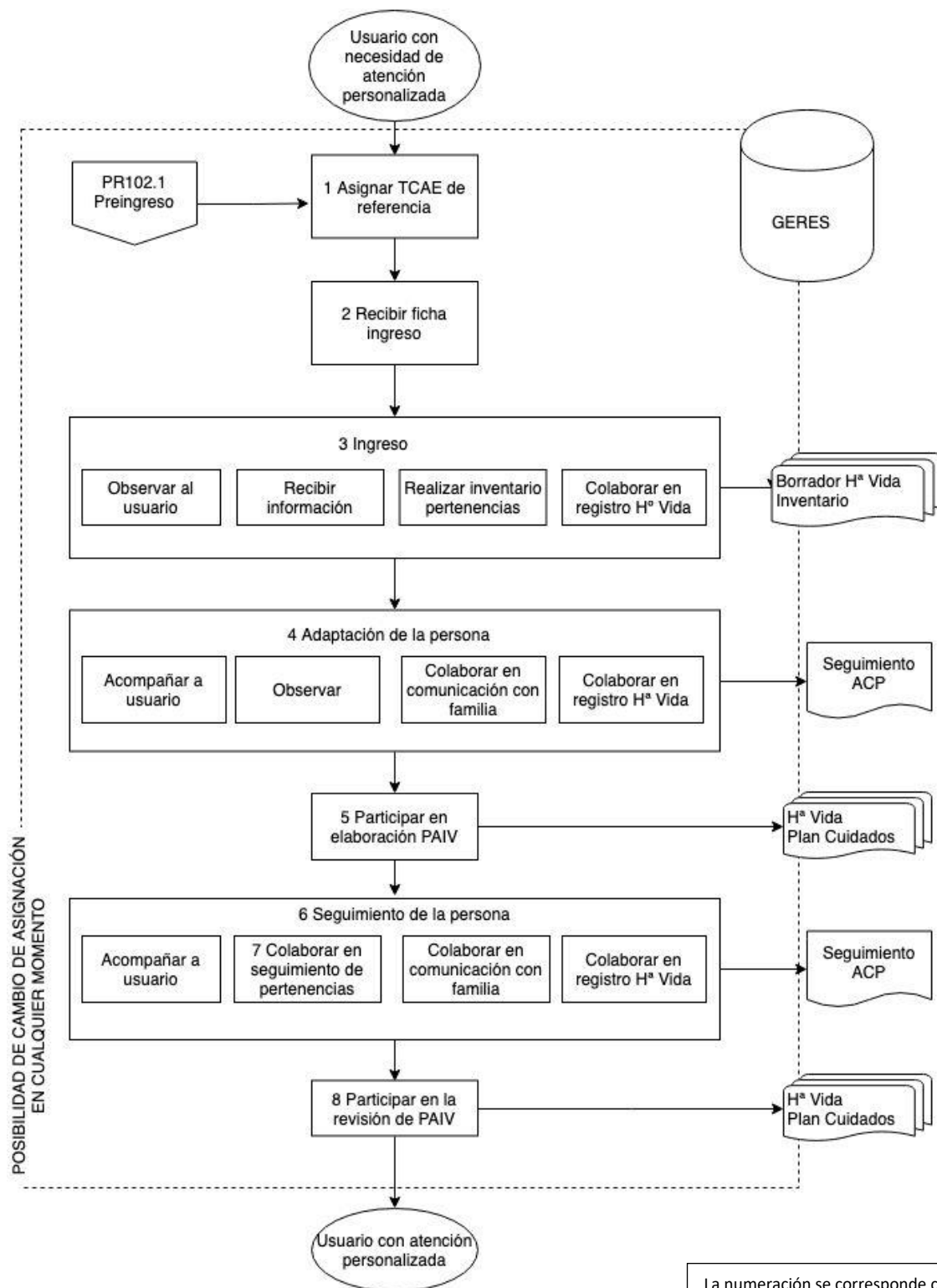


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD C A CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR101.2</b>
	<b>APOYOS EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</b>		Fecha: 05/02/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

### OBJETIVOS

- Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.
- Individualizar la atención y cuidados prestados.
- Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Facilitar la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.
- Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE
- Otros implicados: Técnicos del centro, profesionales de referencia, PESD, otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad satisfecha.</li> <li>• Finalización de estancia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Fichas de cuidados del residente.</li> <li>• Planificación/calendario de actividades.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades.</li> <li>• Registros de cuidados.</li> <li>• Información a partes interesadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (Sº Centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Realizar evaluación integral de la persona. La cuidadora de referencia puede aportar información acerca de necesidades, expectativas y preferencias del residente a la hora de realizar el plan de cuidados (ver proceso de cuidadora de referencia).
2. Recibir pautas de los diferentes técnicos a través de ficha de cuidados, el PIR o comunicación de nuevas pautas.
3. Ejecutar los cuidados: supervisión, ayuda o suplencia en las ABVD.  
Las residentes están distribuidas en dos plantas, en 1ª planta las autónomas y en 2ª planta las no autónomas. Cada TCAE tiene una letra asignada, de tal forma que sabe en qué planta va a trabajar y el trabajo a desempeñar.

4. Detectar y comunicar incidencias o nuevas necesidades a enfermería. Enfermería valora la situación y actúa o deriva a otro profesional según su criterio.
5. Participar en el seguimiento y evaluación de los cuidados. A través de la cuidadora de referencia (ver proceso correspondiente).

Actuaciones y fases específicas según subproceso:

- PR101.2.1. Levantar y aseo.
- PR101.2.2. Vestido y desvestido.
- PR101.2.3. Alimentación e hidratación.
- PR101.2.4. Eliminación
- PR101.2.5. Movilización.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Hoja resumen de pautas técnicas	
Documento/registro	Planning de tareas	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de enemas</li> <li>• Alimentación por SNG</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Control postural</li> <li>• Hidratación oral</li> <li>• Higiene de la Boca</li> <li>• Higiene y aseo (encamados)</li> <li>• Higiene y aseo (no encamados)</li> <li>• Plan de cuidados</li> <li>• Prevención del estreñimiento</li> <li>• Protocolo general de asistencia (TCAE)</li> <li>• Realización de cambios posturales</li> </ul>	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa e instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Grado de Dependencia	% de residentes con cada uno de los grados de Dependencia reconocidos, o sin grado.	Dirección
Grado de autonomía en las ABVD	Grado medio de las usuarias, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del Plan de Cuidados	% residentes con preferencias documentadas en el PCP	Enfermería
Satisfacción con los cuidados prestados	Medida en encuesta de calidad	Dirección, coordinador calidad
Los de cada subproceso		

	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.1</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: LEVANTAR Y ASEO</b>	Fecha: 05/02/18 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

### OBJETIVOS

- Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.
- Individualizar la atención y cuidados prestados.
- Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Facilitar la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.
- Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE
- Otros implicados: Técnicos del centro, profesionales de referencia, PESD, otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad satisfecha.</li> <li>• Finalización de estancia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Fichas de cuidados del residente.</li> <li>• Planificación/calendario de actividades.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades.</li> <li>• Registros de cuidados.</li> <li>• Información a partes interesadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Actuaciones generales.**

Descritas en el proceso común.

### Actuaciones y fases específicas.

1. Saludar y despertar a las 8:00h.
2. Levantar. Supervisar la movilización, ayudar o suplir (según capacidad de la residente).
3. Realizar ducha diaria con los productos de apoyo y ayudas necesarios: cuidado de Tª de agua, enjabonado, secado e hidratación de la piel.
4. Realizar higiene del cabello (1 vez/semana) con aplicación de tratamiento capilar cuando proceda. Se realiza según cuadrante fijado, 5-6 residentes cada día.
5. Apoyar en el secado y vestido de las residentes que no pueden realizarlo solas y supervisión de las que tienen cierta autonomía, así como peinado, acicalado y colocación de pañales (ver procesos de vestido y eliminación).
6. Ventilar habitaciones tras el desayuno.
7. Hacer camas. Supervisar y/o hacer las camas de las residentes que no pueden hacerla. Cambio de sábanas los días que se les realiza el lavado de cabeza.
8. Realizar higiene bucal, limpieza de prótesis y recipientes. Retirada y limpieza de prótesis tras la cena (apoyo o supervisión).
9. Cortar y limpiar uñas (1 vez/ semana). Lunes en turno de mañana.
10. Actuar ante incidencias relacionadas con la higiene. Supervisión o apoyos según asignación diaria de residentes a TCAE por sistema de letras.
11. Detección y aviso a enfermería ante cualquier alteración del estado de salud. Ver proceso atención procesos agudos y protocolos asociados.
12. Limpieza y mantenimiento de aparatos y ayudas técnicas. La limpieza se realiza en turno de mañana (miércoles, grúas y andadores; jueves, sillas de baño y sillas de ruedas). Si se detectan desperfectos, se avisa a mantenimiento.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Hoja resumen de pautas técnicas	
Documento/registro	Planning de tareas	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Higiene de la boca</li><li>• Higiene/aseo de residente encamado</li><li>• Higiene/aseo de residente no encamado</li><li>• Protocolo de asistencia general TCAE</li></ul>	

### INDICADORES

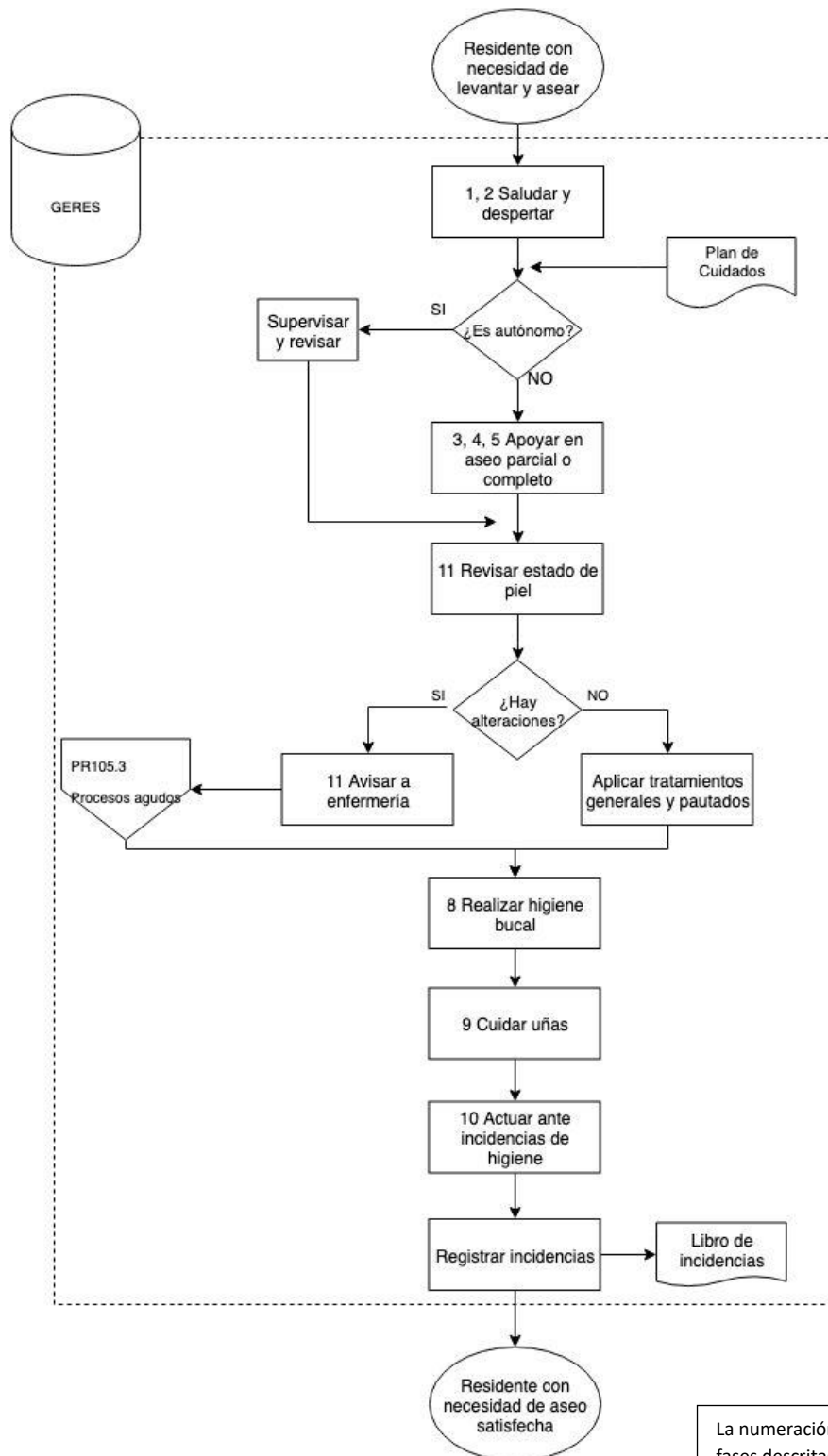
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en aseo	Grado medio de autonomía de las usuarias en aseo, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del aseo	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Enfermería
Incidencias relacionadas con el estado de la piel	Nº de incidencias mensuales en proporción a los residentes	Enfermería

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**


VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.2</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: VESTIDO</b>	Fecha: <b>18/04/2018</b>
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

### OBJETIVOS

- Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.
- Individualizar la atención y cuidados prestados.
- Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Facilitar la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.
- Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE
- Otros implicados: Técnicos del centro, profesionales de referencia, PESD, otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad satisfecha.</li> <li>• Finalización de estancia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Fichas de cuidados del residente.</li> <li>• Planificación/calendario de actividades.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades.</li> <li>• Registros de cuidados.</li> <li>• Información a partes interesadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Actuaciones generales.**

Descritas en el proceso común.

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Seleccionar y preparar los paquetes con las ropas de cambio semanal. Lo realiza personal con adaptación de puesto. En caso de su ausencia, lo realizan TCAE de la planta, en el turno de mañana. Los viernes la ropa de las residentes que les toca baño completo lunes y martes. Y los martes, la de las de los miércoles, jueves y viernes.
2. En el turno de mañana se prepara la ropa interior, que requiere cambio diario.
3. Las residentes que necesitan apoyo y supervisión se visten en el baño tras ducha. Las residentes autónomas lo hacen en sus respectivas habitaciones.
4. Apoyar en el vestido: supervisión, ayuda parcial o total para el vestido y arreglo personal según la capacidad de la residente.
5. Fomentar las capacidades-autonomía...
6. Acicalar: se realiza tras el baño y siempre que sea necesario. Lo realiza la TCAE que tiene asignada la tarea según sistema de tarjetas. Apoyo a la persona en función de su capacidad.
7. Supervisar el adecuado aseo y vestido a lo largo de la jornada, y ante visitas o salidas...
8. Colocar la ropa de noche a la hora de acostar a las residentes, en las respectivas habitaciones. Apoyos en función de la capacidad de la residente.
9. Revisar diariamente las prendas que se quitan las residentes, si están sucias se sustituyen por prendas limpias.
10. Retirar la ropa usada la noche anterior al día de baño y siempre que sea necesario (sucio). Se coloca la ropa en carro correspondiente.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Hoja resumen de pautas técnicas	
Documento/registro	Planning de tareas	
Documento/registro	Tarjetas de reparto de tareas	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene y arreglo personal de encamados y no encamados</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa, instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.

**INDICADORES**

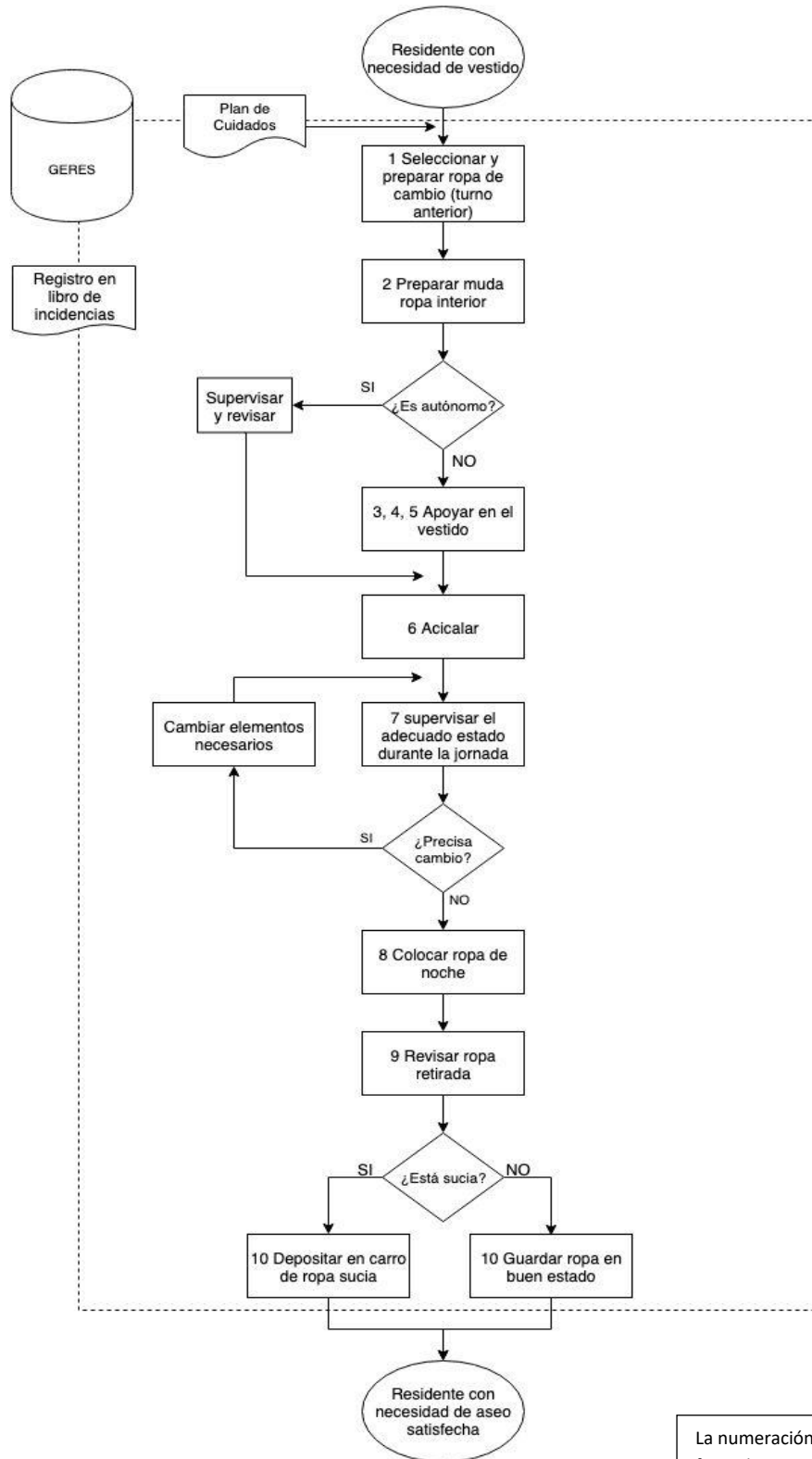
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en vestido	Grado medio de autonomía de las usuarias en vestido, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del vestido	% de residentes con preferencias registradas en el Plan de Cuidados	Enfermería
Incidencias relacionadas con el vestido	Nº de incidencias mensuales en proporción a los residentes	Enfermería

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.3</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	Fecha: 23/02/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

### OBJETIVOS

- Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.
- Individualizar la atención y cuidados prestados.
- Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Facilitar la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.
- Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE
- Otros implicados: Técnicos del centro, profesionales de referencia, PESD, otros.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad satisfecha.</li> <li>• Finalización de estancia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Fichas de cuidados del residente.</li> <li>• Planificación/calendario de actividades.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades.</li> <li>• Registros de cuidados.</li> <li>• Información a partes interesadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Actuaciones generales.**

Descritas en el proceso común.

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Trasladar a los residentes al comedor: comedor para autónomas en la planta baja y comedor para asistidas en Planta 2. Las pacientes asistidas son ayudadas en los traslados por los TCAE. Llamada con campana para autónomos para avisar de la apertura de comedor.
2. Comprobar adecuada ubicación y colocación de residentes.
3. Comprobar adecuación de cubiertos, productos de apoyo...
4. Repartir la medicación. Enfermería (en su ausencia, TCAE).
5. Comprobar la temperatura y cantidad de los alimentos.
6. Realizar el apoyo o administración de la dieta a usuarios dependientes según reparto de las residentes por sistema de letras.
7. Alimentar a residentes con sonda gástrica por parte del TCAE asignado (según el reparto por el sistema de letras) según horarios pautados por enfermería/médico.
8. Cuidado, detección e información de problemas de ingesta (por cantidad) o deglución (por capacidad).
9. Controlar la ingesta de alimentos si se pauta. Se notifica a enfermería y se registra en el programa de residentes.
10. Hidratación extra a las 15h con gelatinas/zumos/agua/suplementos hiperproteicos, en los comedores correspondientes, citados en el punto 2.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Hoja resumen de pautas técnicas	
Documento/registro	Planning de tareas	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Documento/registro	Hoja de dietas de cocina	
Documento/registro	Menús mensuales	
Documento/registro	Parte de comunicaciones a cocina	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación por SNG</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Hidratación oral</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa, instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.

**INDICADORES**

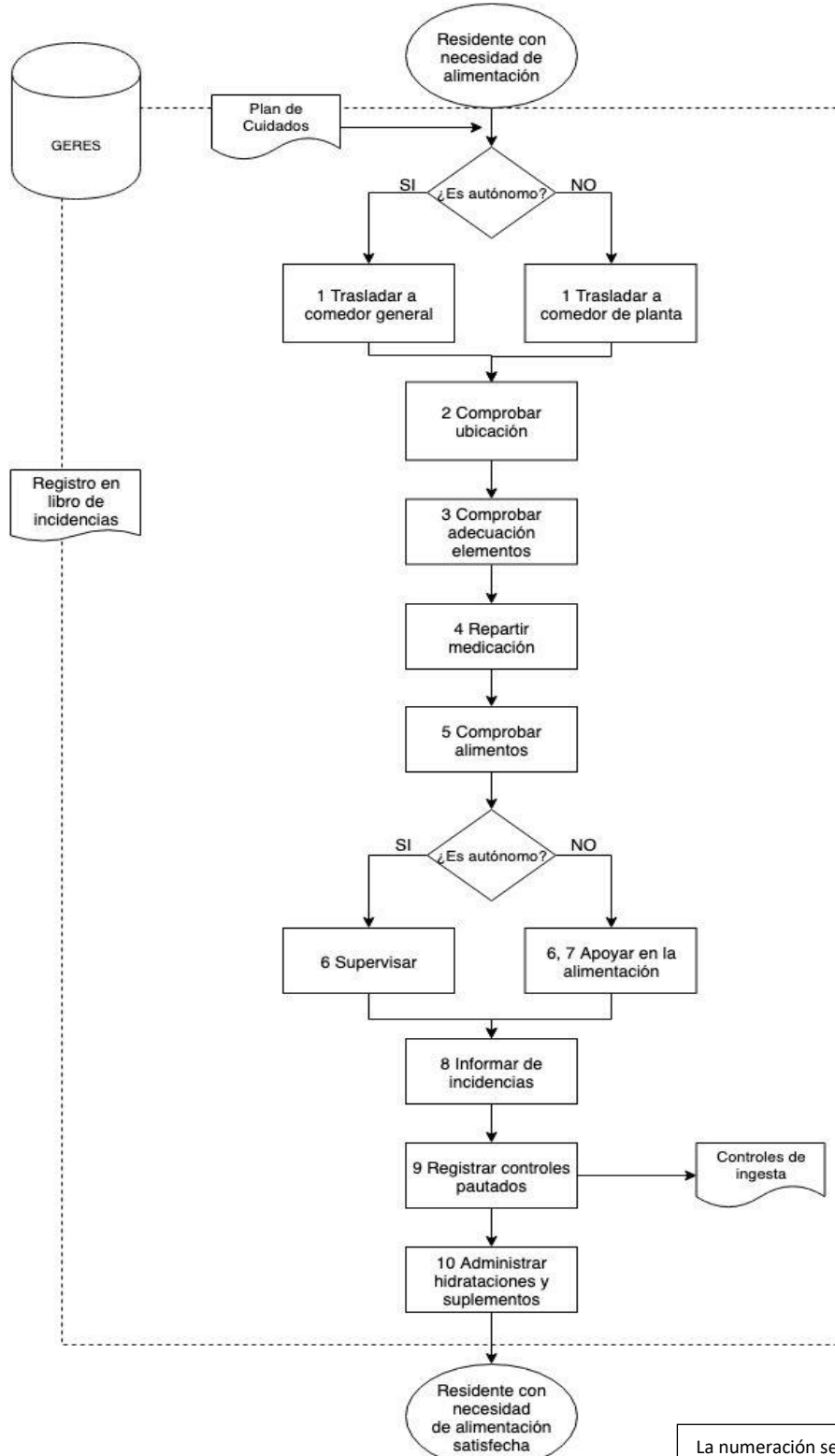
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en comidas	Grado medio de autonomía de las usuarias en la comida, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización de las comidas	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Enfermería
Incidencias relacionadas con las comidas	Nº de incidencias en proporción a los residentes: atragantamientos, conductas...	Enfermería

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**


VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso





	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR101.2.4</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: ELIMINACIÓN</b>		Fecha: <b>04-04-18</b>
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CA CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

### OBJETIVOS

- Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.
- Individualizar la atención y cuidados prestados.
- Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Facilitar la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.
- Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE
- Otros implicados: Técnicos del centro, profesionales de referencia, PESD, otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad satisfecha.</li> <li>• Finalización de estancia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Fichas de cuidados del residente.</li> <li>• Planificación/calendario de actividades.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades.</li> <li>• Registros de cuidados.</li> <li>• Información a partes interesadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Actuaciones generales.**

Descritas en el proceso común.

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Detectar necesidad.
2. Apoyar en la utilización del WC para quienes mantienen control de esfínteres:
  - Autónomas.
  - Capaces con supervisión o apoyos.
    - A demanda y a las 08h-12h-16h y 19h en 2ª planta.
    - A demanda y a las 08h-12h-16h y 20h en 1ª planta.
3. Cambiar pañales a residentes con mayor dependencia. En función de la necesidad y a las 10h-14h-17h-19h y 03h.
4. Cambiar bolsas de colostomía o diuresis.
5. Prevenir lesiones en la piel como consecuencia del uso continuado del pañal.
6. Realizar control de deposiciones. Registrando turno, cantidad y características de las mismas.
7. Observación e información de cualquier anomalía en micciones o deposiciones.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Documento/registro	Registro deposiciones	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Hoja resumen de pautas técnicas	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención estreñimiento</li> <li>• Administración enemas</li> <li>• Mantenimiento y cuidados de sondaje vesical</li> <li>• Cambio de bolsa de diuresis</li> <li>• Prevención y tratamiento de incontinencia de esfínteres.</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa, instrucciones vigentes.
- Guías de buenas prácticas

**INDICADORES**

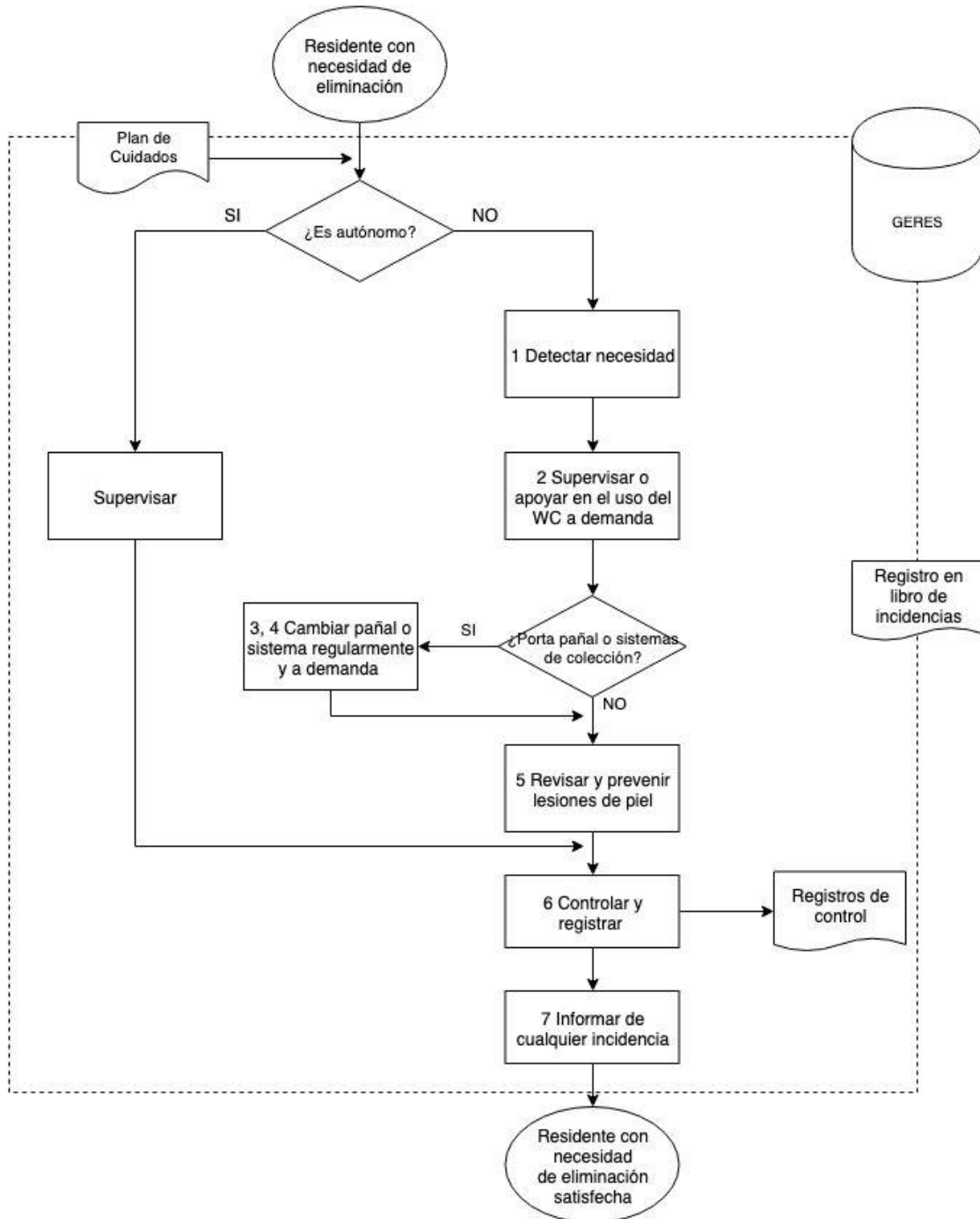
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en eliminación	Grado medio de autonomía de las usuarias en eliminación, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización en la eliminación	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Enfermería
Incidencias en eliminación	Incidencias relacionadas con la eliminación: estreñimiento-diarrea	Enfermería
Uso de absorbentes	% residentes con absorbente prescrito	Médico

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CA CALATAYUD**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.5</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: MOVILIDAD</b>	Fecha: 29/05/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD	
AMBITO DE APLICACIÓN: CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

### MISIÓN

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

### OBJETIVOS

- Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.
- Individualizar la atención y cuidados prestados.
- Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Facilitar la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.
- Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: TCAE
- Otros implicados: Técnicos del centro, profesionales de referencia, PESD, otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad satisfecha.</li> <li>• Finalización de estancia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Fichas de cuidados del residente.</li> <li>• Planificación/calendario de actividades.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades.</li> <li>• Registros de cuidados.</li> <li>• Información a partes interesadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

### Actuaciones generales.

Descritas en el proceso común.

### Actuaciones y fases específicas:

1. Identificar capacidades: autonomía, movilidad con productos de apoyo, movilidad con apoyo de tercera persona.
2. Recibir pautas de fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional.
3. Apoyar a la movilidad: supervisión o apoyo en transferencias y desplazamientos.
4. Prevenir complicaciones secundarias a inmovilidad:  
Ejecución de cambios posturales y trasferencias. TCAE según pautas de enfermería/fisioterapia.
5. Supervisar evolución y avisar ante incidencias.
6. Limitar la movilidad. Según protocolo de sujeciones físicas.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan Individualizado de Rehabilitación.	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Planning de tareas	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de cuidados</li> <li>• Caídas y prevención de caídas.</li> <li>• UPP</li> <li>• Control postural y cambios posturales.</li> <li>• Detección y rehabilitación de ACV.</li> <li>• Fracturas de cadera.</li> <li>• Osteoartrosis y terapias antiálgicas.</li> <li>• Artritis reumatoide.</li> <li>• Sujeciones físicas.</li> </ul>	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa e instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.

## INDICADORES

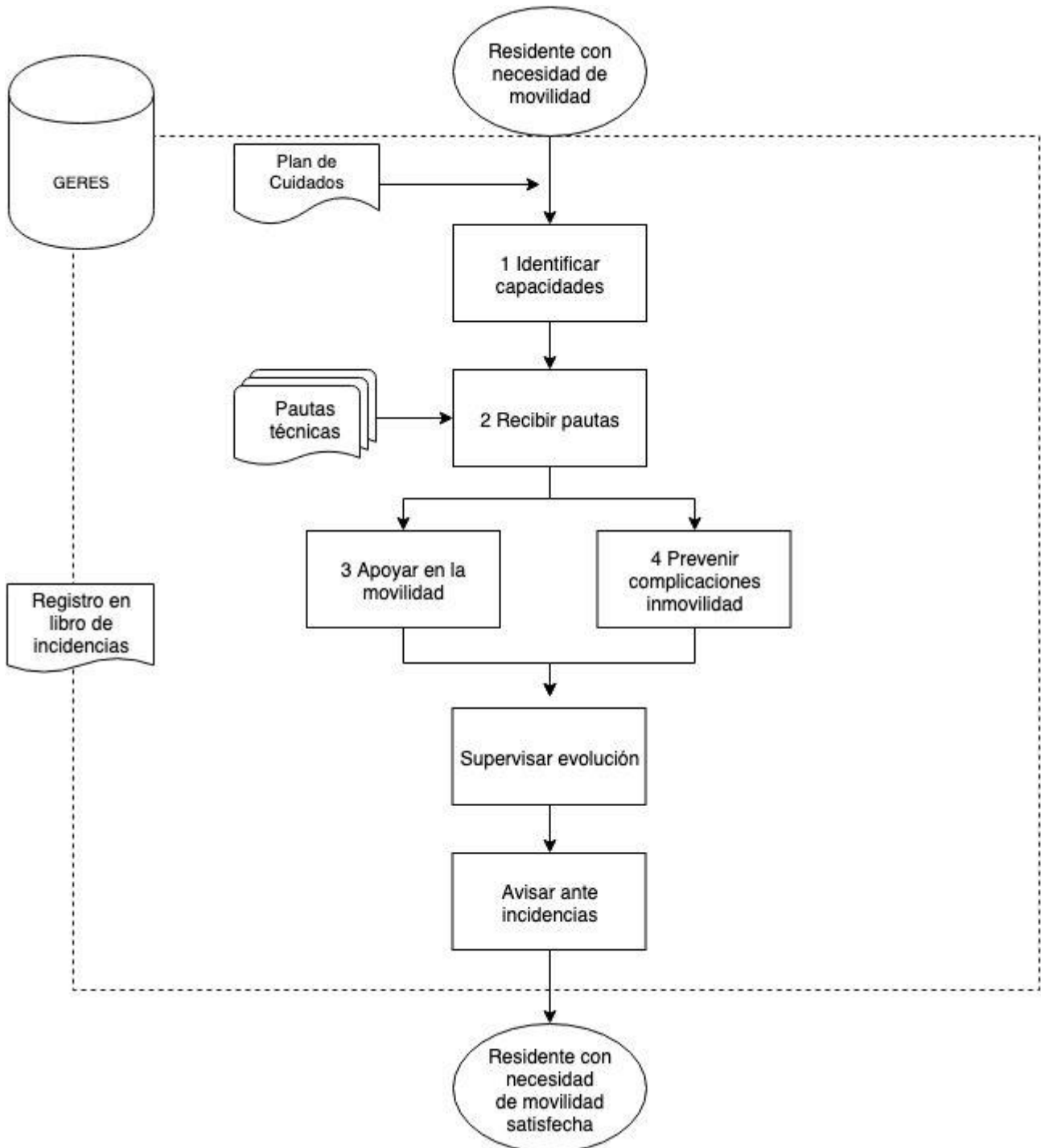
Nombre	Descripción	Responsable
Residentes encamados	% de residentes encamados	Enfermería
Caídas	Nº de caídas en proporción al nº de	Enfermería
Índice autonomía en movilidad	Grado medio de autonomía de las usuarias en movilidad, medido según escala Barthel	TCAE
Personalización en la movilidad	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Enfermería

AREA:  
CENTROS

ELABORADO POR:  
EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD

AMBITO DE APLICACIÓN:  
CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD


VALIDADO POR:  
GERENCIA IASS



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR102.1</b>
	<b>ADMISIÓN Y PREINGRESO DE NUEVO RESIDENTE</b>		Fecha: 15/01/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Asegurar la adecuación del recurso y facilitar la continuidad del proyecto vital del futuro residente, con una adecuada calidad de vida y adaptación a su nuevo entorno.

### OBJETIVOS

- Asegurarse de la idoneidad del recurso asistencial.
- Proporcionar a las partes implicadas la información necesaria.
- Establecer canales de comunicación definidos entre familia, residente y centro.
- Adecuar en la medida de lo posible el recurso asistencial a la persona que acoge.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros implicados: Médico, enfermería, fisioterapeuta, T. Ocupacional, TCAE, administrativo, otros.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de ingreso de Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de nuevo residente preparado.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de solicitud de Gerencia.</li> <li>• Documentación del expediente.</li> <li>• Datos aportados por la familia.</li> <li>• Valoraciones técnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicado de aceptación (o no) de plaza.</li> <li>• Comunicado de adjudicación de plaza y fecha.</li> <li>• Pautas previas al ingreso.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia IASS.</li> <li>• Familia/Tutor.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente.</li> <li>• Familia.</li> <li>• Profesionales implicados en la atención del residente.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir solicitud de ingreso desde Gerencia (S. Centros).
2. La dirección recibe el expediente desde la administración.
3. La dirección comunica el caso y se realiza estudio en reunión multidisciplinar. Se realiza cribado del caso-adecuación al centro.
4. El equipo puede solicitar información adicional si lo requiere, entrevista con el solicitante/familia o visita al centro de procedencia para una valoración técnica complementaria.
5. Si es necesario, la dirección contacta con su tutor para solicitar informes, entrevista, etc.
6. La dirección confirma la decisión acerca del ingreso a Gerencia.
7. Gerencia comunica la adjudicación definitiva de plaza y fecha de ingreso al centro y al solicitante.

8. Comunicar el ingreso: directora comunica al E.M., administración y cocina el día de ingreso del nuevo residente.
9. Asignar enfermera y TCAE de referencia.
10. La directora se pone en contacto con el tutor del residente si es posible, e informa del proceso de ingreso y solicita la documentación necesaria.
11. Los diferentes profesionales/técnicos abren su historia y elaboran unas pautas iniciales en caso de ser necesario, que se comunicarán a los colectivos implicados.
12. Con la información disponible, en reunión multidisciplinar se prevén las necesidades del residente y planifica: ubicación, dieta, necesidades especiales...
13. Los asistentes a la reunión informan al resto de trabajadores mediante el acta de reunión.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Comunicación de centros y expediente de solicitud: informe social, de condiciones de salud.	
Documento/registro	Comunicación de adjudicación de plaza	
Documento/registro	Contrato de servicio	
Documento/registro	Autorización contenciones físicas.	
Documento/registro	Solicitud de documentación y ropa	
Documento/registro	Inventario de pertenencias	
Documento/registro	Acta de reunión	
Documento/registro	Parte de comunicación	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolo	Ingreso y acogida TCAE	
Protocolo	Ingreso y acogida Enfermería	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

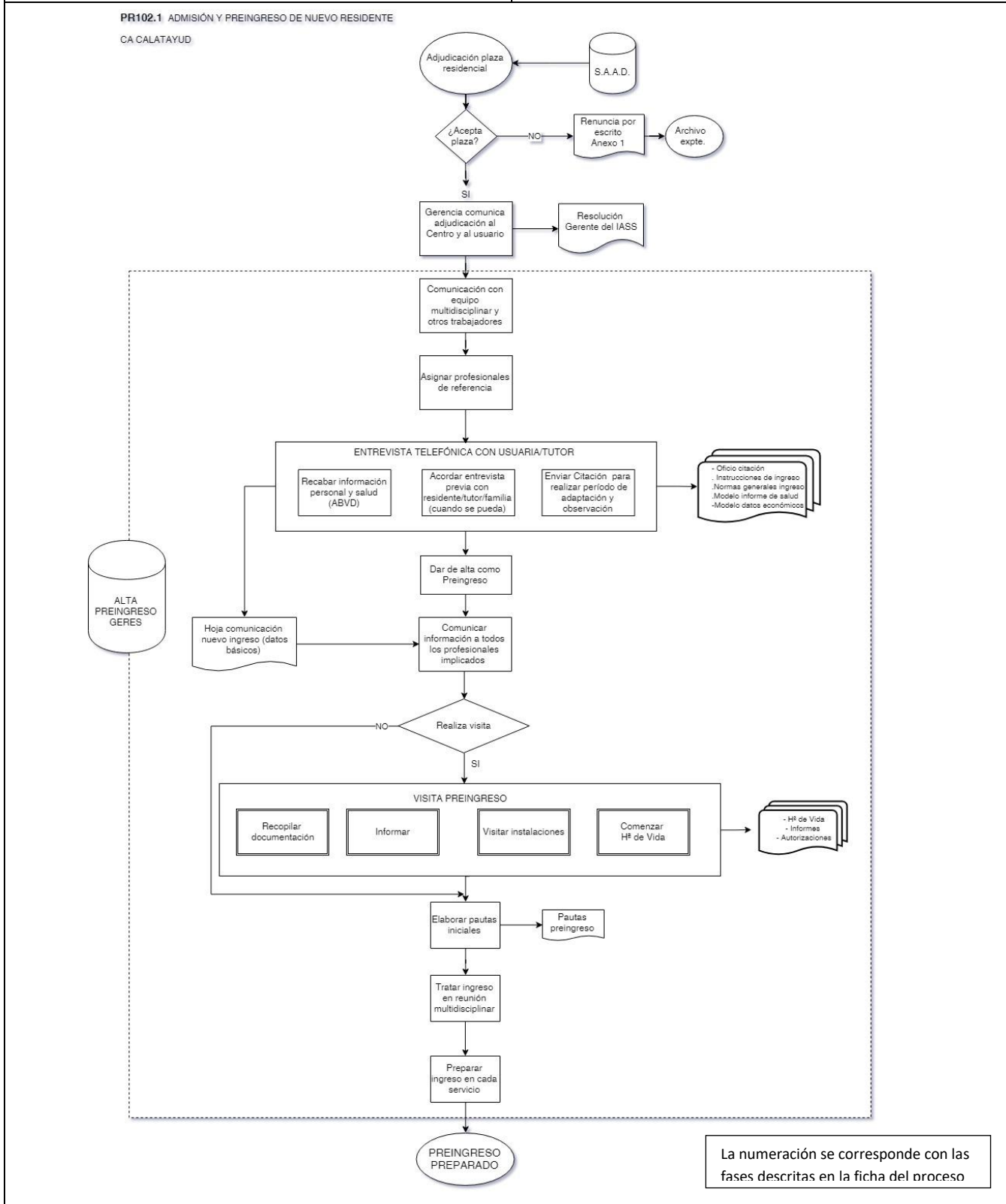
- Normativa e instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.
- Manual de buenas prácticas

#### INDICADORES


Nombre	Descripción	Responsable
Tiempo medio de reemplazo de plaza	Tiempo transcurrido entre una baja y asignación de plaza	Dirección
Información preingreso	% de ingresos con información o pautas previas al ingreso	Dirección
Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	% de satisfacción con el proceso medido en encuesta	Dirección

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR102.1</b>
	<b>ADMISIÓN Y PREINGRESO DE NUEVO RESIDENTE</b>	Fecha: 15/01/2018
		Versión: <b>1</b>

AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR102.2</b>
	<b>INGRESO Y ACOGIDA DE NUEVO RESIDENTE</b>		Fecha: 15/01/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Facilitar la continuidad del proyecto vital del futuro residente, con una adecuada calidad de vida y adaptación a su nuevo entorno.

### OBJETIVOS

- Confirmar y completar la información social y sanitaria aportada en los informes previos.
- Adecuar en la medida de lo posible el recurso asistencial a la persona que acoge.
- Lograr la adaptación al nuevo entorno, minimizando la ruptura y el impacto emocional.
- Proporcionar a las partes implicadas (usuario, familia y trabajadores) la información necesaria.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: directora.
- Otros implicados: médico, enfermería, TCAE, fisioterapeuta, T. ocupacional, administrativo.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso comunicado y preparado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de periodo de observación.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del expediente del futuro residente.</li> <li>• Datos/informes aportados por la familia</li> <li>• Valoraciones técnicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de cuidados y actividades inicial.</li> <li>• Adaptación del residente, familia y centro.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia IASS</li> <li>• Familia/Tutor</li> <li>• Técnicos del centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente.</li> <li>• Familia.</li> <li>• Profesionales implicados en la atención del residente.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Día del ingreso, recibir a usuaria/familia. Directora, médico, enfermera y TCAE:
2. Aportan información sobre el centro, régimen de estancia, normas, visitas, etc.
3. Entrega de manual de acogida.
4. Firma de documentación necesaria: contrato de servicio, aceptación de normas, cargos de estancia, reconocimiento de deuda, autorización para actuaciones asistenciales y gestión económica...
5. Presentación de enfermera y cuidadora de referencia si es posible.
6. Realizar entrevista con el residente/familia. Recogida de datos de historia de vida, preferencias, etc.
7. Valoración técnica inicial. Se aplican escalas de valoración (Barthel, Norton, MiniMental...)
8. Tour de residente/familia por el centro con directora, enfermera y TCAE (de referencia si es posible):
9. Presentación del personal y compañeros de la unidad.

10. Acomodo en la habitación.
11. Inventario de pertenencias, en presencia de la familia. Se comprueba el marcado, se manda a marcar si es necesario a TCAE. Enfermera informa y retira o custodia objetos peligrosos. Registro de documento de pertenencias y firma (por ambas partes).
12. Despedir a la familia.
13. Trasladar documentos e información a administración para elaboración de ficha administrativa de residente y comunicación de ingreso a Gerencia.
14. Médico y enfermería registran ficha inicial de cuidados para la planta/TCAE. Fisioterapeuta y/o T.O. también, si es necesario.
15. Inicio de periodo de observación inicial. En este periodo el residente puede haber sido incluido en alguna actividad o no, en función de sus necesidades.
16. Adaptación. Médico, el técnico y la cuidadora de referencia realizarán seguimiento de la evolución, adaptación y necesidades del nuevo residente.
17. Si se considera necesario, la médico pautará un registro de observación de conducta a cumplimentar por el personal de atención directa.
18. Se realizan las valoraciones completas de los técnicos del centro.
19. Tras el periodo de observación, se elabora el Plan Integral de Rehabilitación, con la propuesta de actividades y cuidados para el nuevo residente. Ver proceso PR103 Plan de Atención Integral y Vida.
20. El técnico de referencia distribuye las pautas agrupadas a los profesionales implicados.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Resolución de adjudicación de plaza.	
Documento/registro	Contrato de servicio	
Documento/registro	Autorización contenciones físicas y otras.	
Documento/registro	Inventario de pertenencias	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Parte de comunicación	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Manual de acogida	
Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso y acogida (Enfermería)</li> <li>• Ingreso y acogida (TCAE)</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.


#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Tiempo medio de reemplazo de plaza	Tiempo transcurrido entre una baja y asignación de plaza	Dirección
Pautas al ingreso	% de ingresos con pautas iniciales completadas en la primera semana	Dirección
Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	% de satisfacción con el proceso medido en encuesta	Dirección







	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR103</b>
	<b>PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA</b>	Fecha: 04/04/18 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD C A CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	
<b>MISIÓN</b>		
Desarrollar un plan de cuidados integral y personalizado para cada usuario, que refleje una valoración y planificación multidisciplinar y que cuente con su participación directa o indirecta.		
<b>OBJETIVOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de la persona.</li> <li>• Prestar una atención integral y personalizada.</li> <li>• Conocer y potenciar las capacidades de las personas.</li> <li>• Participación de la persona en la planificación de sus apoyos y cuidados, de forma directa cuando esto sea posible o indirecta con apoyo de instrumentos como un documento de historia de vida, profesionales de referencia o el apoyo familiar.</li> <li>• Elaborar un plan que cuente con la participación de todos los técnicos implicados en la atención del residente.</li> <li>• Priorizar y unificar los criterios y objetivos de los diferentes profesionales en la atención de cada persona.</li> <li>• Adaptación de la propuesta de actividades y participación de la persona en aquellas que resulten de su interés, dentro de las que se ofertan en el centro.</li> </ul>		
<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: enfermera de referencia.</li> <li>• Otros implicados: TCAE de referencia, psiquiatra y otros técnicos o profesionales implicados en la atención residencial o asistencial.</li> </ul>		
<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de ingreso de residente y asignación de enfermera de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente con plan correctamente ejecutado.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>	
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de apoyo de la persona.</li> <li>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Valoraciones y planificación de los profesionales del centro.</li> <li>• Información de la historia de vida.</li> <li>• Aportaciones del usuario o su familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida y satisfacción de la persona.</li> <li>• Plan de cuidados individual.</li> <li>• Comunicación a usuarios y familias.</li> </ul>	
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicos y profesionales del centro implicados en la atención del residente.</li> <li>• Usuarios.</li> <li>• Familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: personal de atención asistencial/residencial, otros técnicos del centro y familiares.</li> </ul>	
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asignar enfermera y TCAE de referencia (proceso <i>PR102.1 Admisión y Preingreso</i>).</li> <li>2. Ingreso de residente. Participación de profesionales de referencia si es posible.</li> <li>3. Observar durante el periodo de adaptación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta, intereses, respuestas y capacidades.</li> </ul> </li> </ol>		

- Colaboración en registro de aspectos de la historia de vida. Registro de hoja de seguimiento de ACP.
- 4. Valorar necesidades y capacidades del usuario por parte de los diferentes profesionales: psiquiatra, enfermera de referencia, TCAE de referencia, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta.
- 5. Elaborar propuesta de documento *Análisis y Conclusiones de ACP*. Psiquiatra con la colaboración de profesionales de referencia.
- 6. Realizar el Plan de Atención Integral y Vida al primer mes de estancia en el centro:
  - Enfermera de referencia recibe informes de los distintos profesionales anteriormente solicitados.
  - Reunión multidisciplinar para puesta en común, unificación de criterios y priorización de actuaciones. Psiquiatra, enfermera de referencia, TCAE de referencia y terapeuta ocupacional. Fisioterapeuta si es preciso.
  - Aprobación de documento *Análisis y Conclusiones de ACP*.
  - Aprobación de propuesta de plan integral de rehabilitación (PIR).
- 7. Participar en el plan de atención. Comunicación de la propuesta de plan de atención a usuario/familia, para su información y realización de aportaciones.
- 8. Valorar posibles aportaciones y acordar el plan de atención.
- 9. Ejecutar y seguir el *Plan de Atención Integral y Vida*:
  - Movilización de los recursos necesarios para ejecución del plan de cuidados.
  - Seguimiento de atención centrada en la persona. Registro de hojas de seguimiento por profesionales de referencia u otros.
- 10. Realizar revisión periódica (en función de las necesidades, al menos 1 vez al año):
  - Solicitud de nuevos informes a los profesionales.
  - Reunión de seguimiento de caso y revisión de *Análisis y Conclusiones de ACP* y PIR.
  - Información y aportaciones de usuario/familia.
- 11. Informar anualmente del seguimiento de los planes a usuario y/o familia.

Cambio de profesionales de referencia a petición de residente o del mismo técnico s/p.  
Si se detecta algún cambio de importancia en cualquier aspecto de la persona se intervendrá lo más rápidamente posible, reuniendo al equipo o acudiendo al departamento correspondiente, para solucionar los problemas o disminuir su impacto en la vida de la persona.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Ficha de valoración inicial de enfermería	
Documento/registro	Plan Individual de Rehabilitación PIR	
Documento/registro	Análisis y seguimiento de ACP	
Documento/registro	Listado de asignación de profesionales de referencia	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	Ingreso y acogida (enfermería) Plan de Cuidados Evolución de los problemas detectados Protocolo Hª y Proyecto vital	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión del centro.
- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Historias de Vida	% de residentes con Hª de Vida registrada	Enfermería, TO
Revisión del PAIV-PIR	% de usuarios con plan actualizado en el último año.	Enfermería
Comunicación de plan de cuidados	% de planes de cuidados comunicados a usuario/familia.	Dirección
Plan de Cuidados inicial	% de usuarios con plan completado en el primer mes tras ingreso	Enfermería
Participación directa del usuario en el plan de cuidados	% de planes con participación de usuario/familia.	Enfermería
Satisfacción con el Plan de Cuidados	Medido en encuesta de calidad	Dirección

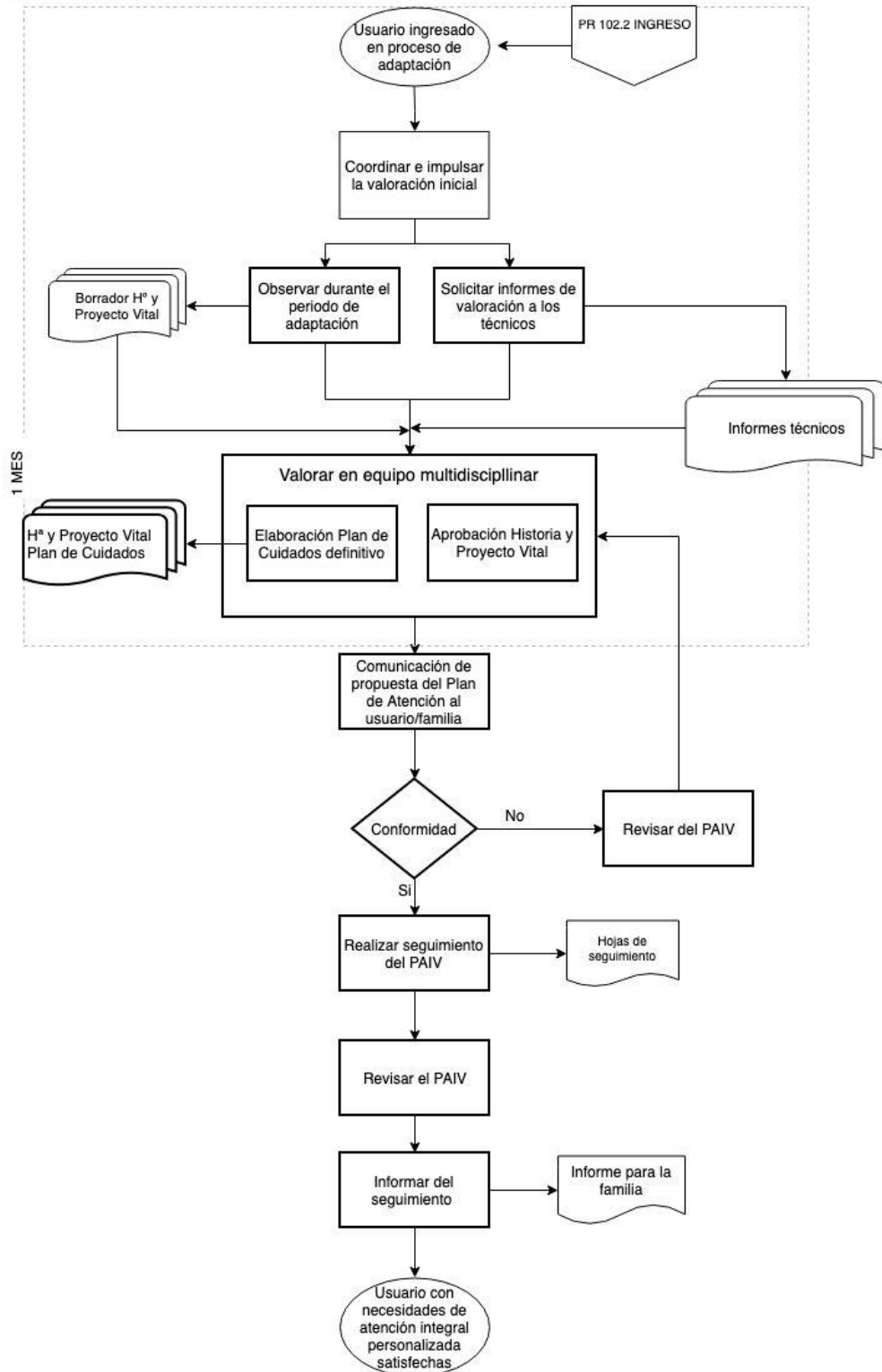
AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD C A CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**

**PR103 PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN Y VIDA CA CALATAYUD**





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR104</b>
	<b>BAJA DE RESIDENTE EN EL CENTRO</b>	Fecha: 11/12/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Acompañar al residente y satisfacer sus necesidades y las de su familia durante el proceso de baja en el centro, independientemente del motivo que la cause.

### OBJETIVOS

- Atender a las demandas de traslado de cualquier residente orientando hacia el recurso más adecuado y coordinando el proceso en base a sus necesidades y su situación sociofamiliar.
- Facilitar la continuidad de la asistencia y los cuidados en el centro de destino.
- Actuar de manera coordinada ante el fallecimiento de un residente.
- Acompañar a las personas próximas al residente fallecido en el proceso de duelo.
- Facilitar los trámites derivados de la nueva situación.
- Finalizar la estancia temporal del usuario por descanso del cuidador o situación sobrevenida.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: directora (en ausencia de TS).
- Otros implicados: médico, enfermería, TCAE, PSA, PESD, administración y otros profesionales implicados en la atención del residente.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallecimiento de residente</li> <li>• Solicitud de traslado o renuncia.</li> <li>• Finalización de la estancia temporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja administrativa: cierre y archivo de expediente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades del residente y familia.</li> <li>• Solicitud de traslado o renuncia.</li> <li>• Informes de técnicos del centro o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las necesidades del residente o familia.</li> <li>• Informes para el centro de destino</li> <li>• Resolución administrativa de traslado.</li> <li>• Comunicación de baja en GERES, Dirección Provincial, Servicios Centrales y Juzgado.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente, familia</li> <li>• Técnicos del centro</li> <li>• Administración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente/familia</li> <li>• Centro de destino.</li> <li>• Gerencia</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

**En caso de fallecimiento** (ver protocolo de defunciones).

1. Certificar la defunción. Médico del centro, o de AP (en función del turno).
2. Comunicar a Dirección e inmediatamente después a los familiares-tutores de la persona fallecida (médico o enfermería según el turno).

3. Comunicar a la compañía de seguros en caso de tener póliza de decesos o directamente a la funeraria en caso de ser tutelada por la comisión de tutelas. En caso de ser tutelada por la familia son ellos quienes realizan las gestiones.
4. Acomodar al difunto.
5. Realizar traslado a tanatorio por funeraria.
6. Acompañar a familia en el proceso. Personal del centro, profesionales de referencia si es posible.
7. Cierre administrativo de expediente:
  - Comunicar la baja a gerencia del IASS (según ficha modelo) y otros posibles interesados (juzgados, tutelas, prestaciones económicas).
  - Dar de baja al usuario en programa GERES, y entrega ficha del residente a administración (documento) para facturación.
  - Cierre y archivo de expediente (definitivo o temporal). Archivo de documentación relacionada. Unificación y archivo custodiado si es baja definitiva.
8. En días posteriores, TCAE y otros profesionales implicados recogen ropa y enseres personales y entregan a dirección.
9. La directora contacta con la familia para la entrega de los enseres personales.

#### **En caso de finalización de la estancia temporal.**

1. La directora acuerda con la familia día de finalización de la estancia si no estaba fijada de antemano (caso descanso de cuidador por situación sobrevenida).
2. Comunicar a los diferentes profesionales del centro, día de finalización de la estancia temporal. Solicitud de informes si se precisan.
3. Preparar enseres personales de la usuaria, documentación y medicación para el día de baja.
4. Acompañar a la familia en la despedida. Entrega de enseres, documentación, etc. Dirección, médico, profesionales de referencia si es posible.
5. Cierre administrativo de expediente, como punto 7 de defunción.

#### **Traslado a otro centro.**

1. Recibir demanda de traslado de residente (si se da el caso).
2. Realizar entrevista con residente/familia para conocer los motivos y orientar en cada caso sobre la pertinencia del cambio y sobre el recurso más adecuado.
3. Formalizar la petición en el modelo de solicitud de traslado y envío a los Servicios Centrales acompañada de informes pertinentes.
4. Recibir resolución administrativa autorizando el traslado.
5. Comunicarse con la familia y con dirección o trabajadora social del nuevo centro para coordinar las actuaciones, fijando el día del traslado y el medio de transporte, que correrá a cargo del usuario.
6. Comunicar a equipo multiprofesional del traslado y solicitud informes técnicos y documentación pertinente para el nuevo centro (Plan de Cuidados, etc.).
7. Enviar informes y documentación necesarios unos días antes del traslado.
8. Preparar equipaje con todos los enseres personales del residente.
9. Realizar traslado del residente. El día del traslado además del equipaje el residente llevará su documentación personal original (DNI, tarjeta sanitaria...) y la medicación para tres o cuatro días.
10. Cierre administrativo de expediente, como punto 7 subproceso de defunción.

#### **En caso de renuncia**

1. Recibir demanda de renuncia de residente/tutor.
2. Realizar entrevista para conocer/informar del motivo de la renuncia. Orientar del recurso más idóneo del sistema.
3. Recibir por escrito de la renuncia y envío a Servicios Centrales.
4. Acordar el día de baja y solicitud de informes pertinentes a técnicos.
5. Preparar equipaje con todos los enseres personales del residente
6. Entregar a usuario/familia informes y documentación.
7. Salida de residente
8. Cierre administrativo de expediente, como punto 7 de defunción.

<b>DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS</b>		
Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	PIR	
Documento/registro	Ficha modelo altas-bajas	
Documento/registro	Certificado de defunción	
Documento/registro	Relación de pólizas de los residentes	
Documento/registro	Autorizaciones de familiares para trámites si no se les localiza	
Documento/registro	Ficha de residente para administración	
Base informática	GERES	
Protocolos	P. actuación en caso de fallecimiento.	

<b>NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativa Vigente. Instrucciones del centro, Gerencia o Dirección Provincial.</li> <li>• Proyecto de gestión del centro.</li> <li>• Guías de buenas prácticas.</li> </ul>

<b>INDICADORES</b>		
Nombre	Descripción	Responsable
Bajas por defunción	Nº de bajas por fallecimiento	Dirección (en ausencia de TS)
Traslados	Nº de bajas por traslado	Dirección (en ausencia de TS)
Residentes pendientes de traslado	Nº de residentes pendientes de traslado desde hace más de 3 meses	Dirección (en ausencia de TS)
Renuncias	Nº de bajas por renuncia	Dirección (en ausencia de TS)
Estancia media	Duración media de la estancia en el centro	Dirección (en ausencia de TS)
Información al traslado	% de traslados con información completa	Dirección (en ausencia de TS)
Comunicación de baja	% de comunicaciones de baja a servicios centrales en menos de 48h	Dirección (en ausencia de TS)

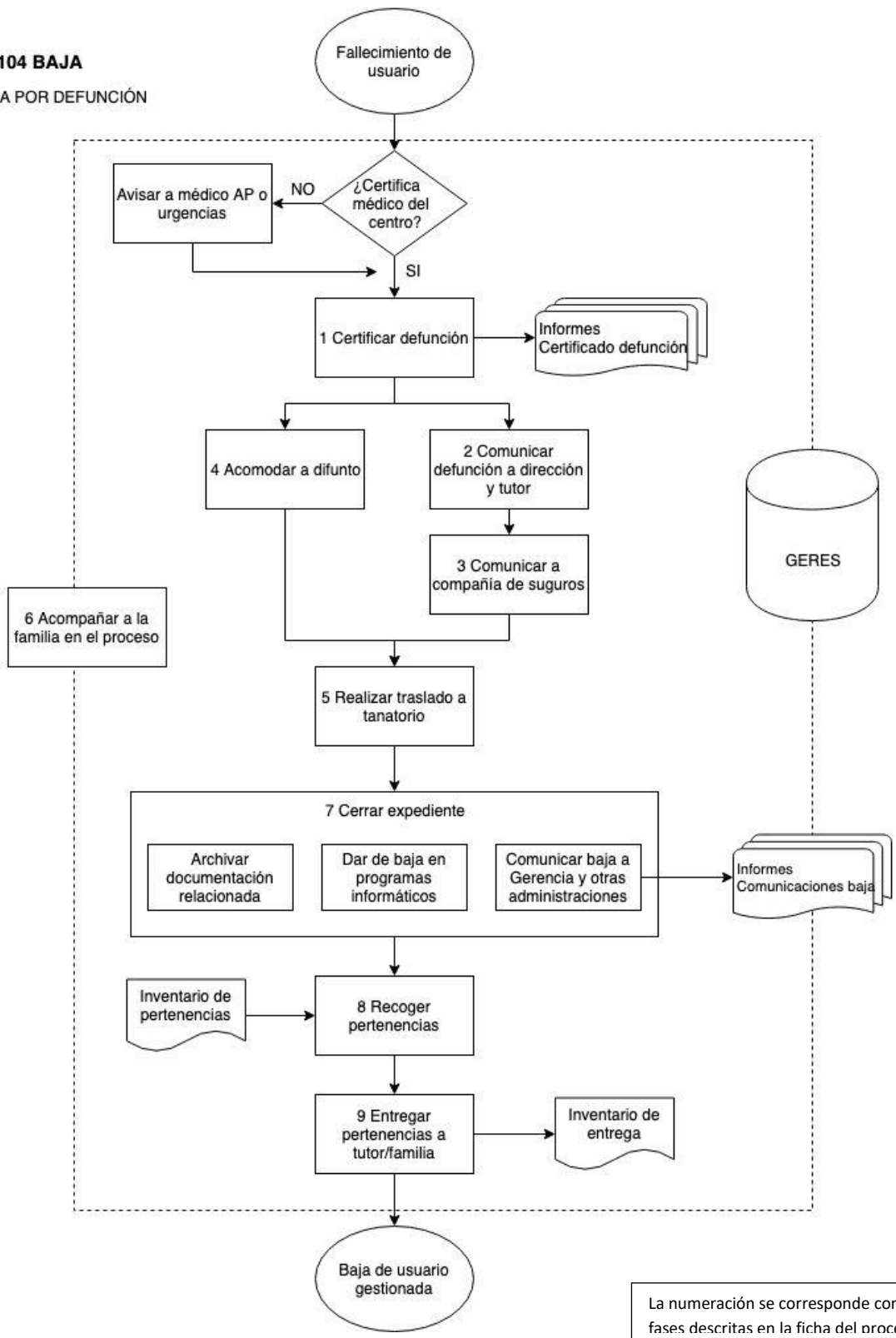
AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**

**PR104 BAJA**  
BAJA POR DEFUNCIÓN

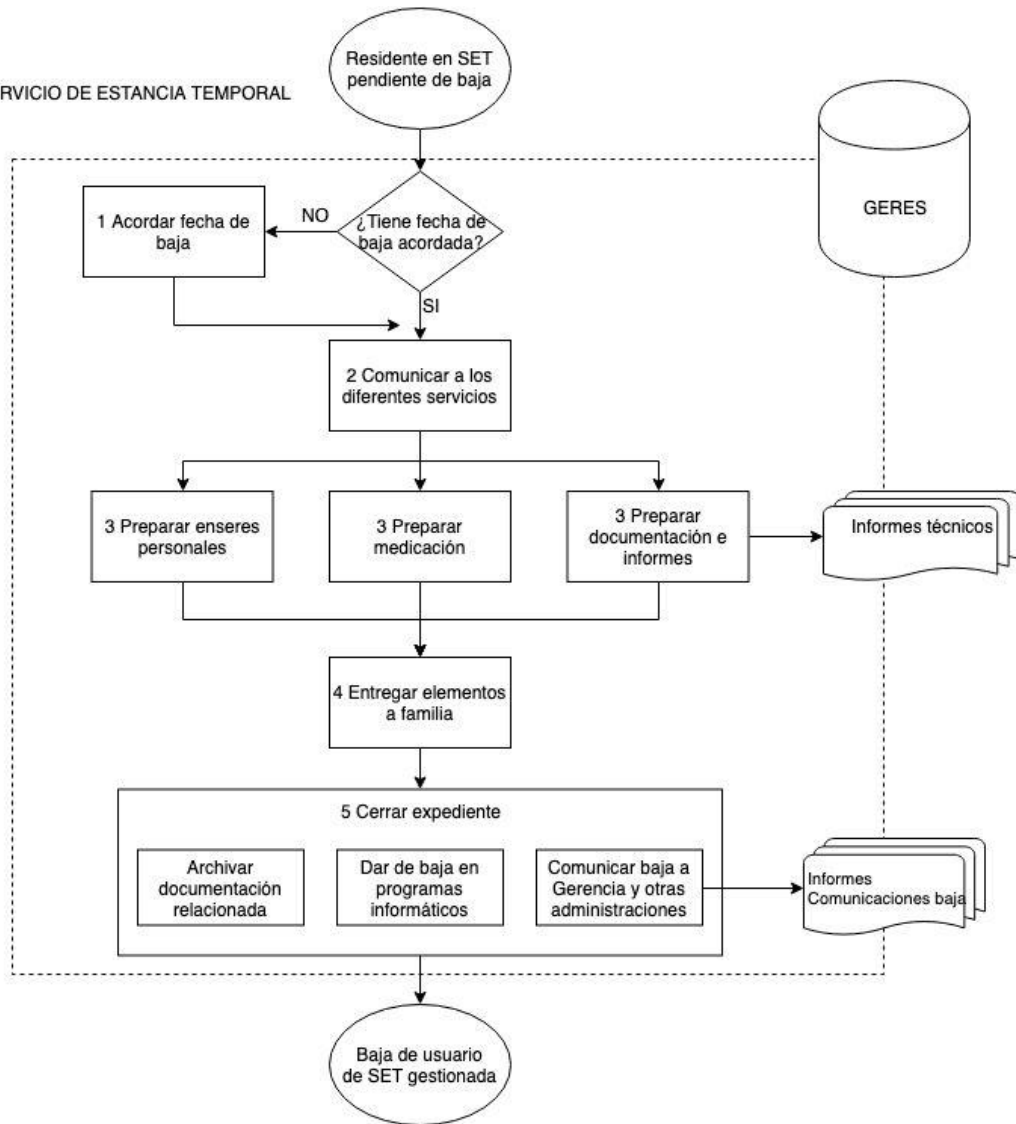


La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



**PR104 BAJA**

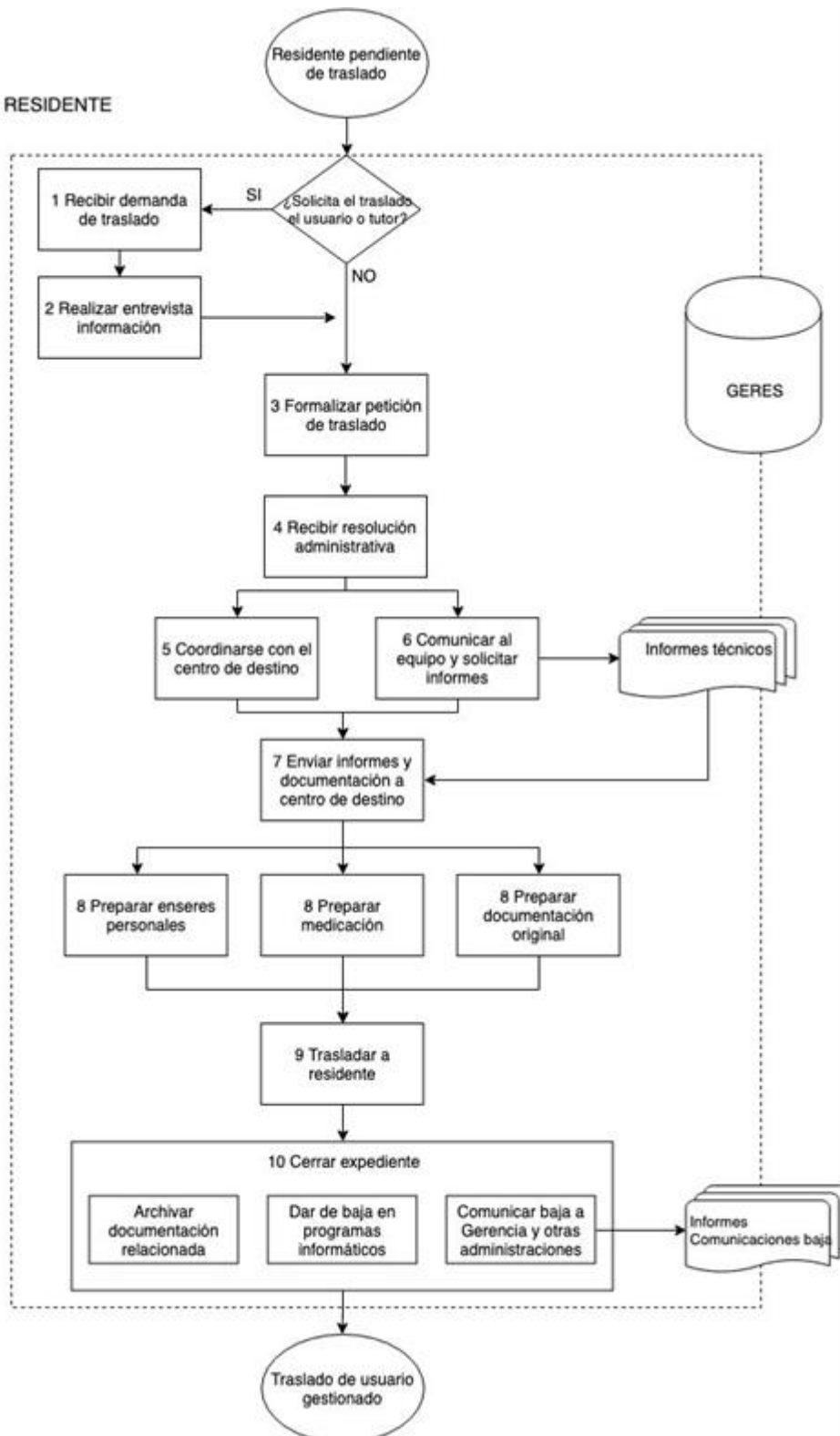
USUARIO DE SERVICIO DE ESTANCIA TEMPORAL




La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso

**PR104 BAJA**

**TRASLADO DE RESIDENTE**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.1.1</b>
	<b>SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS</b>		Fecha: 23/02/018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Mejora de la Calidad de Vida de los residentes mediante una asistencia sanitaria que asegure el control de los procesos crónicos, la prevención, promoción y protección de la salud.

### OBJETIVOS

- Identificar adecuadamente las necesidades de salud de cada residente.
- Elaborar un plan terapéutico que se adapte a dichas necesidades y a la evolución de las mismas a lo largo de la estancia.
- Monitorizar el estado de salud y detección precoz de alteraciones del mismo.
- Prevenir complicaciones de los procesos crónicos, así como de nuevos procesos.
- Valorar el estado psicopatológico de la enfermedad mental y prevención de recaídas.
- Identificar trastornos de personalidad asociados y consumo de tóxicos.
- Adecuada colaboración con el centro de salud (Médico de Atención Primaria).

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: psiquiatra del centro.
- Otros implicados: enfermería, TCAE, fisioterapia, médico de atención primaria.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de ingreso de residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente.</li> <li>• Fin de estancia de residente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> <li>• Información de personal de atención directa.</li> <li>• Informes de otros profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de valoración y seguimiento.</li> <li>• Informes médicos.</li> <li>• Pautas a otros profesionales.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (S. Centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Técnicos del centro</li> <li>• Otros profesionales implicados en los cuidados del residente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de directora.
2. Estudiar informes preingreso. Solicitud de información adicional o entrevista si procede.
3. Abrir historia clínica y pautas preingreso si se considera necesario.
4. Realizar anamnesis con residente/familia en el centro. Normalmente el día de ingreso.

5. Realizar exploración clínica y psicopatológica las primeras 24-48 horas si es posible.
6. Comunicar el ingreso al centro de salud para asignación del MAP.
7. Cumplimentar historia (plan de atención) en programa informático y registro de pautas.
8. Comunicar pautas:
  - A Enfermería: control de constantes, analíticas, tratamientos, curas...
  - Comunicación a TCAE de pautas concretas.
  - Derivación a especialistas.
9. Coordinarse con el médico de atención primaria.
10. Elaboración de Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) en equipo con resto de técnicos (tras el primer mes del ingreso, ver proceso *PR103 Plan de Atención Integral y Vidal*).
11. Realizar seguimiento de la evolución, informes de especialistas y pautas.
12. Evaluar.
13. Revisar el plan terapéutico y pautas dadas según la evaluación anualmente.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Hª clínica	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	PIR	
Documento/registro	Volante analítica	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de coordinación con el Médico de Atención Primaria.</li> <li>• Protocolo de ingreso y acogida.</li> <li>• Protocolo de alimentación por sonda nasogástrica.</li> <li>• Protocolo de administración y mantenimiento del sondaje vesical.</li> <li>• Protocolo de prevención y de tratamiento de úlceras por presión.</li> <li>• Protocolo de cambios posturales.</li> <li>• Protocolo de prevención de caídas.</li> <li>• Protocolo de estreñimiento.</li> <li>• Protocolo de administración de enemas.</li> <li>• Protocolo de toma de sangre periférica.</li> <li>• Protocolo de prevención y tratamiento de la incontinencia de esfínteres.</li> <li>• Protocolo de comunicación a familias/tutores.</li> <li>• Protocolo de traslado/acompañamiento al servicio de urgencias del hospital.</li> <li>• Protocolo de reanimación cardiopulmonar.</li> <li>• Protocolo de fallecimiento.</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Patología Psiquiátrica	% de residentes con patología mental	Médico
Deterioro cognitivo	% de residentes con deterioro cognitivo	Médico
Polifarmacia	Residentes con 6 o más tratamientos crónicos	Médico
Medidas de sujeción	% de residentes con medidas de sujeción aplicadas	Médico
Consultas externas	Nº de consultas externas en proporción al nº de residentes	Médico
Satisfacción con el servicio	Medida en encuesta de calidad a usuarias/familias	Dirección

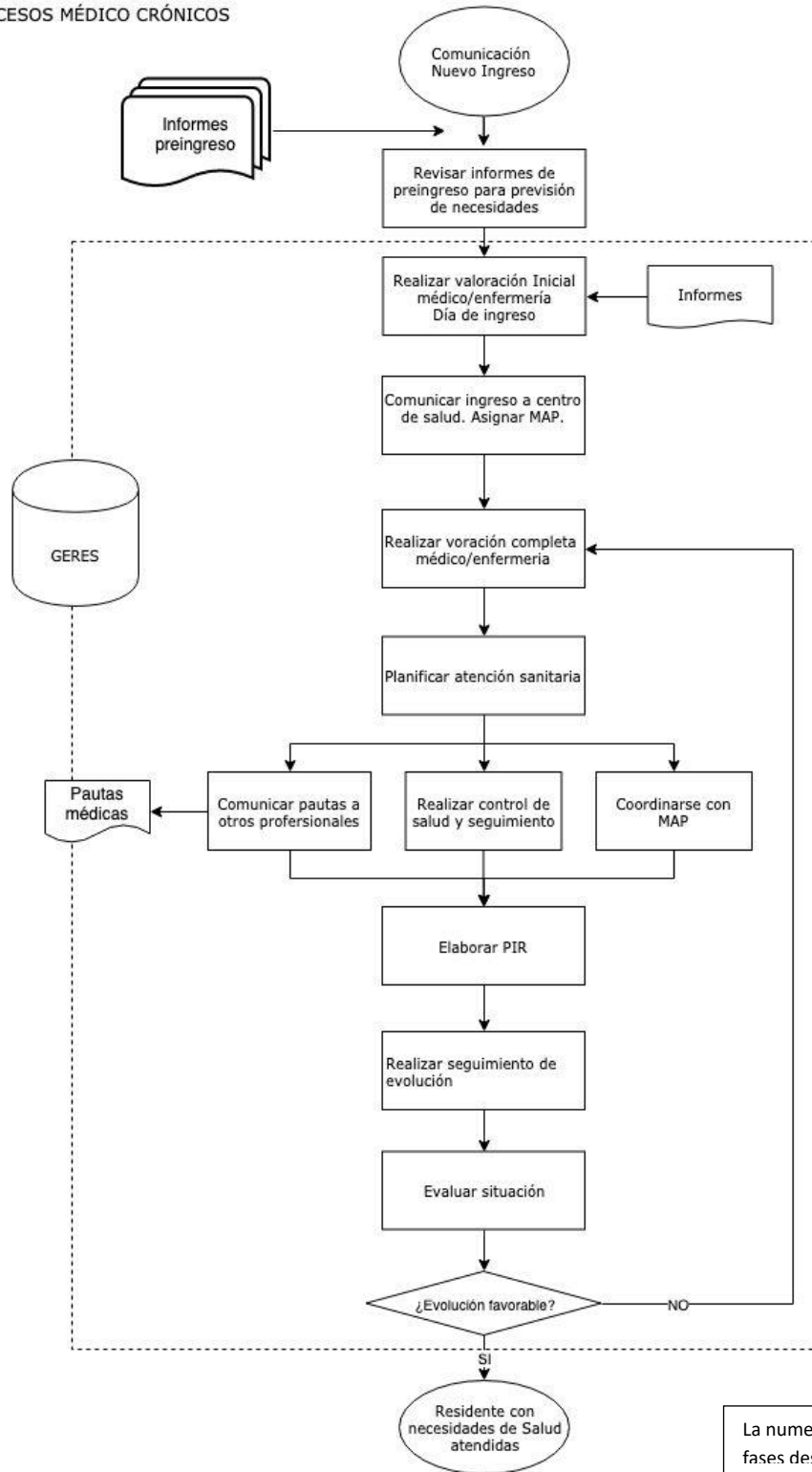
AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**


VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**

**PR105.1.1**  
ATENCIÓN A PROCESOS MÉDICO CRÓNICOS



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR105.2</b>
	<b>VALORACIÓN Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	Fecha: 23/02/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Evaluación del estado de salud del residente, las necesidades derivadas del mismo y planificación de los apoyos, desde una perspectiva integral de la persona.

### OBJETIVOS

- Identificar adecuadamente las necesidades secundarias al estado de salud del residente, sus procesos crónicos y las respuestas ante los mismos.
- Elaborar un plan de atención integral que se adapte a dichas necesidades y a la evolución de las mismas a lo largo de la estancia.
- Identificar de forma temprana las alteraciones de salud y respuestas ante las mismas, para poder actuar a la mayor brevedad posible.
- Realizar promoción de la salud y autonomía de las usuarias.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Responsable: equipo de enfermería (su representante en el equipo de calidad). Enfermero de referencia.
- Otros implicados: Médico, TCAE, otros técnicos...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de ingreso de residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente.</li> <li>• Fin de estancia de residente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por profesionales al ingreso.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> <li>• Información de personal de atención directa</li> <li>• Informes de otros profesionales.</li> <li>• Instrucciones, protocolos...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAE</li> <li>• Actuaciones delegadas/pautadas</li> <li>• Registros de valoración y seguimiento</li> <li>• Acuerdos y pautas a otros profesionales</li> <li>• Informes</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (S. Centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Médico.</li> <li>• TCAE, otros técnicos del centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• TCAE, médico.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir de informes preingreso a través de directora.
2. Abrir historia de enfermería y pautas preingreso necesarias.
3. La enfermera del turno comunica pautas preingreso a planta junto con las médicas y a otros servicios: cocina...
4. Realizar anamnesis y valoración inicial con residente/familia en el centro. Normalmente el día de ingreso.
5. Cumplimentar la historia (plan de atención) en programa informático y registro de pautas iniciales al ingreso.

6. Recibir, registrar, programar y ejecutar pautas médicas: controles de salud, analíticas y otras pruebas, tratamientos, vacunas, pautas concretas...
7. Comunicar pautas:
  - A TCAE: de cuidados, registros, traslado a enfermería para tratamientos, etc.
  - A cocina: dieta y necesidades de productos de apoyo u otras especiales s/p.
  - A otros profesionales: cuidados derivados del estado de salud durante las actividades.
8. Recibir o solicitar colaboración a otros técnicos ante problemas detectados (fisioterapeuta, TO, etc.)
9. Realizar valoración completa junto a médico en las primeras 24-48h tras ingreso.: exploración, constantes, etc.
10. Se completa historia de enfermería, PAE y las pautas, con las comunicaciones oportunas descritas en punto 7.
11. Elaborar el PIR junto al resto de técnicos (ver proceso *PR103 Plan de Atención Integral y Vida*).
12. Seguimiento de la evolución, cambios de pautas o tratamientos médicos, etc.
13. Realizar evaluación.
14. Revisar el PAE y pautas según la evaluación, al menos cada 12 meses, al revisar el PIR.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Hª de enfermería del IASS	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Agenda de enfermería	
Documento/registro	Hoja Cuidados Básicos	
Documento/registro	Ficha resumen cuidados	
Documento/registro	Hoja de órdenes de enfermería y fisioterapia	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Protocolos	Ingreso y acogida (Enfermería) Ingreso y acogida (TCAE) Cuidados de enfermería en el tratamiento de UPP Cuidados y prevención del Pie diabético Evolución de problemas detectados Mantenimiento y cuidados del sondaje vesical Plan de cuidados Prevención de las caídas Prevención de UPP Prevención del estreñimiento Prevención y tratamiento de la incontinencia de esfínteres Protocolo general de asistencia a residentes (Enfermería) Realización de cambios posturales Toma de muestra de sangre periférica	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Nº de caídas	Nº de caídas en proporción al número de residentes.	Enfermería
Nº de UPP post ingreso	% de residentes con UPP grado II-IV producidas en la residencia	Enfermería
Encamados	% de residentes encamados	Enfermería
Errores en la medicación	% de residentes con errores	Enfermería
Pérdida de peso involuntaria	% de residentes con pérdida > 5% en un mes o 10% en tres meses de forma involuntaria	Enfermería



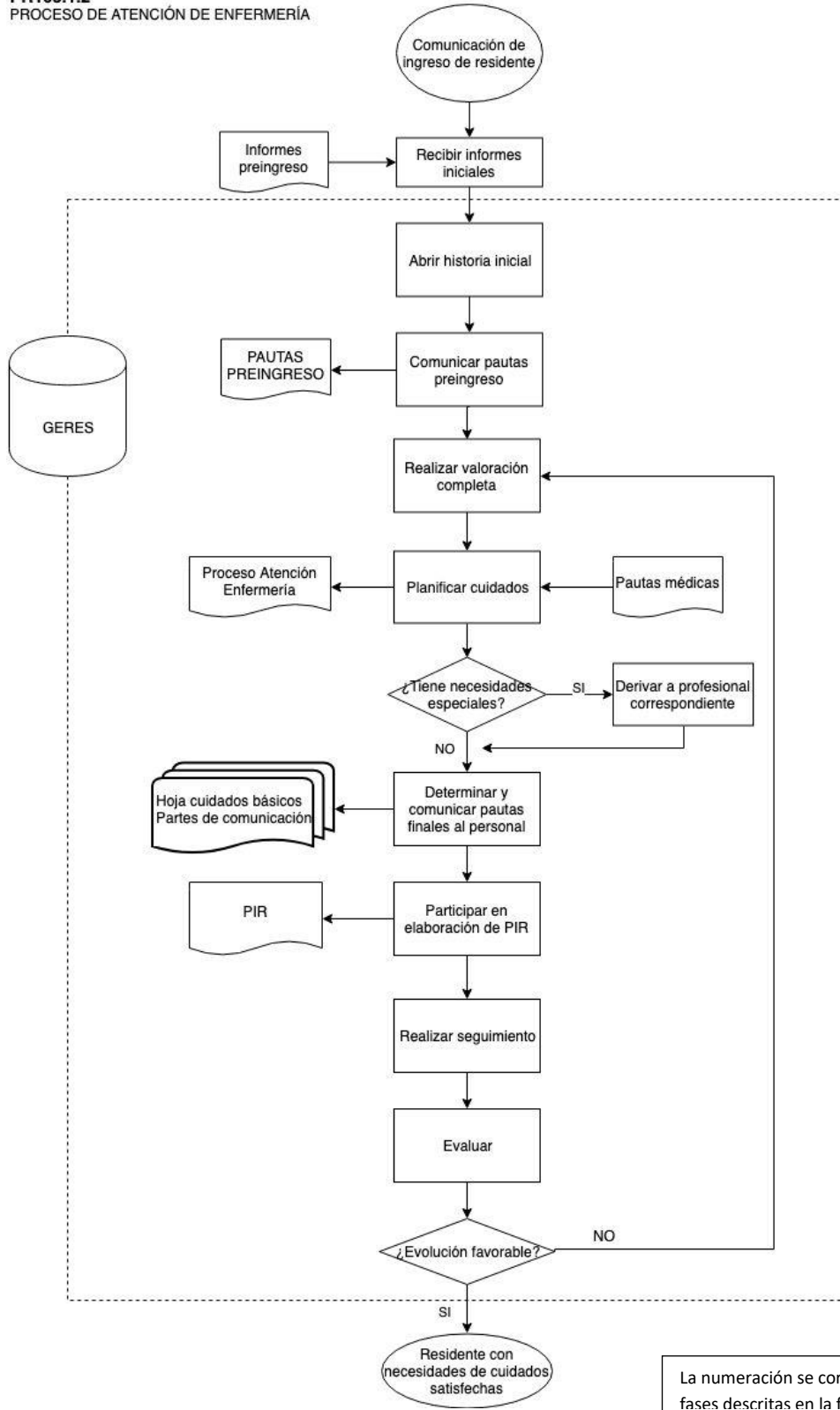
AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**


VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**

**PR105.1.2**  
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.1.3</b>
	<b>ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS</b>		Fecha: 23/02/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD		
AMBITO DE APLICACIÓN: CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR: GERENCIA IASS		

### MISIÓN

Identificación precoz y respuesta a nuevos problemas de salud de los residentes y necesidades secundarias derivadas de los mismos.

### OBJETIVOS

- Detección precoz de procesos agudos.
- Respuesta rápida, integral y multidisciplinar a los mismos.
- Adecuada coordinación con profesionales internos y externos al centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: enfermería
- Otros implicados: médico, TCAE, fisioterapia, médico de atención primaria, Sº Urgencias.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de posible incidencia relacionada con el estado de salud de un residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta del proceso agudo.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda del residente, familia u otros profesionales.</li> <li>• Documentación del plan de atención del residente.</li> <li>• Información aportada por el residente y su entorno.</li> <li>• Informes de otros profesionales, internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de valoración y seguimiento</li> <li>• Plan de atención.</li> <li>• Pautas a profesionales y familia.</li> <li>• Derivación a otros profesionales.</li> <li>• Informes.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes.</li> <li>• Familias.</li> <li>• Trabajadores del centro</li> <li>• Otros profesionales externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir demanda de atención. Habitualmente enfermería. Puede ser:
  - De familias: a través de teléfono (9-15 horas) o en persona.
  - De otros profesionales: verbal o escrita.
2. Valorar la situación. La valoración inicial se realizará por el enfermero responsable, el médico o fisioterapia.
3. Realizar cribado de la gravedad y urgencia de la situación.

4. Planificar actuación. Según la valoración, enfermería actuará de forma autónoma-con información posterior a médico- o puede ser necesaria la valoración y pautas médicas o de fisioterapia:
  - Emergencia/urgencia vital: actuación según protocolo de urgencias y de reanimación cardiopulmonar.
  - Actuación médica: actuaciones directas, pautas. Si el médico del centro lo estima oportuno, solicitará colaboración del C. Salud y se coordinará con el médico de atención primaria.
  - Actuación de Enfermería: actuaciones directas, pautas a seguir.
  - Solicitud de observación y registro de la situación (ingesta, eliminación, síntomas...).
5. Derivar a urgencias s/p. Actuación según protocolo de urgencias.
6. Registrar la historia clínica y comunicación enfermería-médico.
7. Comunicar a la familia o tutor legal, según el protocolo del centro.
8. Acompañar a consultas o urgencias, según protocolo del centro.
9. Realizar seguimiento de la evolución del estado de salud y respuestas/necesidades del residente.
10. Reevaluar y actualizar pautas y tratamiento.
11. Reevaluar y actualizar el plan de atención si procede.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Programa	GERES	
Documento/registro	Plan de atención del residente	
Documento/registro	Volante analítica	
Documento/registro	Parte de comunicaciones/pautas	
Documento/registro	Informe de derivación a atención primaria o urgencias	
Protocolos asociados	Protocolo de traslado/acompañamiento al servicio de urgencias del hospital. Protocolo de coordinación con el Médico de Atención Primaria. Protocolo de prevención de caídas. Protocolo de comunicación a familias/tutores. Protocolo de reanimación cardiopulmonar. Protocolo de fallecimiento.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

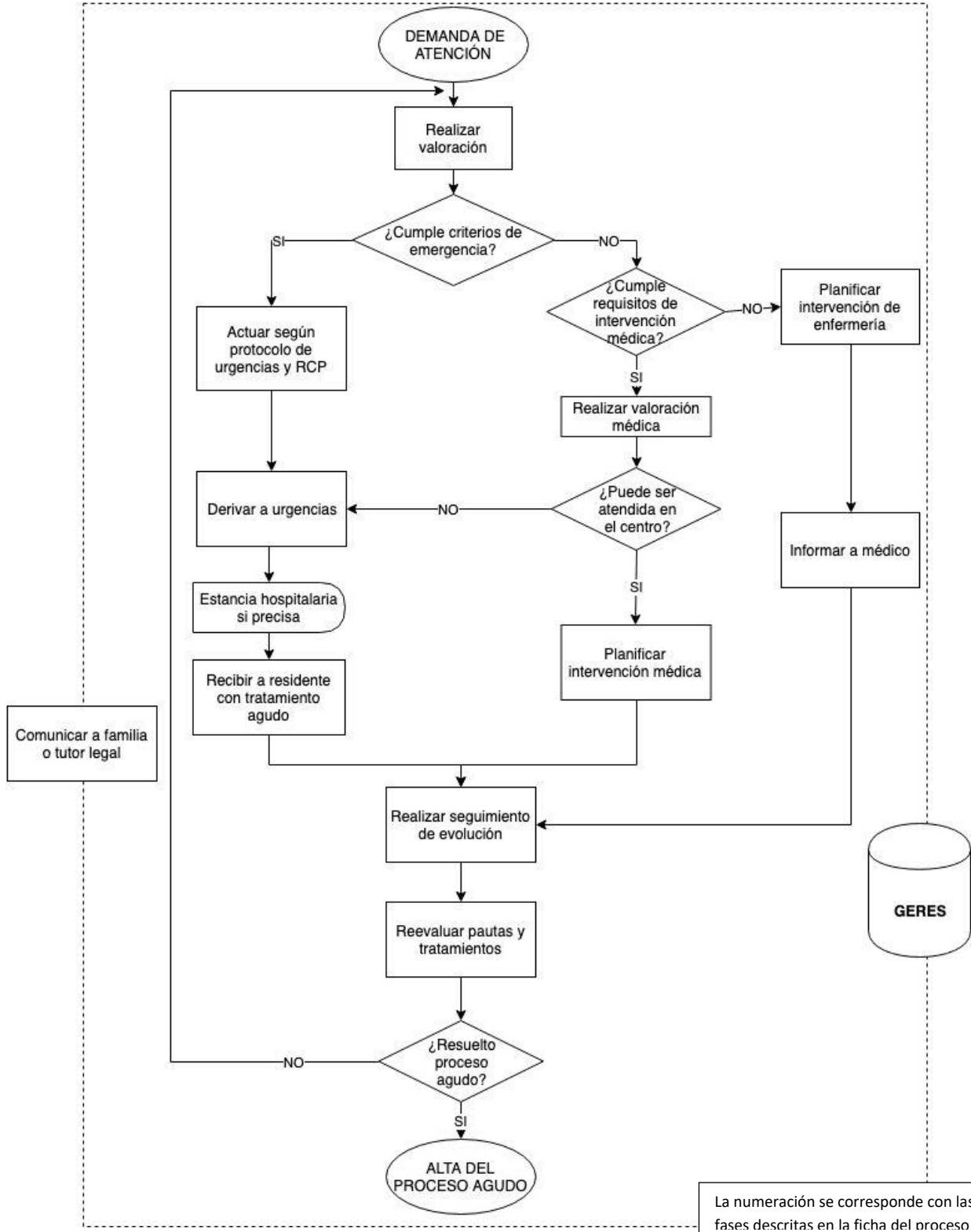
Nombre	Descripción	Responsable
Procesos agudos atendidos por enfermería	Nº de consultas de enfermería por demandas sin atender previamente en relación al nº residentes	Enfermería
Procesos agudos atendidos por médico	Nº de consultas médicas por demandas sin atender previamente en relación al nº residentes	Médico
Estancias en hospital	Días de estancias hospitalarias en relación al número de residentes	Médico
Derivaciones a urgencias	Nº de derivaciones a urgencias en relación al Nº de residentes	Médico

AREA:  
**CENTROS**


ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.2.1</b>
	<b>PLAN DE FISIOTERAPIA Y AUTONOMÍA EN LA MOVILIDAD</b>		Fecha: 05/02/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Prevención, curación y recuperación funcional de las patologías neuromusculares y osteomusculares que afectan al tono, a la postura y al movimiento.  
Promoción de la autonomía personal y del ejercicio físico.

### OBJETIVOS

- Mejorar la condición fisiológica general: psicomotora, cardiovascular y respiratoria.
- Mejorar el funcionamiento de sistemas locomotor, nervioso, endocrino y trófico.
- Prevenir los problemas derivados del sedentarismo y de la falta de ejercicio físico.
- Mejorar la motricidad y los aspectos senso-perceptivos.
- Favorecer el control motor: conciencia de las posibilidades y de las limitaciones.
- Tratar las patologías específicas: degenerativas, neurológicas, reumáticas, respiratorias circulatorias...

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: fisioterapeuta (empresa externa), médico.
- Otros implicados: enfermería, TO, TCAE, otros técnicos...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de información de ingreso de residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente con tratamiento aplicado.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos al ingreso.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> <li>• Información de otros profesionales, internos o externos.</li> <li>• Instrucciones, protocolos, guías...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de cuidados.</li> <li>• Tratamientos realizados.</li> <li>• Acuerdos y pautas a otros profesionales.</li> <li>• Informes elaborados.</li> <li>• Satisfacción de usuarios y familias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas.</li> <li>• Médico.</li> <li>• Enfermería.</li> <li>• TCAE.</li> <li>• Otros técnicos del centro...</li> <li>• Familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: residentes del centro.</li> <li>• Indirectos: personal de atención directa, otros técnicos del centro y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de médico del centro.
2. Analizar informes, apertura de historia de fisioterapia.
3. Realizar valoración inicial al ingreso de residente. Anamnesis, exploración, escalas.

4. Planificar objetivos y actuaciones individuales o grupales (estas pueden ser en colaboración con terapeuta ocupacional).
5. Prescribir medidas posturales o productos de apoyo.
6. Ejecutar tratamientos individuales (y/o grupales).
7. Elaborar y transmitir pautas a otros profesionales.
8. Participar en la elaboración del PIR junto a los demás técnicos (ver proceso de plan integral).
9. Realizar seguimiento de la evolución.
10. Realizar valoración post-tratamiento.
11. Revisar el plan según la valoración, al menos al revisar el PIR.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Hª de fisioterapia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asistencia a fisioterapia</li> <li>○ Valoración y objetivos</li> <li>○ Valoración inicial</li> <li>○ Valoración al alta</li> </ul>	
Documento/registro	Agenda de fisioterapia.	
Documento/registro	Pautas de fisioterapia/enfermería a TCAE	
Programa/base de datos	Programa GERES	
Protocolos	Derivación de pacientes a fisioterapia Control postural Fisioterapia respiratoria Prevención y tratamiento fisioterápico de UPP. Prevención de caídas Intervención en artritis reumatoide Intervención en osteoartrosis y terapias antiálgicos Intervención en Fracturas de cadera Detección y rehabilitación en el accidente cerebro-vascular Realización de cambios posturales	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Alcance total de fisioterapia	% de usuarios con atención fisioterapéutica.	Fisioterapeuta.
Alcance de fisioterapia individual	% de usuarios con atención fisioterapéutica individualizada documentada	Fisioterapeuta.
Nº sesiones de fisioterapia	Nº sesiones totales en relación con el número de residentes.	Fisioterapeuta.
Satisfacción con el servicio de fisioterapia	Medida en encuesta de calidad a usuarios/familias	Dirección

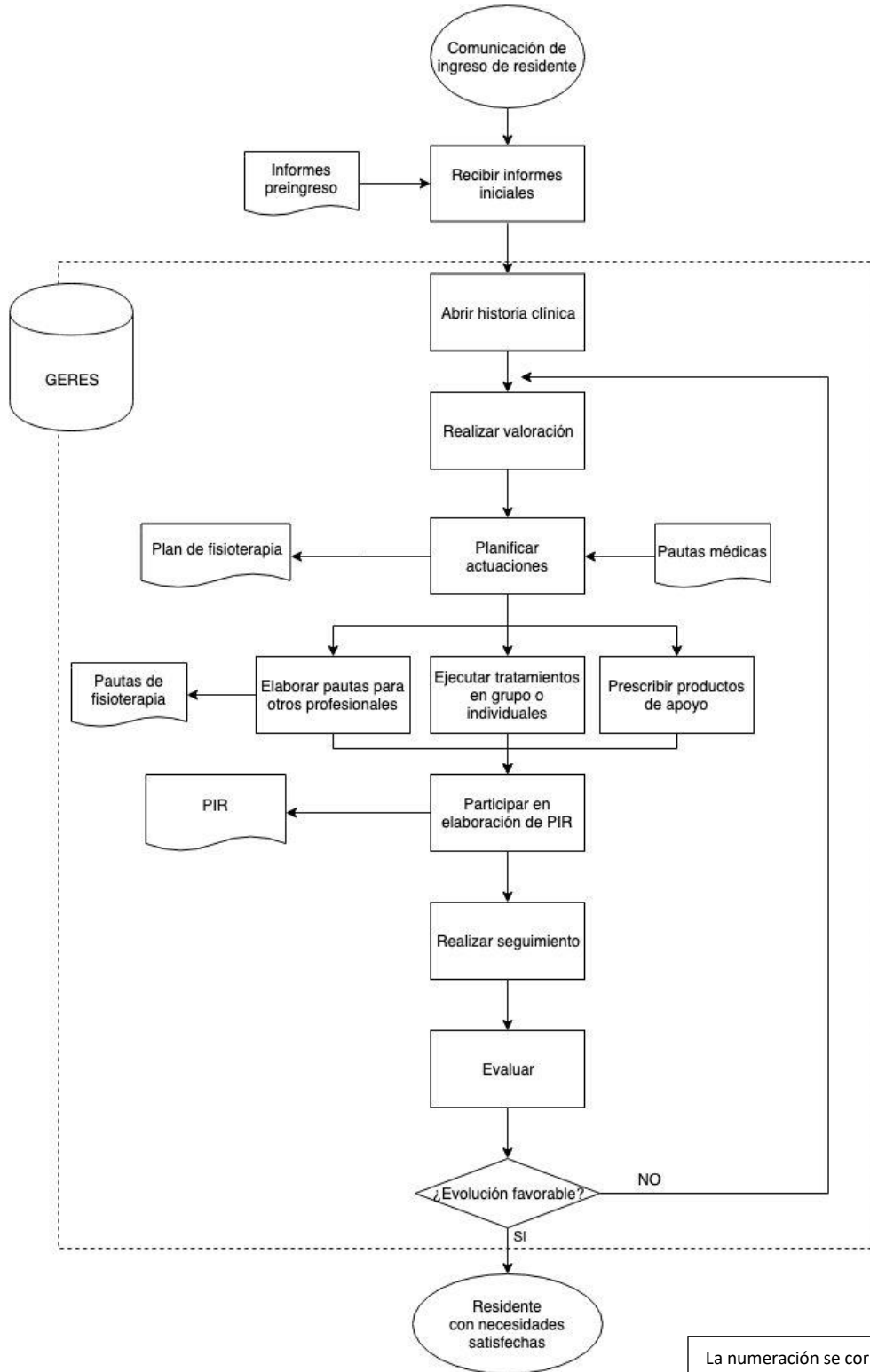


AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR106.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES</b>		Fecha: 24/09/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Valorar las necesidades emocionales y establecer las medidas de carácter psicológico, educativo y/o habilitador de aplicación individual necesarias para el desarrollo personal de los usuarios del centro.

### OBJETIVOS

- Realizar adecuada valoración y diagnóstico del residente: nivel de funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo, conducta y otras necesidades psicológicas y de relación social que puedan observarse.
- Establecer medidas de carácter psicológico y terapéutico.
- Mantener informada a la familia de la adaptación del usuario al centro.
- Planificar estrategias de intervención ante problemas de conducta, emocionales presentes en las personas con enfermedad mental atendidas en este recurso.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: médico del centro.
- Otros implicados: terapia ocupacional, profesionales de referencia, enfermería, TCAE, otros técnicos.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de ingreso de residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente.</li> <li>• Fin de estancia de residente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes remitidos por profesionales al ingreso.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> <li>• Información de personal de atención directa.</li> <li>• Historia clínica electrónica.</li> <li>• Informes de otros profesionales internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración psicológica y psiquiátrica del residente.</li> <li>• Planes de actuación conductual.</li> <li>• Pautas a otros profesionales.</li> <li>• Terapia individual.</li> <li>• Informes psiquiátricos.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia, Dirección Provincial, Tutelas (informes de ingreso).</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Especialistas externos.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: otros profesionales del centro y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de la Dirección o médico.
2. Analizar informes. Solicitud de información adicional si se precisa.
3. Revisar la historia clínica electrónica.
4. Abrir la historia y pautas preingreso (ver proceso *PR102.1 Admisión y preingreso*).

5. Comunicar pautas preingreso a personal de atención directa.
6. Realizar valoración inicial (al ingreso, máximo un mes).
  - Entrevista con familia o tutor legal.
  - Complimentación de la historia clínica en el programa informático y registro de pautas iniciales al ingreso.
  - Periodo de observación de conducta o adaptación tras el ingreso (1 mes).
  - Elaboración de registros de observación si se considera necesario.
  - Sesiones iniciales de valoración, seguimiento de la adaptación y favorecer la vinculación al centro.
7. Recibir o solicitar colaboración a otros profesionales ante problemas detectados.
8. Elaborar el plan terapéutico s/p.  
Estudio y coordinación para la inclusión en actividades realizadas en el centro y fuera de él.
9. Comunicar planes de actuación, pautas u orientaciones a otros profesionales.
10. Realizar sesiones de terapia en consulta.
11. Participar en la elaboración del plan de atención del residente (ver proceso PIR).
12. Realizar seguimiento de la evolución: lectura de los evolutivos en el programa de residentes y evaluación del PIR anual.
13. Evaluar.
14. Revisar el plan individual de rehabilitación y sus pautas según la evaluación.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Programa/base de datos	Búsqueda en la historia clínica electrónica	
Documento/registro	Psicobiografía e historia clínica	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Documento de pautas preingreso	
Documento/registro	Documento de pautas iniciales	
Documento/registro	Registro de observación	
Documento/registro	Registro de actividad	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de ingreso.</li> <li>• Protocolo de fuga.</li> <li>• Protocolos de sujeciones físicas.</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Usuarios con alteraciones de conducta	% de usuarios con agitación psicomotriz o incidencias de conducta en el último mes	Médico
Nº de alteraciones de conducta	Nº de alteraciones de conducta detectadas (agitación, insomnio, etc)	Médico
Satisfacción con la atención emocional	Medida en encuesta de calidad a usuarios/familias	Dirección

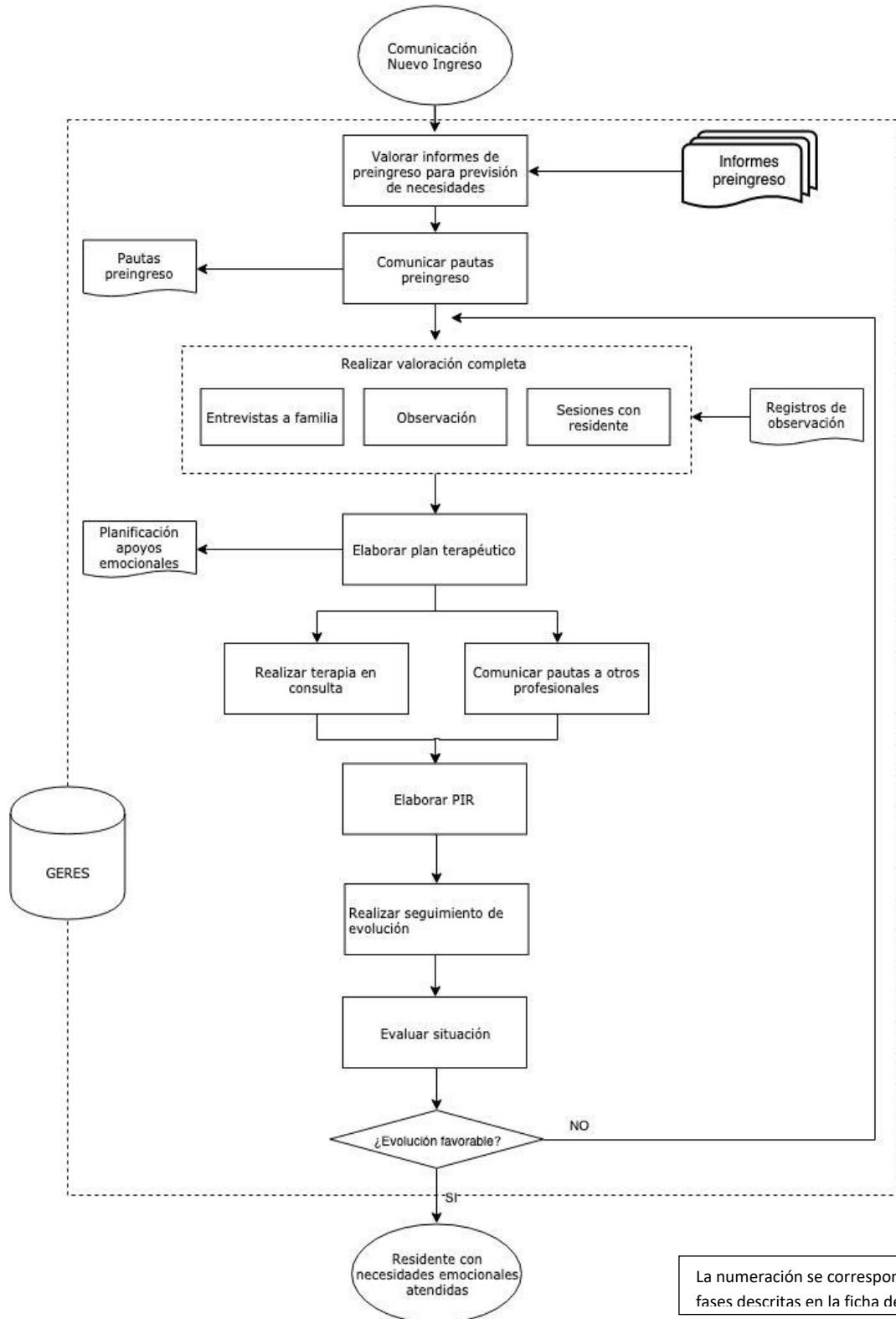
**PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES**

AREA:  
**CENTROS**


ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR106.2</b>
	<b>ATENCION A PROBLEMAS DE CONDUCTA</b>	Fecha: 24/09/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Identificar y atender los problemas de conducta de los residentes y usuarios del Centro Asistencial de Calatayud. Elaboración de pautas de actuación y programas de modificación de la conducta.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover planes de actuación para personas con problemas de conducta.</li> <li>• Mejorar la atención que se presta a las personas con problemas de conducta.</li> <li>• Preservar la convivencia armoniosa en el centro.</li> <li>• Abordaje unificado ante las conductas problema.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: médico.</li> <li>• Otros implicados: profesionales de referencia, terapia ocupacional, enfermería, TCAE, otros trabajadores.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de problemas de conducta en el usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de conducta atendido.</li> <li>• Proceso permanente en algunos usuarios.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de atención de los usuarios.</li> <li>• Historia psiquiátrica previa. Intervenciones previas.</li> <li>• Información sobre su situación de salud y social.</li> <li>• Información de planta sobre su situación diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de los problemas de conducta</li> <li>• Satisfacción de las familias</li> <li>• Satisfacción de los residentes</li> <li>• Satisfacción de los trabajadores.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios o familiares.</li> <li>• Personal del centro.</li> <li>• Profesionales externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: otros profesionales del centro y familiares.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detectar un problema de conducta por personal de atención directa.</li> <li>2. Aplicar pautas generales de actuación o específicas existentes (algunos residentes).</li> <li>3. Comunicar la incidencia. Diferentes vías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de conducta reiterada o reagudizada por personal de atención directa.</li> <li>• Lectura del programa de residentes o libro de incidencias.</li> <li>• Observación directa del incidente.</li> <li>• Parte de incidencias y de agresiones.</li> <li>• Comunicación de familia (verbal).</li> </ul> </li> <li>4. Valorar la problemática por parte de psiquiatra, TCAE, enfermería o terapeuta ocupacional.</li> </ol>

- Recogida y análisis de información.
  - Consulta a profesionales de referencia si es posible.
5. Coordinarse y solicitar colaboración a otros servicios si se considera necesario:
    - Médico. Posibilidad de valoración y tratamiento farmacológico.
    - Valoración por equipo multidisciplinar, con participación de profesionales de referencia.
  6. Planificar la actuación.
    - Intervención de urgencia ante alteraciones conductuales graves, según protocolo.
    - Elaboración de hipótesis.
    - Elaboración de registros que confirmen o eliminen la hipótesis, si procede.
    - Elaboración de pautas de intervención en consenso con el personal de atención directa:
      - Modificación ambiental.
      - Cambio de rutinas.
      - Pautas reactivas.
  7. Comunicar las medidas tomadas al personal implicado, auxiliares, enfermería...
  8. Realizar seguimiento y registrar la implantación de las pautas. Elaboración de registros de seguimiento si precisa.
  9. Evaluar la situación.
  10. Reajustar el plan si se precisa.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Parte de incidencias	
Documento/registro	Pautas específicas de residentes	
Documento/registro	Fichas de seguimiento/supervisión de restricciones físicas	
Documento/registro	Libro de incidencias	
Documento/registro	Consentimiento informado	
Documento/registro	Registros de actividad	
Base de datos	GERES	
Protocolos	Protocolos de sujeción física. Instrucciones/Protocolo de actuación ante problemas de conducta.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Código deontológico.
- Guías de buenas prácticas.
- Proyecto de gestión del centro.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Usuarios con alteraciones de conducta	% de usuarios con agitación psicomotriz o incidencias de conducta en el último mes	Médico
Nº de alteraciones de conducta	Nº de alteraciones de conducta detectadas (agitación, insomnio, etc)	Médico

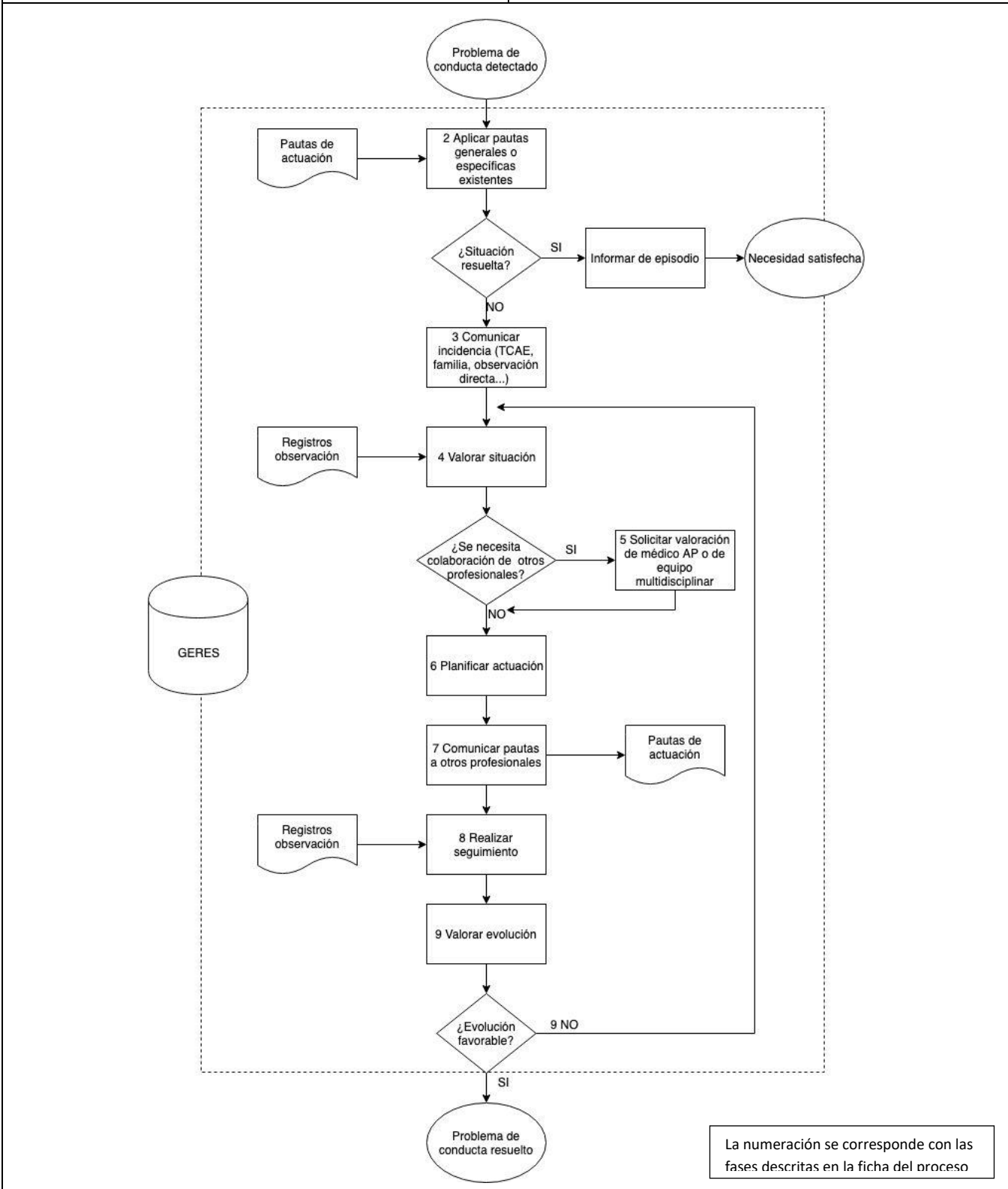


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN DE APOYOS TERAPÉUTICOS</b>	Fecha: 24/09/18
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Ayudar y capacitar a la persona para alcanzar el equilibrio en sus ocupaciones, utilizando la actividad significativa como herramienta rehabilitadora para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función.

### OBJETIVOS

- Ayudar a adquirir, mejorar y/ o potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
- Facilitar y apoyar la participación en actividades de ocio para cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración y de integración social.
- Aconsejar y adiestrar en el uso de las ayudas técnicas necesarias.
- Ayudar a mejorar la motivación y a minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y emocionales adecuadas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: terapeuta ocupacional (empresa externa), médico.
- Otros implicados: enfermería, fisioterapeuta, TCAE, PESD, dirección.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de información de ingreso de residente.</li> <li>• Derivación por parte de otro profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente con plan correctamente ejecutado.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y expectativas de residentes.</li> <li>• Informes remitidos al ingreso.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario.</li> <li>• Información de otros profesionales, internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de residentes y familias.</li> <li>• Plan de actividades.</li> <li>• Prescripción de productos de apoyo.</li> <li>• Acuerdos y pautas a otros profesionales.</li> <li>• Informes elaborados.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes.</li> <li>• Psiquiatra.</li> <li>• Otros profesionales, del centro o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: residentes del centro.</li> <li>• Indirectos: personal de atención asistencial/residencial, otros técnicos del centro y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de la médico del centro.
2. Analizar informes, apertura de historia de terapia ocupacional.
3. Realizar valoración inicial de usuaria al ingreso. Anamnesis, exploración, escalas.

4. Planificar objetivos y actuaciones: individuales o grupales (estas pueden ser en colaboración con fisioterapeuta).
5. Elaborar el plan terapéutico:
  - Coordinación para inclusión en agendas y comunicación a otros profesionales. Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psiquiatra.
  - Actuación directa individual o grupal.
  - Elaborar pautas a otros profesionales.
  - Prescribir productos de apoyo si se precisa.
6. Registrar historia terapéutica: anamnesis, valoración, objetivos, actuaciones...
7. Comunicación e información acerca de pautas de productos de apoyo (si se precisa).
8. Participar en la elaboración del PIR junto a los demás técnicos (ver proceso *PR103 Plan de Atención Integral y Vida*).
9. Realizar seguimiento de la evolución, cambios de pautas o tratamientos, etc.
10. Evaluar.
11. Revisar el plan según la evaluación.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Hª de terapia ocupacional: - Valoración - Plan de actuación - Seguimiento	
Documento/registro	Agenda de terapia	
Documento/registro	Asistencia a terapia	
Documento/registro	Informes de terapia	
Documento/registro	Pautas de TO	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados		

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

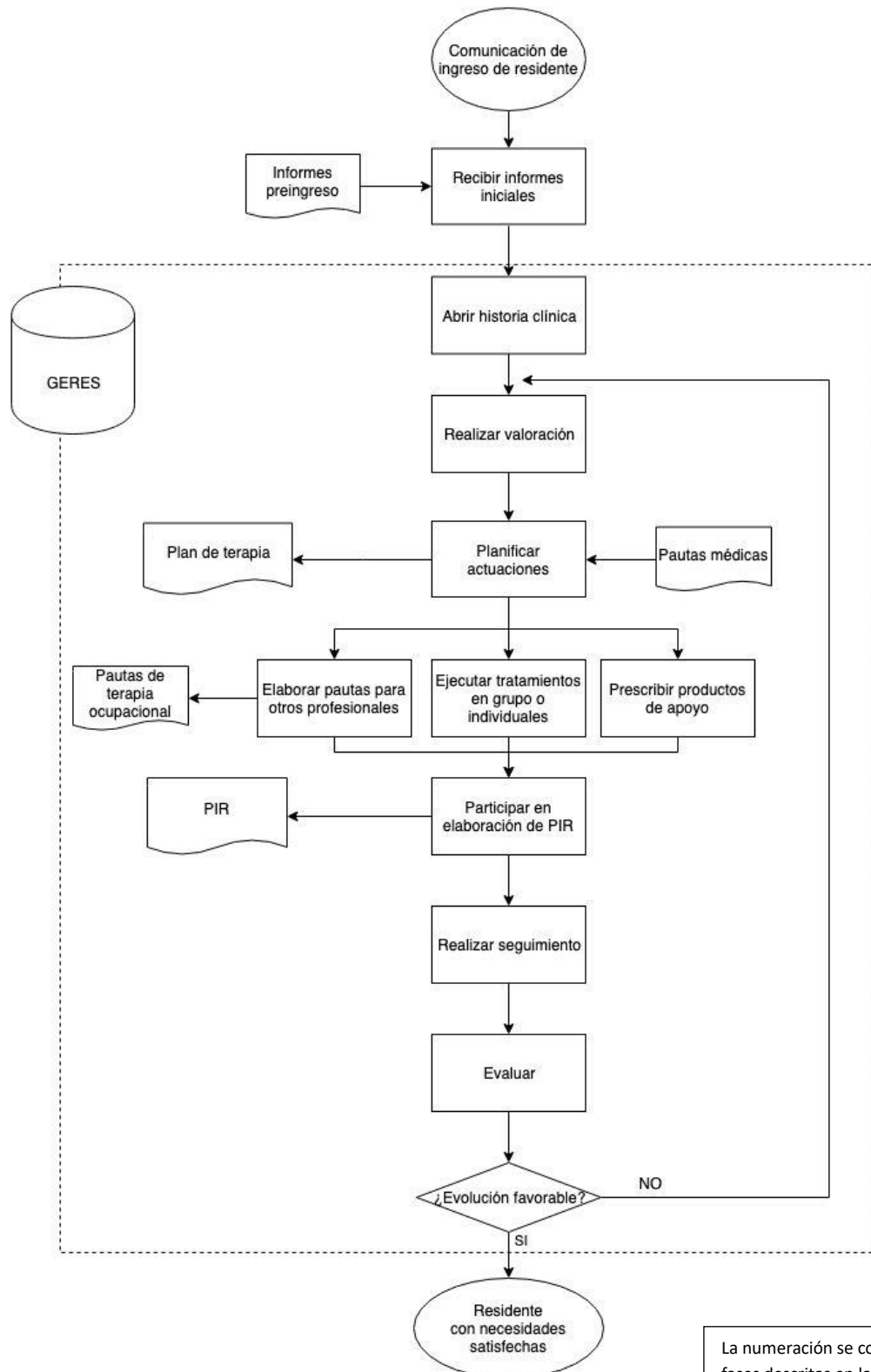
Nombre	Descripción	Responsable
Alcance total de terapia ocupacional	% de usuarios con atención de terapia ocupacional.	TO
Alcance terapia ocupacional individual	% de usuarios con atención individualizada documentada	TO
Nº sesiones de TO	Nº sesiones totales en relación con el número de residentes.	TO
Satisfacción con el servicio de terapia ocupacional	Medida en encuesta de calidad a usuarios/familias	Dirección

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.3</b>
	<b>PROGRAMA DE AUTONOMIA EN LAS AVD BÁSICAS</b>	Fecha: 11/12/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Mantener e incrementar la autonomía e independencia personal de las residentes con el fin de mejorar su calidad de vida.

### OBJETIVOS

- Evaluar y analizar los componentes físicos, cognitivos y sensoriales que puedan afectar a la ejecución de las AVD básicas.
- Estimular y alentar a la persona a realizar las AVD básicas de la forma más autónoma posible.
- Establecer plan de tratamiento.
- Adaptar el entorno de manera facilitadora para la realización de las AVD básicas.
- Adiestrar y asesorar a la residente y personal de trato directo, en el uso de productos de apoyo.
- Supervisar, modificar y evaluar el impacto de cada intervención llevada a cabo.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: terapeuta ocupacional (TO, empresa externa), médico.
- Otros implicados: TCAE, enfermería, dirección, otros profesionales.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión en el programa de autonomía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente.</li> <li>• Finalización del programa de autonomía por deterioro de sus capacidades.</li> <li>• Cuando alcanza un grado de autonomía tal que solo precisa de supervisión (en procesos agudos).</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de terapia ocupacional (TO) tras observación.</li> <li>• Necesidades del usuario.</li> <li>• Información de los técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización programas individuales de AVD.</li> <li>• Alta temporal o definitiva tras revisión y evaluación.</li> <li>• Necesidades satisfechas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TO.</li> <li>• Familia/usuario.</li> <li>• TCAES y otros profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Valorar las capacidades en las AVD básicas del residente e inclusión en programa de autonomía s/p. TO.
2. Planificar los apoyos necesarios para mantener o desarrollar las capacidades.

3. Ejecutar los apoyos. Pautas a TCAES (cabecero de su cama o comedor) del nivel de autonomía y asesorar en los posibles apoyos en:
  - Aseo
  - Vestido y desvestido.
  - Comedor
  - Movilidad
  - Productos de apoyo
  - Deposición y micción
4. Realizar seguimiento.
5. Comunicar las variaciones en las capacidades para las ABVD (TCAE, otros profesionales).
6. Realizar revisión y evaluación, siempre que sea necesario y al menos semestral.
7. Actualizar pautas o iniciar programa específico ante variaciones o procesos agudos.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Documento/registro	Ficha resumen Plan de cuidados	
Documento/registro	PIR	
Documento/registro	Escala de valoración Barthel	
Base de datos/programa	GERES	
Documento/registro	Ficha de apoyos en las ABVD (pendiente de elaboración)	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías vigentes.
- Proyecto de Gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
% residentes en programa de autonomía	% de residentes incluidos en programa de autonomía	TO
Barthel en programa de autonomía	Barthel medio de residentes incluidos en programa	TO

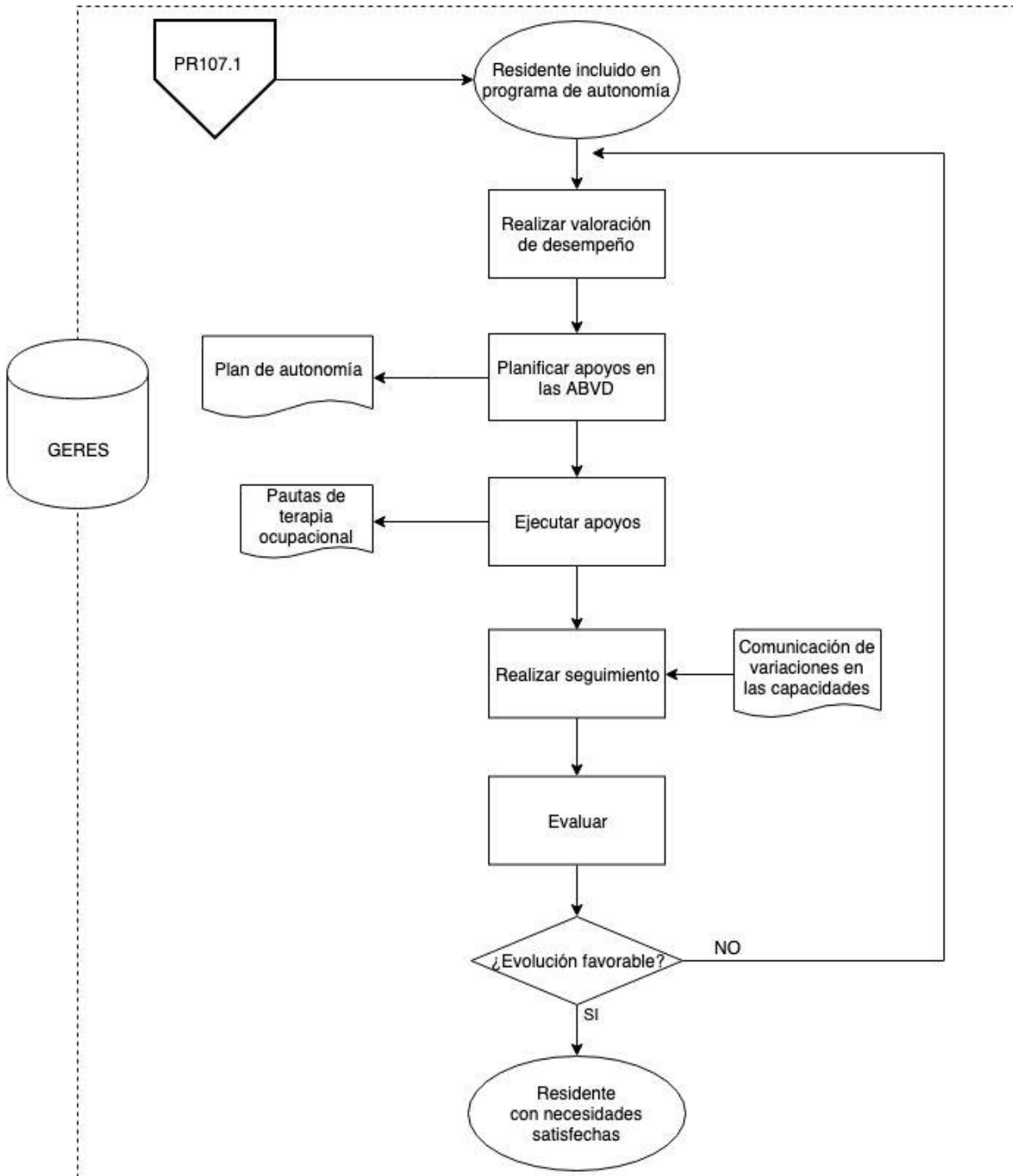


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.4</b>
	<b>ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES</b>	Fecha: 11/12/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Dinamizar a través del ocio y de la gestión del tiempo libre la estancia de las residentes en el centro, teniendo en cuenta sus intereses, necesidades y capacidades.

### OBJETIVOS

- Ofrecer una programación de ocio acorde a los intereses y necesidades de las usuarias.
- Fomentar la inclusión de las usuarias en la sociedad a través de actividades de ocio externo.
- Fomentar la participación de las familias en las actividades de ocio del centro.
- Favorecer la socialización entre las usuarias.
- Ofrecer momentos de esparcimiento y diversión que rompan la rutina diaria.
- Aumentar las capacidades a través de nuevas experiencias.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: terapeuta ocupacional (empresa externa), dirección.
- Otros implicados: TCAE, enfermería, fisioterapeuta, dirección, PSA, PESD y otros trabajadores.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reunión de planificación de actividades de ocio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Planificación de ocio ejecutada.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Necesidades y demandas de usuarias.</li> <li>● Recursos de la comunidad.</li> <li>● Recursos del centro, trabajadores y familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Satisfacción de las residentes y familias.</li> <li>● Actividades programadas realizadas y evaluadas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Profesionales del centro.</li> <li>● Usuarias.</li> <li>● Recursos externos del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Residentes del centro.</li> <li>● Familiares.</li> <li>● Otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Convocar y realizar reunión de programación de ocio. Equipo multidisciplinar.
2. Realizar programación teniendo en cuenta a toda la población atendida.
3. Comunicar la programación a todos los servicios. TO, PSA.
4. Planificar los recursos y logística para cada actividad: TO, dirección en su ausencia.
5. Preparar hoja de salida en caso de actividad exterior, con listado de usuarios y recursos necesarios (humanos y materiales) de cada actividad: TO.
6. Solicitar autorización y recursos económicos a familias y comisión de tutelas si procede. Dirección.
7. Comunicar los listados de cada actividad a todos los servicios. TO o enfermería.
8. Asignar personal acompañante. Personal del centro, o externo (voluntario o con gratificación económica).

9. Preparar material necesario, si procede. Participación de servicios en función de las necesidades.
10. Realizar la actividad.
11. Hacer registros de la actividad: TO.
12. Valorar la actividad: los profesionales implicados.
13. Informar de la actividad a familias, tutelados o medios interesados si procede.

Realizar todas aquellas reuniones de coordinación entre profesionales que sean necesarias para poder realizar las actividades.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Programación	
Documento/registro	Instrucciones para excursiones	
Documento/registro	Listado de material	
Documento/registro	Hoja de salida	
Documento/registro	Evaluación de la actividad	
Documento/registro	Autorizaciones de participación	
Base de datos	GERES.	
Protocolos asociados		

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normas e instrucciones del centro o DP.
- Proyecto de gestión del centro.
- Buenas prácticas.

#### INDICADORES

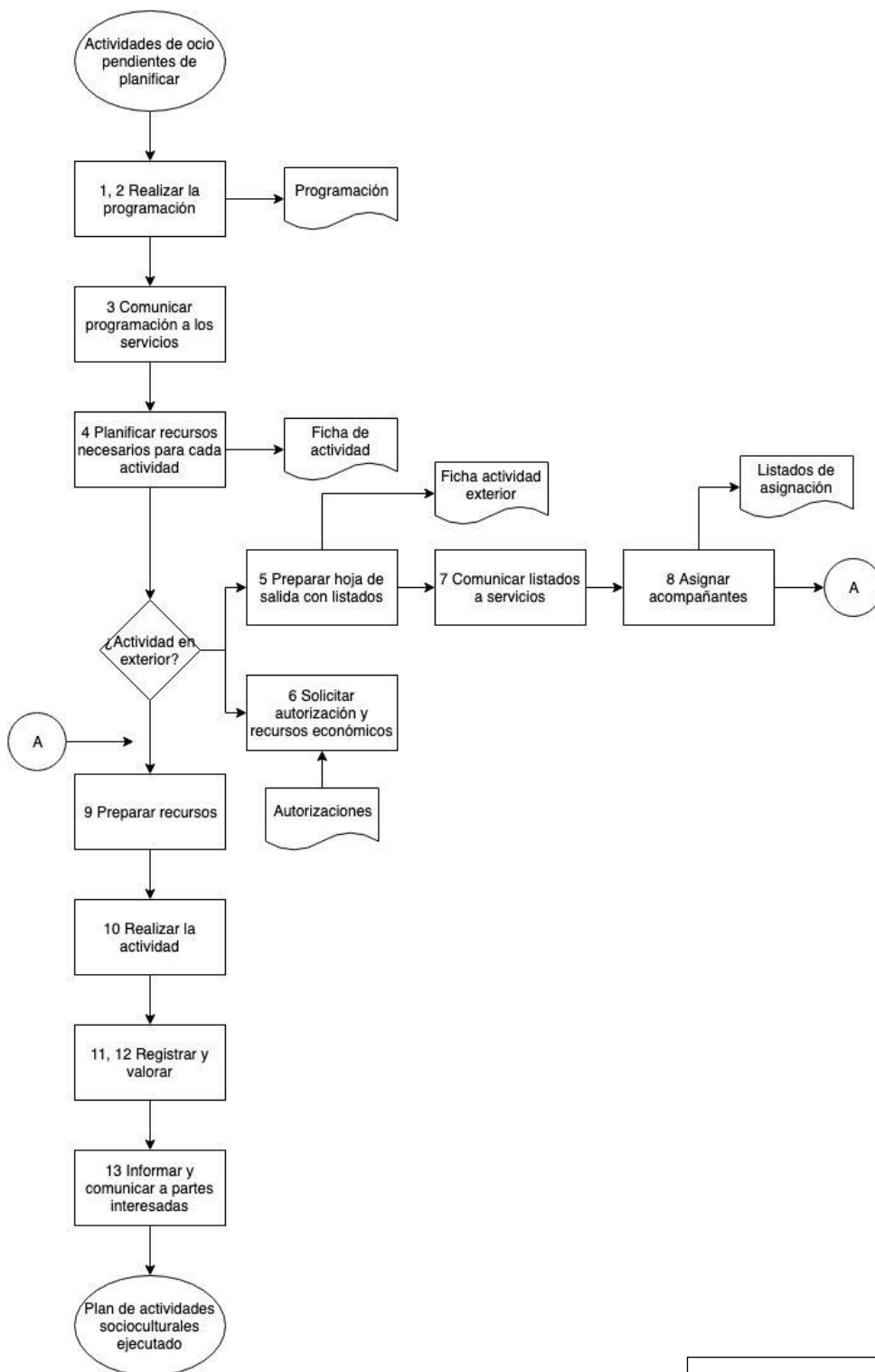
Nombre	Descripción	Responsable
Actividades socioculturales	Nº de actividades socioculturales realizadas: celebraciones, excursiones, etc	TO
Porcentaje de usuarios que se benefician del ocio mensual	% de usuarios que participan en el ocio mensual	TO
Participación en actividades	% de usuarios que participan al menos en 2 actividades semanales regularmente	TO
Grado de satisfacción de usuarios y familias con las actividades de ocio	Encuesta de satisfacción	Dirección

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR108.1</b>
	<b>INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR</b>		Fecha: 11/12/2018
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Conocer la situación social y personal de los familiares de la usuaria y establecer canales de comunicación y participación claros y fluidos con ellos siempre que sea posible, de manera que se pueda crear una relación de apoyo que repercuta positivamente en el mismo usuario, su familia y el centro.

### OBJETIVOS

- Conocer la realidad familiar del residente.
- Mantener a la familia siempre que sea posible como lugar afectivo de referencia de la persona.
- Establecer con la familia una relación de apoyo y confianza.
- Estimular y garantizar la participación y la colaboración de las familias y el derecho que tienen a ser oídas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección (en ausencia de TS).
- Otros profesionales implicados: médico, enfermería, TCAE de referencia, terapeuta ocupacional y todos aquellos profesionales implicados en la atención del usuario.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista al ingreso.</li> <li>• Comunicación de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de la estancia.</li> <li>• Necesidad resuelta.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y expectativas de usuarios y familiares.</li> <li>• Información aportada por usuarios y familias.</li> <li>• Informes de profesionales del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las necesidades.</li> <li>• Mejora en la calidad de vida del usuario.</li> <li>• Actividades organizadas con familias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias</li> <li>• Usuarios</li> <li>• Profesionales del centro</li> <li>• Comisión de Tutelas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: familias y usuarios</li> <li>• Indirectos: profesionales del centro, Comisión de Tutelas</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Entrevistar a usuario y familiares: inicial, el día de ingreso y cuando sea preciso.
2. Valorar la historia social.
3. Planificar la comunicación y participación familiar en los cuidados en la medida de lo posible.
4. Ejecutar el plan de comunicación/participación de los apoyos:
  - Entrevistas presenciales o telefónicas, programadas o a demanda en función de las necesidades, para conocer en cada momento la situación familiar y la relación con el residente.

- Información del PIR siempre que sea posible.
  - Participación de familiares en los apoyos al usuario.
  - Pautas a otros profesionales a la hora de prestar apoyos (en función de la información familiar).
  - Realización de actividades de ocio en las que pueda participar la familia.
5. Revisar y evaluar las actuaciones planificadas. De forma programada, al mismo tiempo que la revisión del Plan de Cuidados Personales, o siempre que se requiera.
  6. Trasladar la información relevante a profesionales de referencia para que conozcan la situación y su incidencia en la vida del residente.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informe social	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Documento/registro	PIR	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Partes de comunicación	
Documento/registro	Plan de actividades de ocio.	
Protocolos	Protocolo de aviso a familiares ante empeoramiento o cambio sustancial de salud de un residente.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Participación familiar	% de familias que participan en las actividades del centro o en apoyos a los usuarios.	Dirección (en ausencia de TS)
Contacto con familias	% de familias con las que hay contacto frecuente (igual o mayor a 1 x mes)	Dirección (en ausencia de TS)
Satisfacción con la comunicación y participación de las familias	Medida en encuesta a usuarios/familias	Dirección (en ausencia de TS)

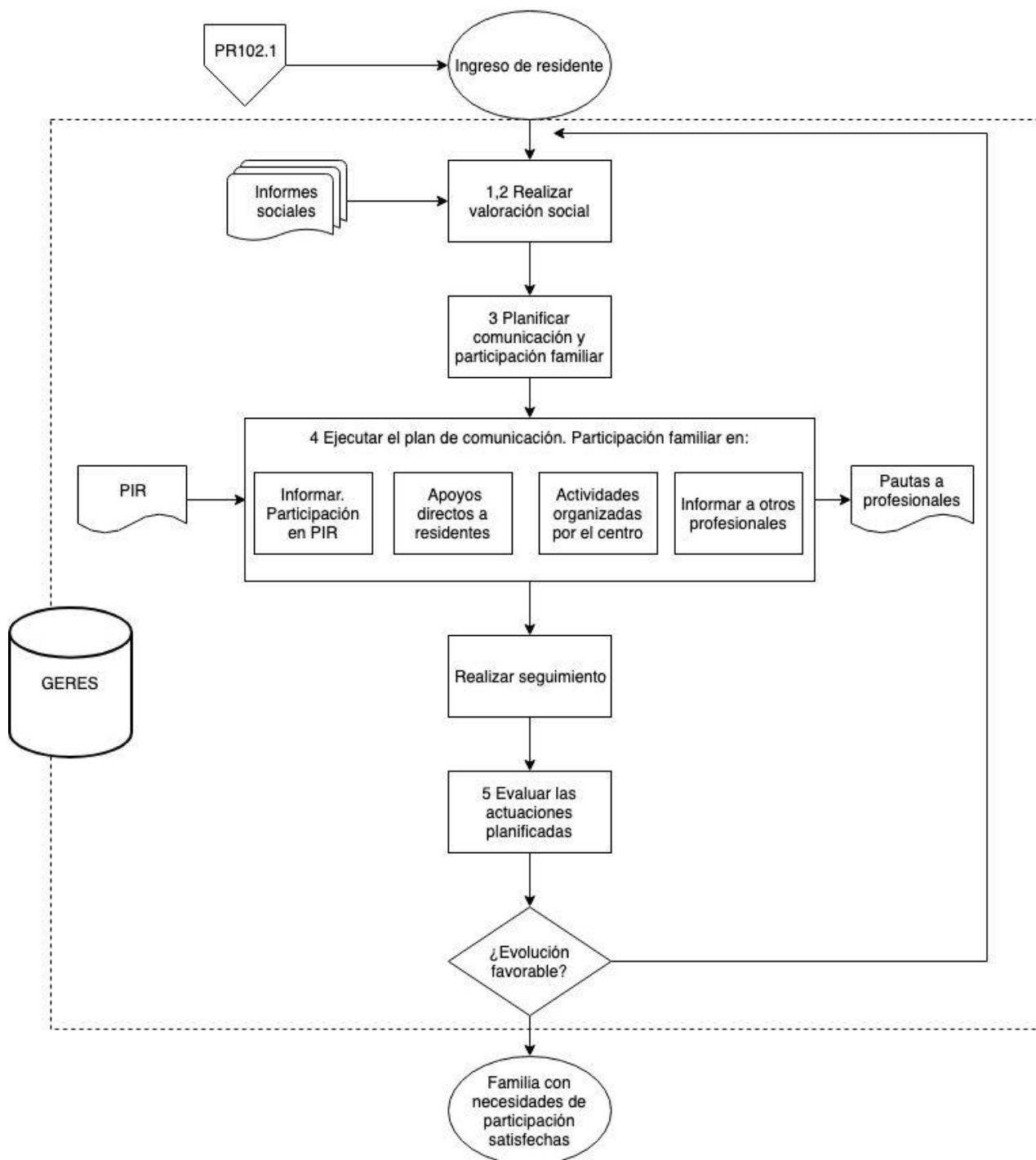


AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR108.2</b>
	<b>APOYO EN LAS GESTIONES</b>		Fecha: <b>11/12/2018</b>
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Dar respuesta a las necesidades legales o administrativas de la persona usuaria, orientando y apoyando a esta y su familia, o actuando de forma delegada cuando sea necesario.

### OBJETIVOS

- Apoyar en la gestión de trámites administrativos o legales relacionados con la residente.
- Mantener la documentación de las residentes actualizada.
- Realizar gestiones económicas de forma delegada.
- Coordinarse con el servicio de tutelas y autoridades judiciales para velar por los derechos de las personas tuteladas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección (en ausencia de TS).
- Otros profesionales implicados: médico, terapeuta, enfermera, PSA, administración, técnico de referencia, otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista de ingreso.</li> <li>• Detección o comunicación de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de la estancia.</li> <li>• Necesidad resuelta.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades administrativas y legales de usuarios.</li> <li>• Documentación e información aportada por usuarios y familias.</li> <li>• Informes de otros profesionales o instituciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las necesidades.</li> <li>• Documentación de la usuaria actualizada.</li> <li>• Coordinación con familias, tutelas y juzgados.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuaris, familias.</li> <li>• Tutelas, Juzgados.</li> <li>• Dirección Provincial.</li> <li>• Entidades bancarias.</li> <li>• Otros profesionales o instituciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: familias y usuarias.</li> <li>• Indirectos: S. Tutelas, Juzgados...</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Recoger información de la situación legal y administrativa (preingreso e ingreso):
  - Realizar entrevista con usuaria/familia/ tutelas: situación, necesidades...
  - Recibir informes de tutelas u otros profesionales.
  - Comprobar documentación.

2. Valorar:
  - Situación y necesidades administrativas o legales.
  - Capacidad de usuario/familia para realizar los diferentes trámites.
  - Necesidad de realizar gestiones económicas delegadas (las aprobadas por la comisión de tutelas).
3. Planificar apoyos en los diferentes trámites relacionados con las residentes:
  - Gestiones económicas, en coordinación con la familia o la comisión de tutelas: dinero de bolsillo y estancias
  - Trámites administrativos o de documentación.
  - Trámites relacionados con incapacitación o tutelas.
  - Trámites relacionados con la situación social de la usuaria o su familia.
4. Ejecutar apoyos planificados.
  - Supervisión u orientación.
  - Apoyo en trámites.
  - Gestiones delegadas.
  - Orientación acerca de recursos sociales de la comunidad.
  - Registro de actuaciones. Registro de entradas, salidas y balance de cuentas de dinero en metálico.
5. Seguir la evolución de situación.  
Comunicar información relevante a juzgados, TS, tutelas, técnico de referencia.
6. Actualizar la valoración y planificación.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informe social	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Base de datos	GERES	
Protocolos	Protocolo de comunicación con familias Protocolo de ingreso y acogida (enfermería y TCAE) Protocolo de visitas.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

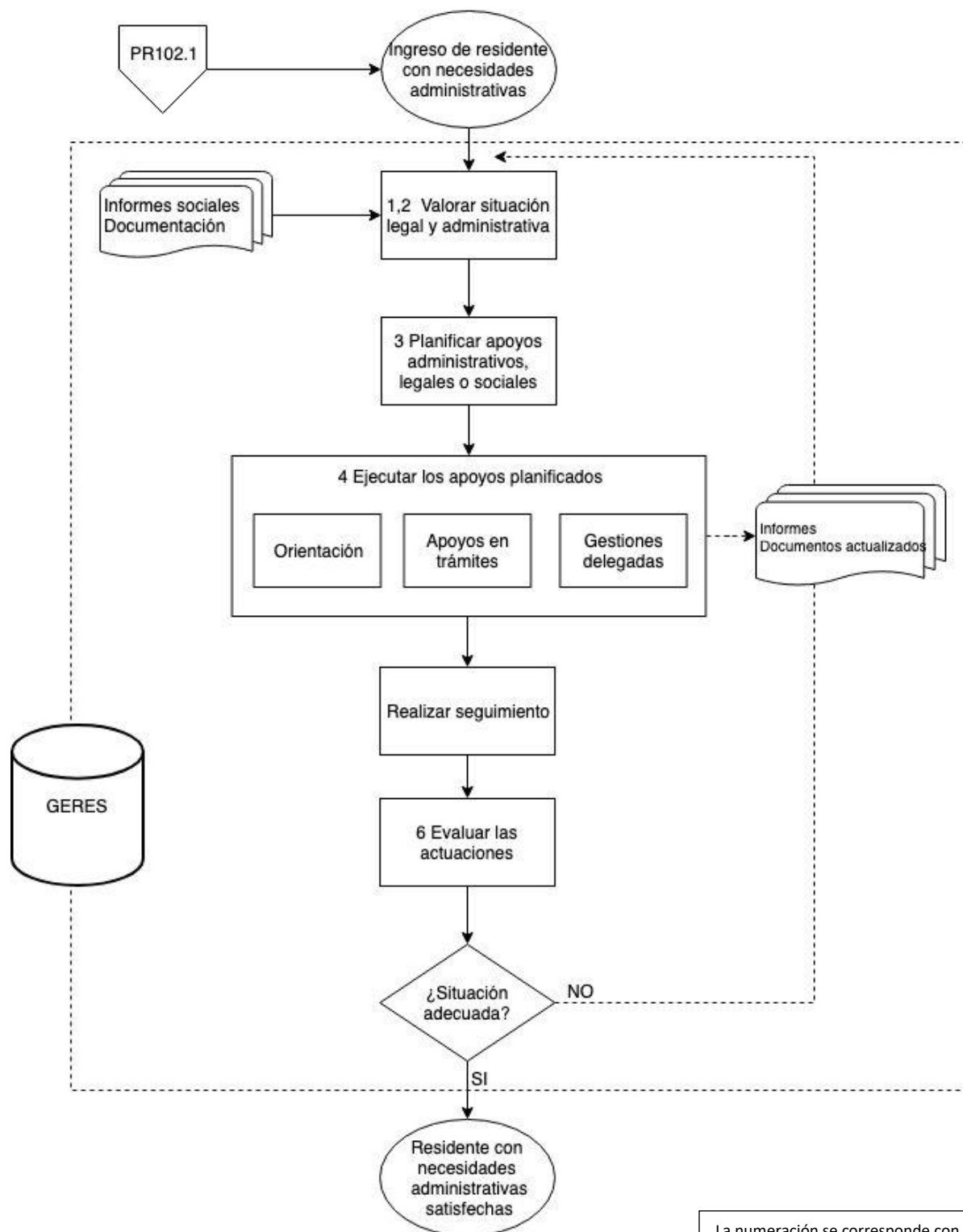
Nombre	Descripción	Responsable
Capacidad modificada judicialmente	% de usuarios con capacidad modificada judicialmente	Dirección (en ausencia de TS)
Tutelados por gobierno de Aragón	% de usuarios tutelados por el Gobierno de Aragón	Dirección (en ausencia de TS)
Satisfacción de usuarios/familias con el apoyo en las gestiones	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección (en ausencia de TS)

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR108.3</b>
	<b>GESTIÓN DE LAS PERTENENCIAS DEL RESIDENTE</b>	Fecha: 24/10/2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO DE CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Facilitar un vestuario adecuado y un entorno inmediato adaptado y acogedor, que respete las preferencias personales y proyecto vital del residente, como elementos clave en su calidad de vida.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la continuidad del proyecto vital del residente en la medida de las posibilidades.</li> <li>• Facilitar la entrada y cuidado de enseres personales que proporcionen un entorno próximo significativo y acogedor.</li> <li>• Lograr que el residente vaya vestido adecuadamente, facilitando sus preferencias.</li> <li>• Lograr que la ropa y otros elementos personales estén adaptados a necesidades especiales.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección y TCAE</li> <li>• Otros implicados: PSA, PESD, psiquiatra, enfermería, técnico de referencia, cuidador de referencia.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjudicación de plaza a futuro residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso continuo.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia social del residente.</li> <li>• Preferencias e historia de vida del residente.</li> <li>• Plan de atención individual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente vestido adecuadamente y según sus preferencias.</li> <li>• Residente con entorno significativo.</li> <li>• Satisfacción y mejora de autoestima.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente.</li> <li>• Familia/Tutor.</li> <li>• Profesionales de referencia.</li> <li>• Otros técnicos del centro.</li> <li>• Comisión de Tutelas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente.</li> <li>• Familia.</li> <li>• PESD, cuidador de referencia y otros profesionales implicados en la atención del residente.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asignar auxiliar de referencia (dirección) que controlará pertenencias y armario. Ver proceso <i>PR102.1 Admisión y preingreso</i>.</li> <li>2. Comunicarse e informar a familia o tutelas: orientación acerca de posibles pertenencias, entrega de listado de mínimos de ropa al ingreso...</li> <li>3. Ingreso:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir y comprobar estado y marcado de pertenencias. Enfermera, TO, TCAE (si es posible, la de referencia).</li> <li>• Realizar inventario (TCAE, enfermería).</li> <li>• Retirar objetos prohibidos/peligrosos (TCAE, enfermería).</li> </ul> </li> </ol>

- Colaboración-colocación en habitación/armario. TCAE, participación de la residente si tiene capacidad.
4. Marcar elementos que lo precisen a cargo de la familia/tutor. Si no lo hace la familia, TCAE, o si se requiere ayuda PESD de lavandería.
  5. Adaptar elementos que lo precisen. Se podrá requerir opinión. Se realiza en el centro.
  6. Revisar periódicamente el estado de pertenencias y necesidades. (TCAE de referencia) durante el cambio de ropa de temporada.
  7. Reparar elementos dañados o desgastados en el centro dentro de las posibilidades. Lo realiza PESD de lavandería.
  8. Solicitar reparación/reposición a familia/tutor o comunicación de necesidad a tuteladas, en caso de no poder repararse en el centro.
  9. Comprar ropa/enseres o reparación. Lo hace la familia o el centro.
  10. Registrar pagos y facturas s/p en programa.
  11. Recibir elementos comprados por familias (TCAE).
  12. Comprobar el estado/marcado. Lo hace TCAE de referencia.
  13. Se repiten puntos a partir del 5.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listado de elementos mínimos al ingreso	
Documento/registro	Inventario y control de pertenencias.	
Documento/registro	Listado de reparto de residentes y profesionales de referencia.	
Documento/registro	Plan Individual de Rehabilitación	
Protocolos asociados	Ingreso y acogida (TCAE) Ingreso y acogida (Enfermería)	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa, instrucciones. Buenas prácticas.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con pertenencias	Nº de quejas formales o incidencias registradas (extravío, rotura) en proporción al nº de residentes	Dirección
Actualización de inventarios	% de inventarios de pertenencias de usuarios actualizados en los últimos 6 meses	Dirección
Satisfacción de usuario/familia con la gestión de las pertenencias	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección

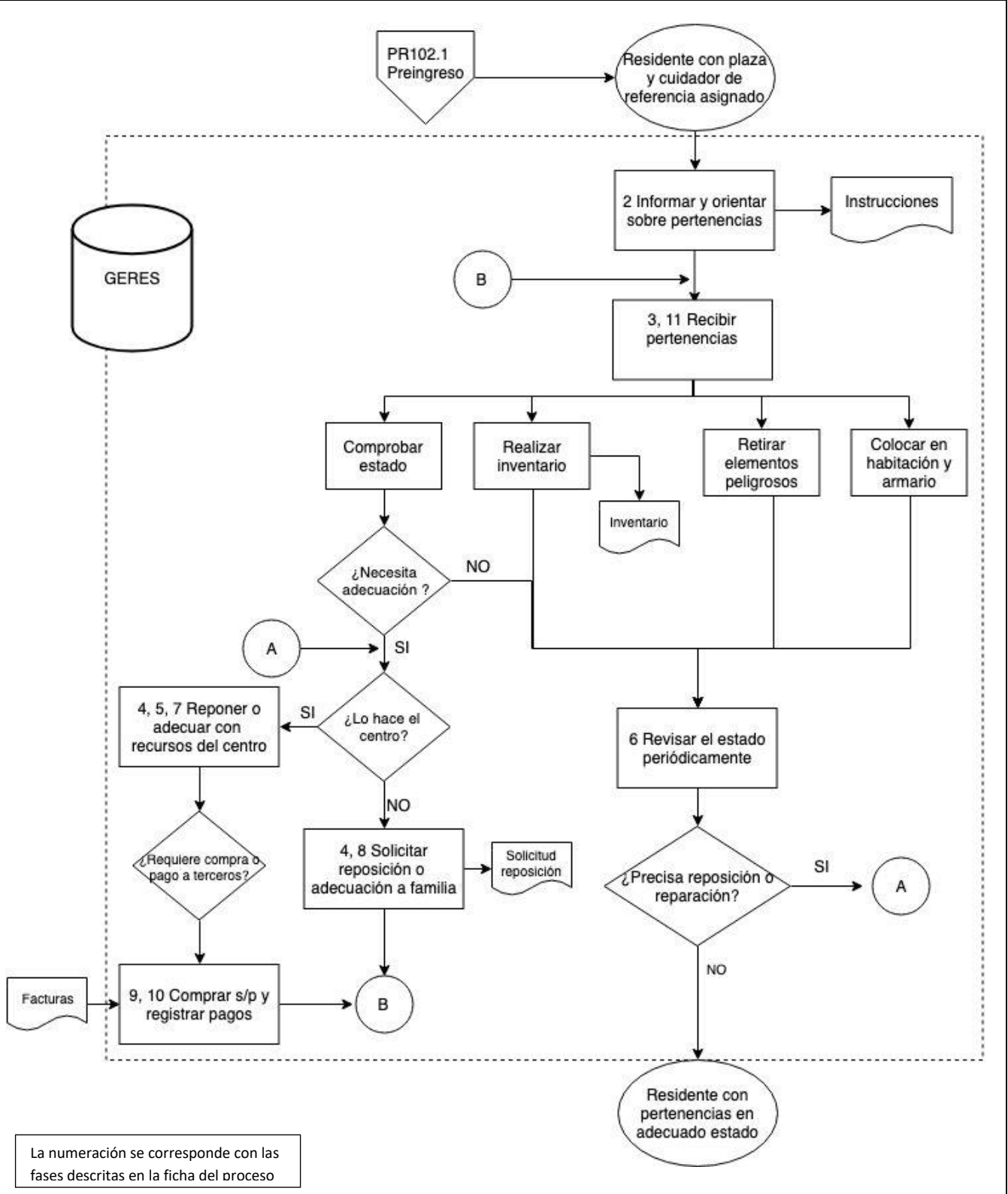


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO DE CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**





### 3.4 DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE SOPORTE





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201</b>
	<b>GESTIÓN ECONÓMICA</b>		Fecha: 07/03/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Gestionar de forma responsable, eficiente y transparente los recursos económicos del centro, colaborando en el buen servicio a los residentes, funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones.

### OBJETIVOS

- Disponer de una previsión de ingresos y gastos anual autorizada por la Dirección General de Presupuestos, o Gerencia del IASS.
- Elaborar una propuesta de inversiones del centro.
- Tramitar las necesidades de crédito.
- Elaboración y control de la ejecución de los contratos de suministros, obras y servicios que precisa el centro en función de la asignación presupuestaria y autorización de crédito.
- Justificar los gastos.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección, DP.
- Otros profesionales implicados: profesionales implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial (DP) y Gerencia del IASS.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de previsión de ingresos y gastos.</li> <li>• Proceso cíclico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución de presupuesto fiscalizada por intervención.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas.</li> <li>• Evaluación de ejecución presupuestaria del ciclo anterior.</li> <li>• Instrucciones de DP o Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuestos del centro aprobados.</li> <li>• Contratos administrativos.</li> <li>• Órdenes de pago e ingreso bancario.</li> <li>• Informes a DP/Gerencia/Intervención.</li> <li>• Buen funcionamiento del centro y correcta atención a los usuarios.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.</li> <li>• Usuarios del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. PR201.1 PROVISIÓN DE INGRESOS
2. PR201.2 CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA.
3. PR201.3 ANTICIPOS DE CAJA FIJA

**REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS**


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de gestión del centro.	
Documento/registro	Informes a Gerencia, Intervención...	
Documento/registro	Resoluciones: de inicio de expediente u otras	
Documento/registro	Pliegos de condiciones	
Documento/registro	Documentos contables	
Documento/registro	Facturas, albaranes...	
Documentos	Otros en función de subprocesos	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa vigente.
- Instrucciones de Dirección Provincial o Gerencia.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

**INDICADORES**

Nombre	Descripción	Responsable
	Los propios de cada subproceso	

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR201.1</b>
	<b>PROVISIÓN DE INGRESOS</b>	Fecha: 07/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Previsión y autorización de los recursos económicos necesarios para la actividad del centro, así como la recaudación de los copagos de estancias y servicios prestados.

### OBJETIVOS

- Disponer de una previsión de los recursos económicos necesarios en función de la planificación de la gestión y priorización de necesidades.
- Conseguir aprobación de Gerencia de un presupuesto para el centro adecuado a las necesidades reales.
- Elaborar una propuesta de inversiones para el centro (capítulo VI).
- Gestionar el cobro de la participación de los residentes en la financiación de sus estancias.
- Gestionar el cobro de servicios prestados en el centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección, Dirección Provincial (DP).
- Otros profesionales implicados: profesionales implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y Gerencia del IASS.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de necesidades del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación de gastos para el próximo ejercicio por parte de Gerencia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas.</li> <li>• Evaluación de ejecución presupuestaria del ciclo anterior.</li> <li>• Instrucciones de DP o Gerencia.</li> <li>• Registro de estancias y servicios prestados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades satisfechas.</li> <li>• Presupuestos del centro aprobados.</li> <li>• Órdenes de ingreso bancario.</li> <li>• Informes a DP/Gerencia/Intervención.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

#### **Elaboración de presupuestos**

1. Analizar las necesidades y prioridades según el plan de gestión del centro.
2. Analizar la ejecución presupuestaria del ejercicio anterior.
3. Realizar ajustes, actualización y concreción de las necesidades de gasto corriente (capítulo II).
4. Concretar y priorizar las necesidades de inversiones para el próximo ejercicio (capítulo VI).

5. Elaborar la memoria económica de necesidades (de gasto corriente y de inversiones).
6. Solicitar crédito a Gerencia.
7. Validar los informes por parte de Gerencia.
8. Aprobar el crédito y emitir el certificado de existencia de crédito por el Departamento de Hacienda (para gastos de tramitación anticipada).

### Gestión de ingresos directos

Gestión de cobro del copago de las plazas:

1. Comunicar la cuota a pagar por cada residente del centro. Gerencia o Dirección Provincial, en la notificación de ingreso.
2. Registrar en base informática de cuota, nº de cuenta, altas, bajas y movimientos de los residentes.
3. Comunicar a la entidad bancaria cargos y números de cuenta de cada residente.
4. Informar mensualmente las incidencias en el cobro a DP.

Este proceso se realiza con el apoyo de la Dirección Provincial.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base/programa informático	GERES	
Base/programa informático	SERPA	
Documento/registro	Informes a gerencia, intervención...	
Documento/registro	Informe de necesidades del centro.	
Documento/registro	Informe de necesidades de inversión.	
Documento/registro	Registro de facturas, albaranes...	
Documentos	Otros...	


### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Instrucciones de Dirección Provincial o Gerencia.
- Proyecto de gestión del centro.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Estancias	Nº de estancias anuales	Dirección, DP
Ocupación	Nº de estancias reales en proporción al nº teórico de estancias	Dirección, DP
Impagos de plaza	Proporción de residentes con impagos	Dirección, DP



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR201.2</b>
	<b>CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Fecha: 07/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Gestionar en conformidad con la legislación vigente la adquisición de los suministros, ejecución de las obras y contratación de los servicios necesarios para el funcionamiento y cumplimiento de los objetivos asistenciales del centro.

### OBJETIVOS

- Contratar de forma transparente y respetando las normas legales establecidas al efecto, los suministros, obras y servicios necesarios.
- Ajustar al máximo la ejecución presupuestaria.
- Conseguir las mejores condiciones posibles en precio y calidad de productos y servicios.
- Facilitar el trabajo de los profesionales, consiguiendo disponibilidad financiera suficiente para la adquisición de productos, ejecución de obras o contratación de servicios que se consideren precisos.
- Disponer de un procedimiento que minimice los plazos en la tramitación de pagos y garantice al mismo tiempo la legalidad y el control.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección, Dirección Provincial (DP).
- Otros profesionales implicados: profesionales implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y Gerencia del IASS.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación de propuesta de gasto del centro.</li> <li>• Proceso cíclico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución de contratos fiscalizada por intervención.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas priorizadas.</li> <li>• Análisis y distribución del presupuesto.</li> <li>• Resoluciones de Gerencia.</li> <li>• Instrucciones de DP o Gerencia.</li> <li>• Informes de Intervención Delegada.</li> <li>• Ofertas de empresas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratos administrativos.</li> <li>• Publicaciones en perfil de contratante y BOA.</li> <li>• Órdenes de pago e ingreso bancario.</li> <li>• Informes a DP/Gerencia/Intervención.</li> <li>• Necesidades de suministros y servicios satisfechas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.</li> <li>• Usuarios del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Aprobación de propuesta de gasto del centro (gerencia). Recibir certificado de existencia de crédito.
2. Elaborar pliego de cláusulas administrativas (PCAP). \*

3. Elaborar pliego de cláusulas técnicas (PPT).
4. Registrar en el módulo RM. Enviar documento contable "R", de retención de crédito en SERPA, a intervención delegada. Intervención contabiliza el R.
5. Elaborar documento contable "A", de autorización de gasto. Se envía con la documentación del expediente a Intervención.
6. El centro publica la licitación (con PCAP y PPT) en el perfil del contratante y boletines oficiales.
7. Constituir mesa de contratación.
8. Recibir ofertas, baremar y realizar propuesta de contratación.
9. Requerir a empresa la documentación necesaria.
10. Realizar la propuesta de contratación a Intervención con documento contable "D", de disposición de crédito.
11. Adjudicar contrato. Formalización de contrato (fiscalización por Intervención).
12. Informar a profesionales del centro implicados.
13. Ejecutar el contrato:
  - Realizar servicio o provisión de mercancías. Ver procesos de almacén.
  - Recibir, registrar y cotejar facturas con albaranes y contratos.
  - Gestionar incidencias.
  - Registrar en SERPA (DP).
  - Tramitar el pago a través de entidad bancaria (DP).
14. Justificar los gastos.
  - Elaborar documento contable "O", de reconocimiento de obligación.
  - Enviar a Intervención junto a facturas.
  - Fiscalizar el gasto.
  - Gestionar disconformidades.
15. Abonar importe por tesorería.

\* No se realiza en caso de contrato menor.

Este proceso se realiza en su mayor parte por o con el apoyo de la Dirección Provincial.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base/programa informático	SERPA	
Base/programa informático	Archivos de gestión de almacén	
Documento/registro	Contratos formalizados con las empresas.	
Documento/registro	Informes a gerencia, intervención...	
Documento/registro	Pliegos de condiciones	
Documento/registro	Registro de contabilidad del centro.	
Documento/registro	Documentos contables: R, A, D, O...	
Documento/registro	Facturas, albaranes...	
Documento/registro	Orden de pago a proveedores.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Instrucciones de Dirección Provincial o Gerencia.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Ejecución presupuestaria	% de ejecución presupuestaria	Dirección, DP
Ejecución presupuestaria por contratos	% Ejecución mensual por cada contrato o tipo de contrato	Dirección, DP
Incidencias con empresas contratadas	Nº de incidencias con empresas adjudicatarias	Dirección

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR201.3</b>
	<b>ANTICIPOS DE CAJA FIJA</b>	Fecha: 07/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Gestionar los anticipos de caja (pagos en metálico o transferencia) y los gastos a justificar (pagos mediante transferencia, directamente del centro a los proveedores y justificación posterior).

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de un instrumento que permita dar solución a determinadas necesidades del centro que precisen repuesta inmediata.</li> <li>• Agilizar el proceso administrativo de pago de facturas.</li> <li>• Facilitar el trabajo de los profesionales, consiguiendo disponibilidad financiera inmediata para la adquisición de productos de bajo coste.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección, Dirección Provincial (DP).</li> <li>• Otros profesionales implicados: profesionales implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y Gerencia del IASS.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de pago inmediato de gastos de pequeña cuantía (ACF) y pago de facturas de importe inferior a 3.750,00 € mediante transferencia desde la cuenta del centro habilitada al efecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificación ante intervención delegada; aprobación de la cuenta por la secretaría general y reposición de fondos.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de compra o servicio.</li> <li>• Nombramiento de cajero-pagador.</li> <li>• Facturas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de suministro satisfecha.</li> <li>• Registros contables.</li> <li>• Documentos contables.</li> <li>• Órdenes de pago bancario.</li> <li>• Informes a DP/Gerencia/Intervención.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Gerencia del IASS.</li> <li>• Empresas de suministros y servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Gerencia.</li> <li>• Intervención delegada.</li> <li>• Empresas de suministros y servicios.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES</b>
<p style="text-align: center;"><b>Anticipos de caja fija. Pago en metálico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retirar efectivo del banco con talón (máximo en caja: 375,00 €).</li> <li>2. Solicitar efectivo por trabajador del centro.</li> </ol>

3. Valorar la necesidad e idoneidad de método de pago (dirección).
4. Entregar efectivo y firma de recibo.
5. Comprar.
6. Entregar factura correspondiente al abono realizado y devolver metálico sobrante.
7. Registrar los movimientos en la contabilidad correspondiente.
8. Elaborar relación de facturas, registrar en SERPA y elaborar "ADO".
9. Enviar documentación a Intervención Delegada.
10. Realizar fiscalización: Intervención.
11. Aprobar la cuenta por la Secretaría General en función del informe de la Intervención.
12. Reponer el importe en cuenta

#### **Anticipo de caja fija. Pago mediante transferencia**

1. Solicitar suministro o servicio.
2. Valorar la necesidad e idoneidad de método de pago (administrador, dirección).
3. Realizar compra/contratación.
4. Recibir, conformar y validar facturas.
5. Registrar movimientos en la contabilidad correspondiente en SERPA. DP.
6. Elaborar relación de facturas, registrar en SERPA y ordenar transferencias al banco.
7. Justificar los pagos a intervención delegada. Informar de la relación de facturas y elaborar documento contable "ADO".
8. Fiscalizar: Intervención.
9. Aprobar cuentas: Secretaría General.

Este proceso se realiza con el apoyo de la Dirección Provincial.

#### **REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS**


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base/programa informático	SERPA	
Documento/registro	Plan de gestión del centro.	
Documento/registro	Informes a gerencia, intervención...	
Documento/registro	Documentos contables ADO	
Documento/registro	Facturas, albaranes...	
Documento/registro	Registro contable de entradas/salidas	

#### **NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa vigente.
- Instrucciones de Dirección Provincial o Gerencia.
- Proyecto de gestión del centro.

#### **INDICADORES**

Nombre	Descripción	Responsable
Nº de pagos realizados con ACF	Nº de pagos realizados con ACF	Director, administración
Volumen de gasto con ACF	% de gasto realizado con ACF	Director, administración

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR202</b>
	<b>GESTIÓN DE CONTEXTOS FÍSICOS</b>	Fecha: 07/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD	
AMBITO DE APLICACIÓN CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD	VALIDADO POR GERENCIA IASS	

### MISIÓN

Proporcionar entornos significativos, confortables y socialmente valorado por las personas, que además den respuesta a sus necesidades de seguridad y accesibilidad.

### OBJETIVOS

- Disponer de una adecuada adaptación arquitectónica y física del centro a las necesidades y preferencias de las personas usuarias.
- Conservar adecuadamente Las instalaciones del centro.
- Facilitar y proporcionar espacios de movilidad y paseo agradables.
- Proporcionar ambientes acogedores y adaptados a las diferentes necesidades: socialización, actividad, reposo, intimidad...
- Proporcionar espacios accesibles y orientadores, que favorezcan la autonomía personal y donde las personas se sientan cómodas y seguras.
- Promover y facilitar la personalización de los espacios.
- Favorecer la participación y la relación de la persona usuaria con su entorno.
- Proporcionar contextos que faciliten la seguridad y el adecuado desarrollo del trabajo.
- Dar una buena imagen del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección
- Otros profesionales implicados: profesionales de referencia, personal de mantenimiento, PESD, resto de trabajadores del centro.

#### INICIO DEL PROCESO

- Evaluación de la adecuación de espacios

#### FINAL DEL PROCESO

- Evaluación de los resultados de las actuaciones planificadas.

#### ENTRADAS

- Necesidades y preferencias de usuarios, familias y trabajadores.
- Plan de gestión del centro.
- Informes de necesidades de mantenimiento.
- Informes de prevención de riesgos laborales (PRL).

#### SALIDAS

- Necesidades y preferencias satisfechas.
- Obras de mantenimiento o mejora.
- Actualización de equipamientos.

#### PROVEEDORES

- Usuarios, familias.
- Personal de mantenimiento
- Otros trabajadores del centro.
- Servicio de PRL.

#### DESTINATARIOS

- Usuarios, familias.
- Trabajadores del centro.

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Supervisar y evaluar la adecuación de espacios, instalaciones y equipamientos a las necesidades de usuarios y trabajadores.
2. Identificar necesidades y recibir propuestas de reparación o de mejora, tanto a nivel arquitectónico como ambiental. Puede ser a través de:
  - Informes o plan de mantenimiento del centro.
  - Informes del servicio de prevención de riesgos laborales.
  - Participación de trabajadores en las propuestas de inversión o adaptación en cada servicio.
  - Participación de usuarios, profesionales de referencia o familias en propuestas de adaptación.
3. Estudiar y priorizar las necesidades de acuerdo a la misión del proceso y las capacidades del centro.
4. Planificar las actuaciones.
5. Ejecutar las actuaciones planificadas:
  - Con recursos disponibles:
    - Personal del centro.
    - Empresas ya contratadas.
  - Compra de material o contratación de servicios externos.
6. Evaluar los resultados.

## REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Acta de reuniones	
Documento/registro	Solicitud de inversiones	
Documento/registro	Presupuestos	
Documento/registro	Contratos de obra o servicio	
Documento/registro	Partes de mantenimiento	
Documento/registro	Historia y proyecto vital	
Documento/registro	Encuestas	
Documento/registro	Quejas/sugerencias	
Documento/registro	Plan de gestión del centro	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

## INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Actuaciones de PRL en contextos	% de necesidades de PRL relacionadas con contextos físicos atendidas	Dirección
Personalización de habitaciones	% de habitaciones personalizadas con al menos los elementos que se indiquen	Enfermería
Satisfacción de usuarios/familias con los contextos	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.1</b>
	<b>LIMPIEZA DEL CENTRO</b>	Fecha: 29/05/2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD C. A. CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Garantizar un nivel de limpieza óptimo, así como unas buenas condiciones higiénicas en todos los ámbitos del centro, prestando un buen servicio.

### OBJETIVOS

- Mantener un estado de limpieza de las estancias que contribuya al bienestar del usuario y a unas condiciones de vida dignas.
- Facilitar un entorno saludable para los usuarios, así como la prevención de riesgos laborales.
- Facilitar el trabajo de los profesionales.
- Dar respuesta eficiente a las posibles necesidades sobrevenidas relacionadas con la limpieza del centro.
- Contribuir a la buena imagen del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: PESD.
- Otros implicados: TCAE, personal de cocina, resto de profesionales del centro, empresa contratada.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de limpieza de una estancia y mobiliario del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancia y mobiliario limpio.</li> <li>• Proceso de carácter permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas de usuarios y personal.</li> <li>• Estancias y mobiliario con déficit de higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de usuarios y trabajadores.</li> <li>• Estancias y mobiliario limpios y en adecuado estado y desinfección.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Usuarios/familias.</li> <li>• Empresa contratada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios y trabajadores del centro.</li> <li>• Indirectos: familias, otros profesionales externos.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### Planificación de actuaciones

1. Hacer relación de las tareas a realizar en cada uno de los distintos espacios del centro: habitaciones, zonas comunes y oficinas.
2. Planificar la periodicidad de las tareas de limpieza para cada espacio: tareas diarias básicas y tareas de limpieza en profundidad periódicas.
3. Asignar y repartir las tareas diarias por turno/zona.
4. Ejecutar y registrar las tareas y resultados.
5. Actuar ante imprevistos.

- Realizar limpiezas profundas periódicas según estado de planillas y programación.

### **Limpieza de plantas y habitaciones**

- Apertura de ventanas tras levantar a residentes (TCAE).
- Limpiar zonas comunes, salas, controles de auxiliares y botiquines (PESD, mientras TCAE trabajan en las habitaciones).
- Limpiar y arreglar habitación:
  - Limpieza de mobiliario y elementos de habitaciones. PESD cuando TCAE y residente han salido.
  - Arreglo de camas (TCAE).
- Recoger basuras.
- Limpiar suelos.
- Cerrar ventanas (PESD).
- Trasladar basuras.
- Revisar y comprobar el estado de limpieza a final de turno.

### **Limpieza de zonas comunes**

- PESD del centro.
  - Primera y segunda planta.
- PESD de empresa externa.
  - Planta baja, planta tercera, sótanos y exteriores.
- Personal de empresa de cocina: zona de comedor, office y cocina.

## **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de limpieza del centro	
Documento/registro	Reparto de tareas	
Documento/registro	Planillas de turnos	
Instrucciones	Asignación de zonas de limpieza	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limpieza y desinfección de sala de curas de PESD</li> <li>Limpieza y desinfección de sala de curas de TCAE</li> </ul>	

## **NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Proyecto de gestión del centro.
- Normativa y guías vigentes.
- Guías de buenas prácticas.

## **INDICADORES**

Nombre	Descripción	Responsable
Nº de incidencias de limpieza	Nº de trabajos relacionados con incidencias de limpieza en proporción al nº de residentes	PESD
Nº de quejas relacionadas con la limpieza	Quejas de usuarios o profesionales en proporción al nº de residentes.	Dirección
Satisfacción con la limpieza del centro	Satisfacción de trabajadores y familias medida en encuesta de calidad	Dirección



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR203.2</b>
	<b>LAVANDERÍA</b>		Fecha: 14/03/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>		ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>		VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Garantizar adecuado estado de conservación y limpieza de la ropa de usuarias, que ayude a conseguir la mayor dignidad, autoestima y realización dentro de su proyecto vital.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un adecuado estado de limpieza de los diferentes elementos textiles.</li> <li>• Contribuir a minimizar las incidencias por extravío.</li> <li>• Colaborar en su conservación.</li> <li>• Dar respuesta eficiente a las posibles necesidades relacionadas con el estado de la ropa.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: PESD del equipo de calidad.</li> <li>• Otros implicados: dirección, TCAE, enfermería.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de limpieza de ropa de residentes o centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ropa limpia y ordenada en armarios o perchas.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de las residentes y trabajadores.</li> <li>• Ropa de usuarias y del centro utilizada y sucia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de residentes y trabajadores.</li> <li>• Ropa limpia y en adecuado estado.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes.</li> <li>• TCAE.</li> <li>• Otros trabajadores del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: residentes y trabajadores del centro.</li> <li>• Indirectos: familias, otros...</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<p><b>Ropa de usuarias</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recoger ropa sucia de las residentes y del centro en planta (TCAE). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se retiran elementos no lavables.</li> <li>• Se almacena en sacos clasificada (color o blanco).</li> </ul> </li> <li>2. Enviar la ropa en sacos a través del tubo (TCAE).</li> <li>3. Recoger la ropa en lavandería (PESD).</li> <li>4. Comprobar el estado y clasificado de ropa en lavandería (PESD).</li> </ol>

5. Lavar la ropa con programa en función del tipo de ropa y grado de suciedad (PESD todo el ciclo).
  6. Comprobar si está limpia, en caso negativo se revisa el programa y se vuelve a lavar.
  7. Secar.
  8. Planchar.
  9. Comprobar el estado y marcaje de la ropa.
  10. En caso de que esté deteriorada o mal marcada:
    - Se repara en el centro por PESD de lavandería si es posible.
    - Si no se puede reparar en el centro, la PESD lo comunica a TCAE de referencia o dirección. Dirección lo comunica a familia/tutor, ver proceso *PR109.3 Gestión de pertenencias*.
1. Doblar ropa.
  2. Colocar en carros por plantas.
  3. Recoger carro por TCAE de cada planta.
  4. En planta, las TCAE ordenan la ropa y colocan en armario.
  5. PESD o TCAE recoge el carro de planta.

### Ropa de trabajadores

1. Recoger ropa en cubos situados en vestuarios.
2. Realizar ciclo de lavado, como el anterior.
3. Colocar en perchas por categorías y nombre.
4. Recoger en armario de pasillo (cada trabajador).

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listado con números de residentes	
Documento/registro	Listado de ropa/pertenencias de residentes.	
Protocolos relacionados	Protocolo de lavandería.	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa e instrucciones vigentes.
- Proyecto de gestión del centro.

### INDICADORES

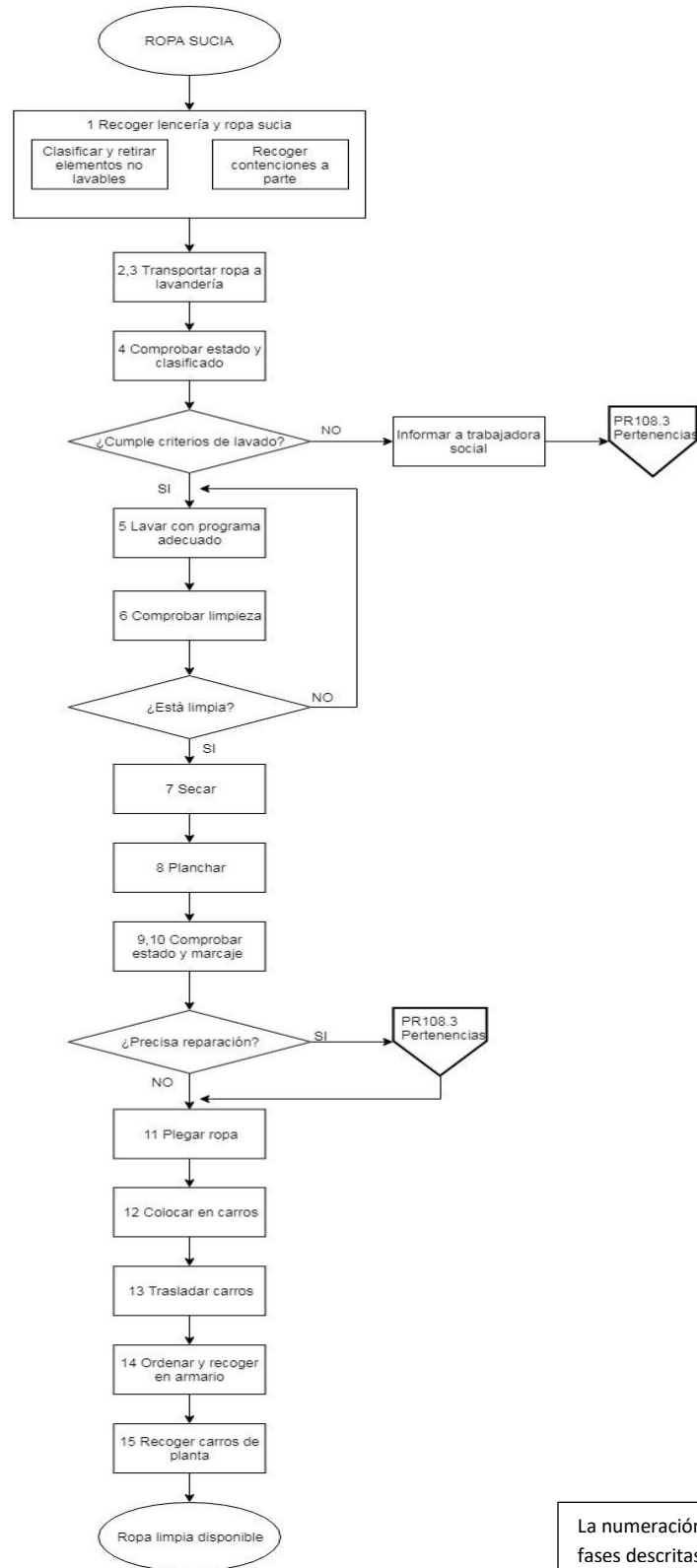
Nombre	Descripción	Responsable
Kilos de ropa lavados	Nº de kilos de ropa lavados al mes	PESD
Incidencias con lavandería	Quejas o incidencias relacionadas con el lavado de ropa	Dirección
Servicio de costura	Nº reparaciones o adaptaciones realizadas	PESD
Satisfacción con el servicio de lavandería	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.3</b>
	<b>GESTIÓN DE COMEDORES</b>	Fecha: 04/05/2018
		Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Proporcionar adecuados espacios, ambiente, distribución y condiciones higiénico-dietéticas para el apoyo de la actividad diaria de comer, contemplando las necesidades o preferencias de las usuarias del centro.

### OBJETIVOS

- Conservar un ambiente confortable que favorezca la socialización, interacción y disfrute de las comidas.
- Asegurar condiciones higiénicas adecuadas, tanto de la cadena alimentaria como de las instalaciones.
- Procurar la coordinación necesaria entre cocina y TCAE para el ajuste de los tiempos y temperatura de los alimentos en el momento de comer.
- Proporcionar a cada usuaria y/o profesional de atención directa los utensilios, productos de apoyo, y alimentos que necesitan o demandan en cada comida.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección, personal cocina.
- Otros implicados: TCAE, terapeuta ocupacional (TO), médico, enfermería.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de espacios</li> <li>• Montaje de mesas antes de la comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de servicio tras la comida.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas de usuarias.</li> <li>• Recomendaciones nutricionales, alimentarias y de cocinado generales.</li> <li>• Recomendaciones del plan individual de cada usuaria.</li> <li>• Pautas de técnicos concretas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comedor en adecuadas condiciones ambientales e higiénicas para la comida.</li> <li>• Utensilios y productos de apoyo que cada usuaria/profesional necesite.</li> <li>• Alimentos servidos en las condiciones establecidas para cada usuaria.</li> <li>• Satisfacción de las usuarias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarias/familias.</li> <li>• Médico, TO, enfermería.</li> <li>• Otros profesionales internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarias y trabajadores del centro.</li> <li>• Indirectos: familias, otros profesionales externos.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Planificación previa de necesidades:**

- Planificar los espacios y ubicación de usuarias (tras ingreso, enfermería).
- Señalizar las ubicaciones de las usuarias en comedor. Enfermería.

- Estudiar y comunicar las necesidades y pautas de las usuarias relacionadas con la actividad de comer (enfermería el día de ingreso, enfermería o TO en caso de nuevas pautas a lo largo de la estancia).
- Registrar las pautas comunicadas o preferencias de cada residente en listados.
- Conservar espacios y mesas.

### **Servicio de comida en comedor general.**

1. Montar las mesas con vajilla, productos de apoyo y cubiertos (personal de la empresa de cocina).
2. Montar el carro de servicio con recipientes de comida (personal de la empresa de cocina).
3. Avisar a residentes y personal de inicio de turno de comedor (Enfermería/TCAE con campana).
4. Llegada de usuarias a comedor (o traslado por TCAE de aquellas con dificultades de movilidad).
5. Realizar servicio de mesas (personal de la empresa).
6. Atender las demandas o necesidades de usuarias o profesionales durante la comida (personal de la empresa).
7. Salida de usuarias y personal de atención directa de comedor.
8. Retirar servicio (personal de la empresa).
9. Limpiar mesas e instalaciones (personal de la empresa).

### **Servicio de comida en comedores de plantas.**

1. Montar bandejas en cocina: personal de la empresa de cocina.
2. Colocar las bandejas en carros: el personal de la empresa de cocina.
3. Transportar los carros: el personal de cocina al comedor correspondiente.
4. Reparto de bandejas: TCAE y personal de cocina.
5. Atender las demandas o necesidades de usuarios o profesionales durante la comida (personal de la empresa).
6. Recolocar bandejas en carro (TCAE y personal de cocina)
7. Limpiar mesas e instalaciones: el personal de cocina.
8. Transportar los carros a office: el personal de cocina.
9. Limpiar y recoger las bandejas y cubiertos: personal de cocina.

## **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listado de dietas y necesidades de residentes	
Documento/registro	Horario de comedor	
Documento/registro	Menú semanal	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Protocolos	Alimentación Hidratación oral Ingreso y acogida (enfermería)	

## **NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Proyecto de gestión.
- Normativa e instrucciones vigentes.
- Guías de buenas prácticas.

## **INDICADORES**

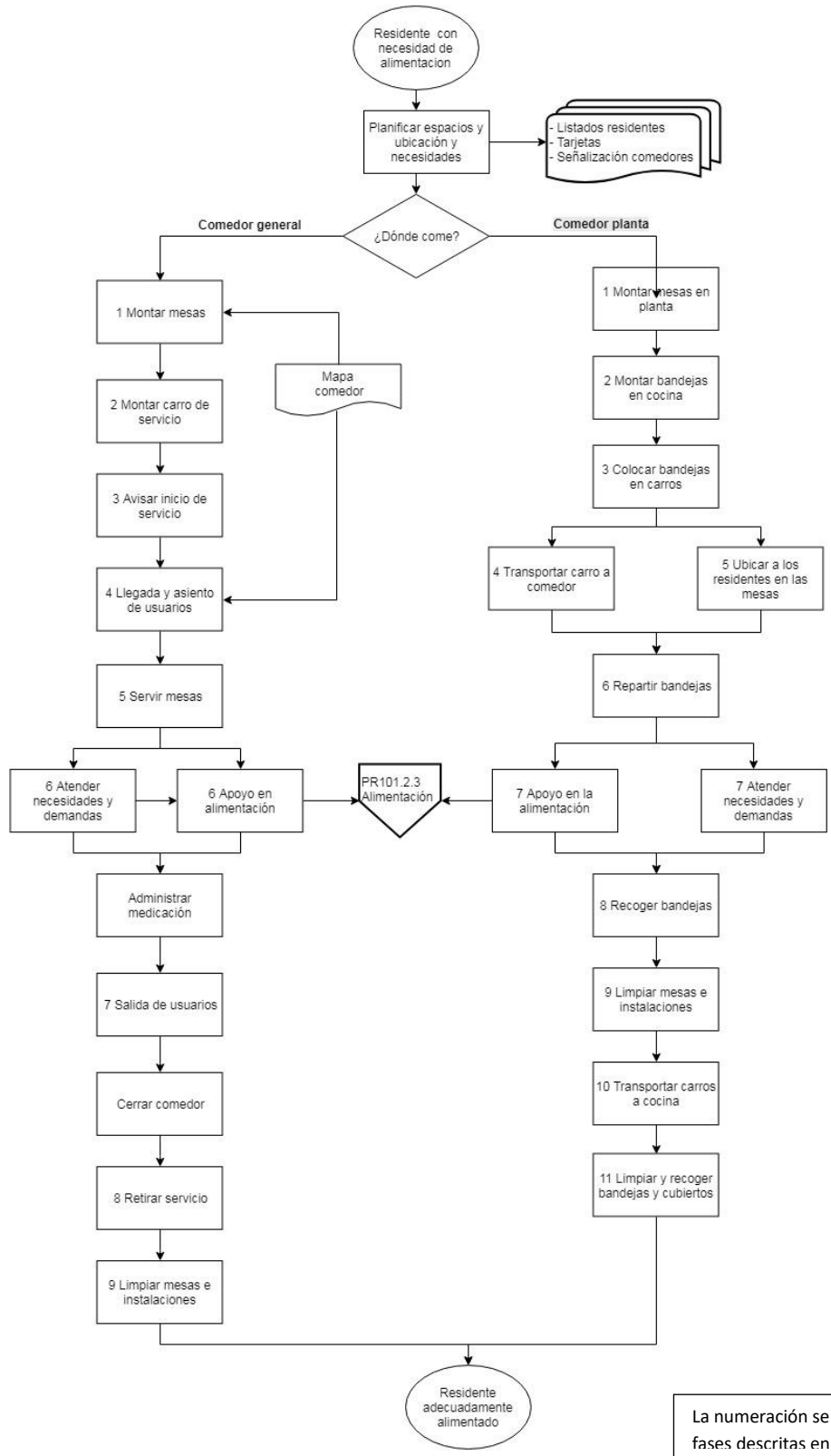
Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con comedor	Nº quejas o incidencias con el servicio detectadas o comunicadas	Dirección
Satisfacción con el servicio de comedor	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.4.1</b>
	<b>DISEÑO DE MENÚ</b>	Fecha: <b>04/05/2018</b>
		Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Diseñar un menú que proporcione a los usuarios una dieta saludable, fuente de estímulos placenteros y que contemple sus preferencias o expectativas.

### OBJETIVOS

- Disponer de un menú general con variaciones cuantitativas o cualitativas que cubran las necesidades de salud de las residentes.
- Satisfacer las necesidades nutricionales o particularidades de cada una de las residentes.
- Facilitar variedad en las comidas, así como en las rotaciones de los diferentes menús, de forma que la alimentación sea fuente de estímulos placenteros.
- Contemplar las preferencias o expectativas de las residentes para adaptar en la medida de las posibilidades el menú a las mismas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: directora.
- Otros implicados: médico, enfermería, empresa contratada, otros trabajadores del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de las necesidades nutricionales generales de las usuarias del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú mensual elaborado y aprobado por médico y dirección.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencias y expectativas de las usuarias.</li> <li>• Necesidades de salud de las usuarias.</li> <li>• Recomendaciones plan individual de cada usuaria.</li> <li>• Pautas concretas de técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú semanal aprobado con diferentes opciones dietéticas.</li> <li>• Satisfacción de las necesidades y preferencias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarias/familias.</li> <li>• Médico, enfermería.</li> <li>• Profesionales de referencia.</li> <li>• Otros profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarias del centro.</li> <li>• Indirectos: familias, otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Estudiar las necesidades y gustos de las residentes.
  - Estudios nutricionales y de necesidades.
  - Pautas de alimentación saludable (médico-enfermería).
  - Estudio de las preferencias de las residentes. A través de profesionales de referencia, trabajos en grupos o encuestas...
2. Realizar reuniones periódicas para planificar y establecer criterios comunes o posibles cambios: dirección, responsable de la empresa contratada, jefa de cocina, médico/enfermería...

3. Concretar los menús mensuales por la empresa contratada:
  - Menús normales.
  - Modificaciones cualitativas y cuantitativas: diabético, baja en sal/grasa, triturada, fácil masticación, mixta...
  - Pautas específicas de preparación si procede.
4. Aprobar el menú por médico del centro (enfermería en su ausencia).
5. Realizar autorización final. La dirección.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listado de dietas, preferencias y necesidades de residentes	
Base informática	GERES	
Documento/registro	Actas de reuniones	
Documento/registro	Menú mensual y sus modificaciones	
Documento/registro	Partes de comunicaciones	
Protocolos	Alimentación Hidratación oral Ingreso y acogida (Enfermería)	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión.
- Normativa e instrucciones vigentes.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con el menú	Nº de quejas/sugerencias En proporción al nº de residentes	Dirección
Nº de variaciones del menú diario	Diferentes opciones contando variaciones cualitativas o de textura	Cocinero, responsable de empresa
Satisfacción con el menú	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR203.4.2</b>
	<b>ELABORACIÓN DE MENÚ</b>		Fecha: 04/05/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
Transformación de las materias primas en los menús diarios planificados consiguiendo un alto valor nutricional, disfrute y satisfacción de las expectativas de las residentes.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contemplar las preferencias generales de las residentes en la elaboración y presentación de la comida.</li> <li>• Adaptar el menú planificado a las preferencias o necesidades puntuales de cada residente.</li> <li>• Proporcionar la comida planificada en tiempo y condiciones apropiadas.</li> <li>• Asegurar al aporte de nutrientes adecuados en cada dieta.</li> <li>• Ajustar las cantidades de los diferentes tipos de menú y sus variaciones.</li> <li>• Actualizar el número y tipo de dietas en función de las necesidades de cada día.</li> <li>• Asegurar la higiene y seguridad alimentaria.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección.</li> <li>• Otros implicados: personal de cocina/empresa contratada, enfermería, TCAE, otros...</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción de menú mensual autorizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú diario elaborado y listo para servir.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y preferencias de las residentes.</li> <li>• Menú mensual autorizado.</li> <li>• Listado de dietas de las residentes.</li> <li>• Pautas concretas de técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú diario elaborado.</li> <li>• Satisfacción de las necesidades y preferencias.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios/familias.</li> <li>• Médico, enfermería.</li> <li>• Profesionales de referencia, TCAE, otros profesionales.</li> <li>• Empresa contratada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarias del centro.</li> <li>• Indirectos: TCAE, otros profesionales del centro.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
1. Recibir menú mensual autorizado. Lo recibe el personal de cocina.

2. Realizar provisión de recursos. Previsión de necesidades de materia prima, realización de pedidos a proveedores y conservación en cámaras o almacenes. Lo realiza el personal de cocina (ver proceso *Gestión de Almacén de Cocina*).
3. Concretar el menú del día. Recuento de nº de dietas de cada tipo y recepción de pautas nuevas. Enfermería, a primera hora del turno, se encarga de decidir las dietas de cada paciente según los alimentos que haya ese día en el menú (normal, triturada, astringente, etc.). Comunicación a cocina verbal.
4. Preparar la materia prima y herramientas del día.
5. Cocinar los alimentos.
6. Emplatar.
7. Controlar el producto final: presentación, temperatura...  
Además del control por el personal de cocina, enfermería se encarga de supervisarlo y recoger observaciones de usuarias/TCAE, comunicando incidencias a cocina o dirección.
8. Recoger y almacenar las muestras alimentarias.
9. Limpiar las herramientas y superficies.
10. Controlar y registrar los puntos de peligro y de control críticos: temperaturas de cámaras, equipos y alimentos; estado y limpieza de aparatos y superficies.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Menú mensual y sus modificaciones	
Documento/registro	Listado de dietas, preferencias y necesidades de residentes	
Documento/registro	Partes de comunicaciones	
Documento/registro	Actas de reunión	
Documento/registro	Hoja de pedido a proveedores	
Documento/registro	Instrucciones existentes para la elaboración	
Documento/registro	Hoja de APPCC	
Base informática	GERES	
Protocolos	Alimentación	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión.
- Normativa e instrucciones vigentes.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

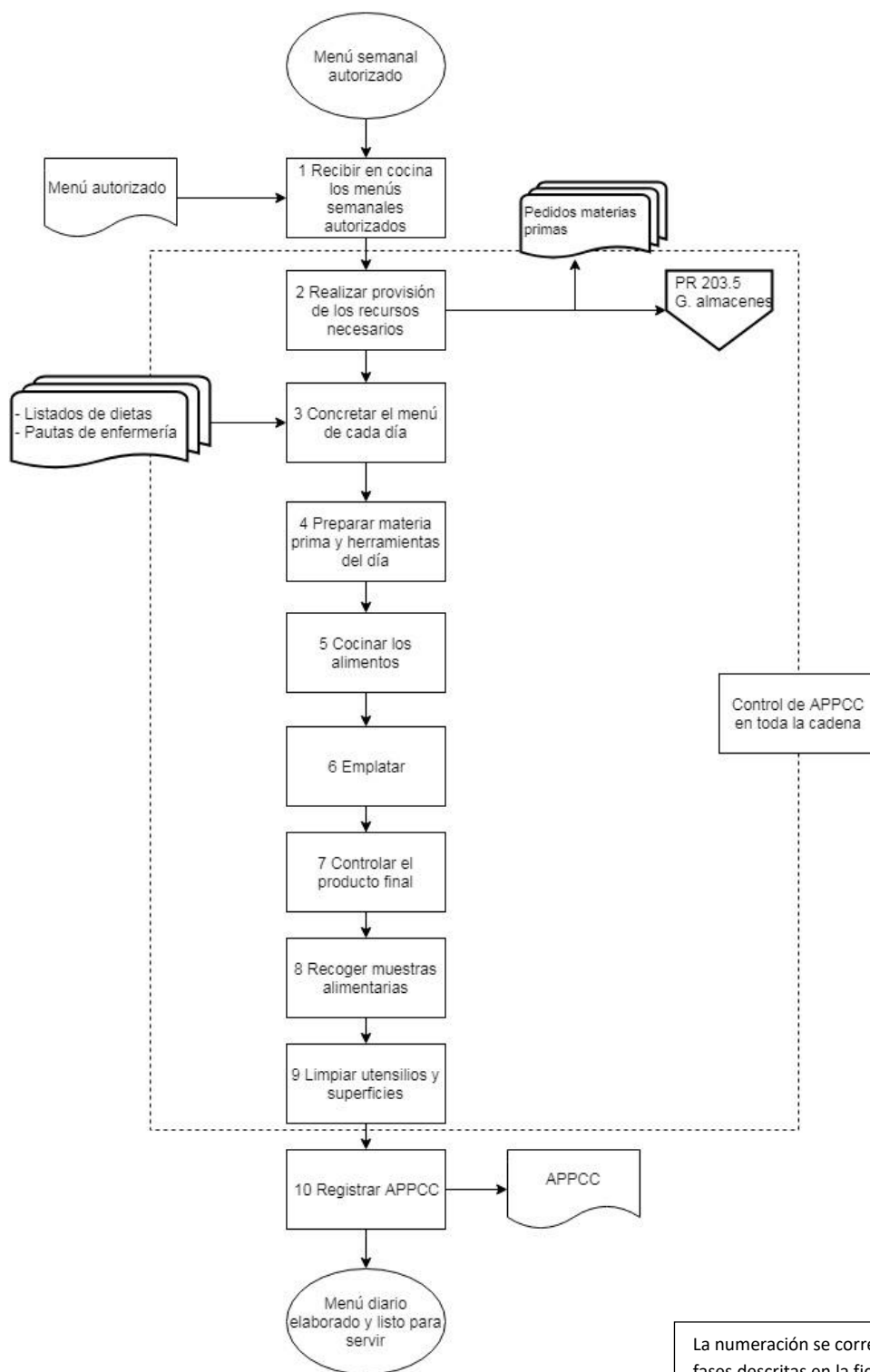
Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias higiénico-sanitarias en cocina	Nº de incidencias detectadas en inspección	Dirección
Nº de quejas/sugerencias relacionadas con la cocina	Nº quejas formales en proporción al nº de residentes	Dirección
Satisfacción con el servicio de cocina	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección

AREA:  
**CENTROS**


ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.5.1</b>
	<b>GESTIÓN DE ALMACENES GENERALES</b>	Fecha: 14/03/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Almacenar y conservar las materias primas necesarias (productos de limpieza, lavandería e higiénico-sanitario) en calidad, cantidad y variedad para garantizar el suministro de los mismos a los diferentes departamentos del centro.

### OBJETIVOS

- Garantizar la disponibilidad, cantidad y calidad de materia prima de todos los productos para satisfacer las necesidades de usuarios y trabajadores del centro.
- Controlar el adecuado suministro de los proveedores.
- Prevenir riesgos laborales.
- Adecuar el gasto a las necesidades requeridas.
- Comprobar la correcta facturación de las compras.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: encargado de almacén (o personal designado en su ausencia).
- Otros implicados: dirección, administrativo y resto de profesionales del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades de provisión de productos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de productos a los diferentes servicios del centro.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previsión de necesidades.</li> <li>• Adjudicación y comunicación de proveedores.</li> <li>• Pedido de productos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción y preparación de pedidos.</li> <li>• Entrega de productos solicitados en las condiciones requeridas.</li> <li>• Albaranes y facturas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección Provincial.</li> <li>• Empresas de distribución contratadas.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes en el centro.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Gestión de pedidos a proveedores**

1. Dirección Provincial comunica adjudicación de proveedores por lotes: material de limpieza, productos de limpieza, productos de aseo e higiene personal y productos de lavandería.
2. Controlar el stock en almacenes. Mediante tablas Excel (entradas y salidas) e inspección visual (el Excel puede tener errores por salidas no justificadas).  
El almacén general se encuentra en la tercera planta, en varias estancias.  
El material de lavandería en la casa del vigilante (una pequeña parte en lavandería).
3. Comunicar o detectar la necesidad de producto. Lo hace el encargado con el control del stock, o recibe solicitud de otros trabajadores.

4. Realizar el pedido. Pedido telefónico. El encargado de almacén registra el pedido en una ficha albarán: fecha de solicitud, material solicitado, y posteriormente material recibido y fecha de recepción.
5. Recibir el pedido. La realiza el trabajador que esté en portería (PSA u otros).  
Si no está el encargado, se comprueba el estado general y nº de bultos.  
Si está el encargado, éste comprueba la correspondencia del pedido con la ficha del mismo.
6. Gestionar disconformidades. Encargado de almacén efectúa la reclamación correspondiente al proveedor.
7. Almacenar productos. La persona que está en ese momento en portería.  
El conductor comprueba el correcto almacenaje. Corrige posibles errores.
8. Documentar. El conductor registra la información en la tabla Excel, archiva una
9. copia del albarán y entrega el original al administrativo.
10. Recibir facturas (administrativo) y comprobación de correspondencia con los albaranes archivados.  
El administrativo se comunica con el conductor para que compruebe si es correcta dicha factura.
11. Gestionar disconformidades. Ante discrepancias, el conductor o administrativo se pone en contacto con el proveedor.
12. Conformar facturas. El administrativo.

### **Gestión de pedidos internos**

1. Controlar el stock. Inventario de existencias. Encargado de almacén.
2. Recibir solicitud\*.  
El pedido de auxiliares de enfermería se realiza los jueves y se entrega la mercancía los viernes.  
El pedido de limpieza es mensual, sobre el día 1. Lavandería pide según necesidad.
3. Preparar pedido. El encargado del almacén.
4. Entrega. Encargado de almacén.
5. Realizar comprobación, firma y archivo de albarán.
6. Controlar el stock y estado de productos/almacén. El encargado de almacén.

\* En caso de necesidad de material urgente o ausencia de encargado, la llave del almacén se encuentra en portería y realiza la entrega de material la persona que esté en portería. El trabajador debe registrar una hoja de pedido para que quede constancia del mismo.

### **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	Control de almacén	
Documento/registro	Comunicación/contrato proveedores	
Documento/registro	Hoja de pedido interno	
Documento/registro	Albaranes	
Documento/registro	Facturas	


### **NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa, instrucciones vigentes...
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

### **INDICADORES**

Nombre	Descripción	Responsable
Ejecución de contratos de suministro	% ejecutado en los diferentes contratos de suministro	Encargado de almacén
Incidencias con proveedores	Nº de incidencias con los diferentes proveedores	Encargado de almacén
Roturas de stock	Nº roturas de stock	Encargado de almacén



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.5.2</b>
	<b>GESTIÓN DE BOTIQUÍN</b>	Fecha: 14/03/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Asegurar la disponibilidad de los medicamentos necesarios para satisfacer las necesidades relacionadas con la salud de las residentes del centro.

### OBJETIVOS

- Garantizar la disponibilidad de los medicamentos que necesitan las residentes del centro.
- Asegurar el adecuado estado de almacenaje de los medicamentos.
- Optimizar el stock del botiquín, evitando exceso o defecto en algunas partidas.
- Registrar adecuadamente las entradas y salidas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: enfermería
- Otros implicados: PSA/conductor, médico del centro, servicio de farmacia del hospital, farmacias de Calatayud, TCAE puesto adaptado.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauta médica de tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de medicamentos para su uso.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de salud.</li> <li>• Pautas de tratamiento médico.</li> <li>• Instrucciones o informes de farmacia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos disponibles para tratamiento.</li> <li>• Botiquín en adecuadas condiciones para almacenaje.</li> <li>• Albaranes, justificantes, recibos.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico (del centro o externos).</li> <li>• Usuario, familia.</li> <li>• Farmacia (de calle o de hospital).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico.</li> <li>• Enfermería.</li> <li>• Residentes.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Gestión de pedidos a hospital (Ernest Lluch).**

1. Diagnosticar y pautar tratamientos de residentes. Médico del centro o externo. El médico del centro lo registra en el programa informático GERES.
2. Retirar medicamento de botiquín del centro. Si no hay disponibilidad, enfermería solicita pedido urgente a farmacia de hospital o pedido a farmacia de calle con receta médica. PSA/conductor del centro realiza la recogida.
3. Realizar pedido semanal a farmacia de hospital:
  - Provisión de necesidades. Se realiza a través del programa GERES (1 miércoles/mes)
  - Comprobación de stock de botiquín. Los miércoles la preparación de la medicación.
  - Concreción de cantidades del pedido. Registro en hoja de pedido.
  - Realización del pedido todos los lunes. Vía Web. Se genera albarán.
4. Supervisar y preparar el pedido en hospital. Resolución de incidencias.
5. Recoger el pedido. PSA/conductor del centro el miércoles por la mañana.

6. Recibir el pedido en el centro. Comprobación de albaranes y medicamentos servidos por parte de Enfermería o TCAE con adaptación del puesto de trabajo.
7. Gestionar incidencias. Enfermería.
8. Almacenar. Colocación de medicamentos (revisión de adecuado estado, caducidades, etc).
9. Documentar. Archivo de albaranes (médico).
10. Controlar las condiciones de almacenaje, temperaturas, etc.
11. Realizar inventario periódico de existencias/stock (los miércoles).
12. Inspeccionar periódicamente el botiquín. El servicio de farmacia de hospital.
13. En caso de que los días de pedido y recepción del pedido coincidan con festivo, se adelantarán ambas fechas al anterior día laborable.

**Gestión de pedidos a farmacia de calle.** Rotación cada 2 meses.  
En caso de medicamentos no servidos por hospital o no financiados

1. Diagnosticar y pautar tratamiento de residente. Médico del centro o externo. El médico del centro lo registra en el programa informático GERES.
2. Retirar medicamento de botiquín.
3. Realizar pedido a farmacia de calle:
  - Enfermería hace una relación de medicamentos o productos necesarios los miércoles por la tarde después de preparar los tratamientos semanales de todas las pacientes.
  - Semanalmente (los lunes), o según se precise se envía hoja de pedido a farmacia por medio del PSA/conductor.
  - Registro de productos solicitados.
4. Preparar el pedido. Farmacia de calle.
5. Recoger el pedido. PSA/conductor del centro.
6. Entregar los medicamentos o productos con ticket. Comprobación con registro del pedido.
7. Archivar los tickets (médico).
8. Realizar recuento mensual de tickets y facturación. Farmacia de calle pasa factura a centro. Administración comprueba con tickets, ordena pago de medicamentos de residentes y conforma factura para dirección provincial (bimensual).

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Informes, tratamientos...	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Albaranes de pedidos	
Documento/registro	Albaranes de productos servidos	
Documento/registro	Hoja de pedido al hospital	
Documento/registro	Hoja de pedido extra (a farmacia de calle)	
Protocolos asociados	Realización de pedidos a farmacia y reposición de botiquines.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa, instrucciones vigentes...
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con los pedidos a farmacia	% de pedidos con incidencias	Enfermería
Roturas de stock farmacia	Nº roturas de stock	Enfermería
Gasto en farmacia de calle	Gasto medio en farmacia de calle	Administración

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.5.3</b>
	<b>GESTIÓN DE ALMACENES DE COCINA</b>	Fecha: 14/03/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Almacenar y conservar las materias primas necesarias (víveres y suministros limpieza) en calidad, cantidad y variedad para garantizar el suministro de los mismos a la cocina del centro.

### OBJETIVOS

- Garantizar la disponibilidad, cantidad y calidad de materia prima de todos los productos para satisfacer las necesidades de usuarios del centro.
- Asegurar el adecuado suministro de los proveedores.
- Prevenir riesgos laborales.
- Registrar las trazabilidades de los productos suministrados por los proveedores.
- Comprobar el correcto almacenamiento de víveres con control de temperatura y limpieza de los almacenes, arcones congeladores y cámaras.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros implicados: personal de cocina (empresa externa).

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades de provisión de productos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos adecuadamente almacenados y facturas conformadas.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú aprobado.</li> <li>• Previsión de necesidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de productos y materias primas satisfecha.</li> <li>• Albaranes y facturas.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empresa externa de cocina.</li> <li>• Dirección y trabajadores del centro.</li> <li>• Proveedores de la empresa contratada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes en el centro.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Gestión de pedidos a proveedores**

1. Recibir el menú aprobado y realizar el pedido semanal de víveres necesarios para la elaboración diaria del menú de la residencia.
2. Controlar el stock en almacenes de material de limpieza, y realización de inventario mensual. Mensualmente se realiza el pedido de material de limpieza necesario para la realización del servicio.
3. Realizar el pedido. Lo realiza la cocinera a supervisora de la empresa semanalmente.

4. Recibir el pedido. La realiza el personal de cocina.  
Se comprueban N.º de bultos y temperatura de recepción, si procede.  
Se comprueba la correspondencia del pedido con el albarán de entrega del proveedor.
5. Gestionar posibles disconformidades. Encargado de cocina efectúa la reclamación correspondiente al proveedor.
6. Almacenar. El personal de cocina comprueba el correcto almacenaje de las mercancías recibidas.
7. Documentar. El personal de cocina registra en el APPCC la recepción de mercancía.
8. Recibir facturas. La empresa externa de cocina.
9. Conformar facturas. La empresa externa de cocina.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	Control de almacén	
Documento/registro	Comunicación/contrato proveedores	
Documento/registro	APPCC	
Documento/registro	Hoja de pedido interno	
Documento/registro	Albaranes	
Documento/registro	Facturas	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa, instrucciones vigentes...
- Proyecto de gestión del centro

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con provisión de productos alimenticios	% de incidencias con los productos: calidad, diferencias respecto al pedido, roturas de stock...	Personal de cocina, dirección

	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.6</b>
	<b>MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES</b>	Fecha: 24/10/2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA CALATAYUD</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL CALATAYUD</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Conservar las instalaciones y maquinarias en perfecto estado de funcionamiento y dar una respuesta rápida y eficaz a las incidencias.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un adecuado mantenimiento y conservación de las instalaciones, equipamientos y mobiliarios.</li> <li>Asegurar el servicio por parte de las empresas externas.</li> <li>Optimizar y controlar los gastos de mantenimiento.</li> <li>Prolongar la vida útil de los equipos y bienes del centro.</li> <li>Reparar las averías en el menor tiempo posible.</li> <li>Registrar de forma adecuada las reparaciones.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Propietario: responsable de mantenimiento del centro.</li> <li>Otros implicados: administración, dirección, otros profesionales del centro.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de conservación de las instalaciones</li> <li>Comunicación de incidencia en las mismas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso continuo.</li> <li>Resolución de incidencia.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Normativa vigente aplicable: sanitaria, laboral de seguridad, de concursos...</li> <li>Dotación de equipos a conservar.</li> <li>Partes de averías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instalaciones en adecuado estado.</li> <li>Incidencias resueltas correctamente.</li> <li>Satisfacción de usuarios y trabajadores.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajadores del centro.</li> <li>Usuarios/familias.</li> <li>Servicios técnicos externos.</li> <li>Empresas proveedoras de servicios/productos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Residentes.</li> <li>Familia.</li> <li>Profesionales del centro.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar el estado de equipos e instalaciones, como consecuencia de las revisiones ya realizadas.</li> <li>2. Recibir e instalar nuevos equipos. Información a trabajadores de adecuado uso.</li> <li>3. Planificar y ordenar las actuaciones de mantenimiento preventivo.</li> <li>4. Realizar tareas preventivas en instalaciones del centro:</li> </ol>

- 4.1 Diarias: toma de temperaturas y medición del cloro en ACS y AFCH para el control de la legionella.
- 4.2 Semanales: purgado caldera vapor y acumulador ACS, comprobar llaves de agua del cuarto de calderas, cambiar bombas del ACS y del gasoil, poner en marcha el grupo electrógeno, comprobar presión de la calefacción y abrir grifos y duchas de la planta que no se utiliza.
- 4.3 Mensuales: limpieza cuarto calderas, limpieza filtros entrada general de AFCH, comprobar presión de los vasos de expansión, comprobar funcionamiento de las llaves generales de agua del centro, limpieza y revisión de las máquinas de lavandería, limpieza y revisión de desagües y arquetas y comprobar funcionamiento de interruptores diferenciales.
- 4.4 Trimestrales: y analíticas de legionella.
- 4.5 Anuales: limpieza y revisión del intercambiador de ACS (empresa externa). Limpieza de depósitos de AFCH y acumulador de ACS, cambio de atomizadores de grifos y alcahofas de duchas y analítica de potabilidad del AFCH.
- 4. Controlar servicios de mantenimiento externos.
  - Verificación del trabajo realizado por las empresas externas.
  - Archivo de certificaciones oficiales de estas empresas.
- 5. Registrar las actuaciones.
- 6. Detectar y responder ante incidencias.
  - Detección por el personal de mantenimiento o comunicación a través de recepción de partes de trabajo o verbal detallando el problema.
  - Análisis del problema.
  - Resolución con personal propio normalmente, si no solicitud de servicio a empresa externa.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de mantenimiento de instalaciones	
Documento/registro	Documentación de aparatos e instalaciones	
Documento/registro	Registros de controles efectuados	
Documento/registro	Registro de revisiones de empresas externas.	
Documento/registro	Partes de trabajo	
Documento/registro	Registro de actividades de prevención.	
Protocolos asociados		

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente. Documentación de aparatos/instalaciones.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Revisión de equipos e instalaciones	% de equipos e instalaciones revisados en plazo	Responsable de mantenimiento
Partes de mantenimiento resueltos	% de partes de mantenimiento resueltos	Responsable de mantenimiento
Satisfacción con el mantenimiento de las instalaciones	Medida en encuesta de satisfacción a usuarios y trabajadores	Dirección

## 4. CRITERIOS E INDICADORES

### 4.1 USO DE UN SISTEMA DE CRITERIOS E INDICADORES

El control y evaluación de la calidad en un sistema pasa en primer lugar por establecer una serie de criterios o requisitos que deben ser cumplidos en la prestación de los servicios.

**Los criterios** son los requisitos que debe cumplir la organización respecto a su estructura, los procesos que esta desarrolla, y los resultados clave que pretende alcanzar con su actividad. Estos criterios deben focalizarse en aspectos especialmente relevantes o críticos para la organización;

Los criterios deben:

- Ser sencillos. Con enunciados fácilmente entendibles.
- Reflejar aspectos en los que la organización tenga capacidad de influir.
- Ser realistas. Describir requisitos que puedan ser alcanzables.
- Ser objetivables. Poder identificar medidas que cuantifiquen el grado de cumplimiento.
- Estar orientados por la misión, visión y valores, o por las buenas prácticas en la gestión o asistencia a las personas usuarias.

**Los indicadores** son las medidas y datos seleccionados para comprobar el cumplimiento de los criterios establecidos. Debemos manejar un número limitado de indicadores, y estos deben cumplir una serie de características básicas, siendo las principales:

- Ser objetivos: deben ser medibles y poder expresarse cuantitativamente en alguna medida (% , tiempo, nº personas, euros...).
- Válidos. Deben estar directamente relacionados con el criterio a cumplir.
- Fiables. Los resultados deben ser consistentes, y no variar demasiado al realizar distintas medidas.
- Ser formulados de forma sencilla y comprensible, de forma que no quede duda de qué se pretende medir.
- Rentables. Fácilmente medibles por el personal de la organización.

Por último, los criterios e indicadores deberían ir asociados a estándares. Los estándares son los resultados que aceptamos como aceptables o esperables al realizar la medida de un indicador. Reflejan normalmente un intervalo, marcado tras revisión bibliográfica, consenso de expertos o comparación con otras organizaciones similares consideradas como ejemplo a seguir (Benchmarking). Estos valores, además, deben tener en cuenta la situación real actual de la organización y su proyección.

Para conseguir criterios, indicadores y estándares válidos, es fundamental contar con la participación de los diferentes niveles de la organización, principalmente con los profesionales directamente implicados, tanto en el desarrollo de las actividades relacionadas como en el manejo de los registros.

Los criterios se pueden clasificar en tres grupos:

- De estructura. Relacionados con los recursos de la organización, tanto materiales como humanos (y su formación o capacitación).
- De proceso. Relacionados con la actividad desarrollada.
- De resultado. Relacionados con la consecución de los objetivos marcados.

Clásicamente los criterios de estructura y proceso han tenido gran relevancia, pero actualmente se está dando a los criterios de resultado una importancia cada vez mayor. En organizaciones como la nuestra, que trabajan al servicio de las personas con el fin de posibilitar su calidad de vida, esto constituye un gran reto, pues la calidad de vida es un concepto que tiene un gran componente subjetivo y depende y es distinto según los intereses de cada persona.

Habitualmente en el diseño de indicadores las organizaciones se han centrado en recabar información sobre datos objetivos de cumplimiento de algunos requisitos, el volumen de actividad, el cumplimiento o la calidad de la atención: ratios de personal o residentes atendidos, indicadores de salud y seguridad, los del patrón de movilidad de los usuarios, los de rotación del personal... Sin embargo, es muy difícil hacer cualquier afirmación sobre la calidad de vida del individuo sobre la base de estos datos, a pesar de la importancia que tienen («Midiendo el progreso, indicadores para las residencias», IMSERSO).

Por este motivo debemos realizar un análisis en dos niveles distintos y complementarios:

- Datos obtenidos a nivel de organización, a través de los indicadores establecidos.
- Los resultados conseguidos a nivel individual o personal, identificados a través de cuestionarios o encuestas en las que se refleje la calidad de vida percibida, o el bienestar en las diferentes áreas de su vida.

## **El cuadro de mando**

El concepto de Cuadro de mando deriva del concepto denominado «tableau de bord» en Francia que, traducido de manera literal, vendría a significar algo así como «tablero de mandos», o cuadro de instrumentos. Constituye la herramienta de apoyo para los procesos de gestión y de toma de decisiones

El sistema de indicadores puede organizarse en un Cuadro de Mando que nos facilite la toma de decisiones y el control.

El Cuadro de Mando es una herramienta de gestión que recoge los principales indicadores presentados de un modo claro y útil. Estos proporcionan a la dirección y otros responsables una visión comprensible del estado de la organización en sus diferentes áreas, así como de la consecución de los resultados esperados.

Los Cuadros de mando han de presentar sólo aquella información que resulte ser imprescindible, de una forma sencilla y por supuesto, sinóptica y resumida.

En definitiva, lo importante es establecer un sistema de señales en forma de cuadro de mando que nos indique la variación de las magnitudes verdaderamente importantes que debemos vigilar para someter a control la gestión.



## **4.2 CRITERIOS DEFINIDOS PARA LOS CENTROS RESIDENCIALES DEL IASS**

El modelo de organización y gestión de los centros residenciales públicos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) establece un sistema propio de organización y gestión en nuestros centros, con el que se asegura un modelo de atención común, compartiendo los mismos principios y criterios en los diferentes niveles del sistema.

### **Respecto al modelo de atención**

Este marco común tiene como referente el modelo de Calidad de Vida de las personas (Schalock y Verdugo), posibilitado mediante la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) (Rodríguez, 2010).

Desde el modelo de AICP, los servicios deben concebirse, planificarse y llevarse a cabo como un conjunto diversificado y coordinado de apoyos destinados a incrementar la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del pleno respeto de su dignidad y derechos, minimizando su dependencia y contando con su participación efectiva.

Los valores, principios y criterios de la AICP actúan como referentes transversales, que deben ser tenidos en cuenta en los diferentes niveles de la organización y prestación de apoyos a las personas dependientes para posibilitar nuestra misión.

### **Respecto a la organización y gestión**

Con el fin de asegurar una atención adecuada, es necesario organizar y gestionar los diferentes recursos dentro del marco de un modelo de calidad, que permita disponer de principios y criterios compartidos, ordenar y sistematizar las actuaciones, así como evaluar los resultados e implementar medidas de mejora.

### **Actuaciones desarrolladas**

Se contemplan dos niveles complementarios de actuación en el sistema:

- Organización y coordinación de la gestión. Se trabaja con la Gerencia, Direcciones Provinciales y direcciones de centros para acordar principios y criterios comunes en la planificación y gestión residencial, de RRHH, coordinación, participación, formación, etc.

A tal fin se conforma un grupo de coordinación de la gestión, con participación de las direcciones de todos los centros, coordinado desde la Gerencia.

- Implantación de un modelo de atención y gestión residencial. A través del desarrollo de un sistema básico de gestión en cada centro, basado en criterios de calidad y utilizando la gestión por procesos. Este sistema debe asimilar los principales elementos formales de la Atención Centrada en la Persona.

A tal fin se crea un equipo de mejora en cada centro, con el apoyo y coordinación desde la Gerencia.

## Modelo de atención y gestión residencial: objetivos

Los principales objetivos que persigue el modelo de atención y gestión residencial son:

- Dotarse de un marco teórico conceptual, con un modelo de atención y de gestión común en todos los centros y servicios.
- Establecer un modelo ideal propio de funcionamiento que respete la especificidad de cada recurso.
- Desarrollar la cultura de la calidad y mejora continua.
- Ordenar y sistematizar las actuaciones a través del modelo de gestión por procesos y los protocolos que sean pertinentes.
- Disponer de herramientas de medición y mejora que permitan valorar el grado de consecución de nuestros objetivos.
- Alcanzar el mayor grado posible de satisfacción de los usuarios, con la participación de todas las partes implicadas.
- Favorecer la participación e implicación de los profesionales, usuarios y familias.
- Conseguir una imagen de credibilidad, calidad y transparencia, que de valor a nuestro servicio y permita acreditar frente a terceros nuestro buen hacer.

## LOS CRITERIOS A CUMPLIR

Para la consecución de los objetivos anteriormente citados, se establecen una serie de criterios o requisitos que nuestro sistema debe cumplir en los diferentes niveles de la organización de cada centro residencial.

### 1.- Instrumentos compartidos y comunes en todos los centros:

- a) Documento con el **marco y modelo de atención** de los centros residenciales públicos de Aragón. Este establece nuestra misión, visión y valores, y los principales criterios en la organización, planificación y gestión. Este debe servir de referencia en toda organización, gestión y actuación.
- b) **Manual de buenas prácticas.** Orienta acerca de las pautas de organización y gestión concretas, la promoción de entornos favorecedores, el correcto desempeño de las funciones de los profesionales de la residencia, planificación de apoyos y el trato y relaciones con residentes y familiares.
- c) **Reglamento de régimen interno.** Establecen unas normas básicas de organización que ayudan a regular la convivencia. Se debe aspirar a que sea común, o que los servicios que se detallan en cada centro tengan condiciones similares.
- d) **Estructura básica común del sistema de gestión por procesos:** mapa base, modelos de ficha de procesos, de protocolo/procedimiento, actas de reuniones, indicadores, etc.

## 2.- Requisitos a consolidar en cada centro:

### 2.1.- En la organización y gestión.

- a) **Sistema de gestión por procesos.** Cada centro concretará su mapa de procesos, basado en el mapa base común. Desarrollará los diferentes procesos del mapa y protocolos asociados, reflejando a través de estos su actividad.
- b) **Monitorización de los procesos y cuadro de mandos.** Cada proceso tendrá asociado uno o más indicadores, que deberán registrarse periódicamente para determinar si la actividad se realiza de forma adecuada y se alcanzan los resultados esperados. Estos indicadores conformarán un cuadro de mandos, herramienta utilizada en la planificación y toma de decisiones.
- c) **Plan de gestión.** El centro dispondrá de un plan de gestión anual o plurianual documentado, en el que se establezca una planificación básica, priorización de objetivos y actuaciones a desarrollar previstas para alcanzar los mismos.
- d) **Plan de comunicación.** Se dispondrá de un plan de comunicación documentado, en el que se analice la información a compartir, destinatarios y canales idóneos a utilizar, con el fin de optimizar la eficiencia de los recursos.
- e) **Plan de participación.** Se dispondrá de un plan de participación documentado en el que se analicen y dispongan los canales e instrumentos de participación adecuados para cada una de las partes implicadas.
- f) **Acogida de los nuevos trabajadores.** En cada centro se tendrá previsto y documentado el proceso de incorporación de un nuevo trabajador, para que este disponga de la información necesaria para conocer el modelo de atención y gestión, y el adecuado desempeño de su trabajo. Se dispondrá de un documento de acogida para trabajadores, en el que se describa la misión, visión y valores, modelo de atención, cuestiones organizativas generales y organización del servicio en el que va a trabajar.
- g) **Estudio de prevención de riesgos laborales.** El centro deberá disponer de un estudio de PRL de los diferentes puestos de trabajo. Este estudio deberá estar actualizado.
- h) **Plan de formación.** Se dispondrá de un plan de formación documentado, en el que se analicen y prioricen las necesidades o demandas formativas, y se determinen actuaciones con recursos propios o externos al centro.
- i) **Sistema de coordinación.** Cada centro dispondrá de un sistema de coordinación interdepartamental con reuniones programadas periódicas, de acuerdo a los mínimos establecidos en el grupo de coordinación de la gestión.
- j) **Integrar la gestión económica, de personal y la planificación.** Se deben establecer los adecuados mecanismos de coordinación y comunicación entre dirección y administración, con el fin de asegurar una adecuada planificación, el establecimiento de criterios de gestión y el seguimiento de su ejecución.

- k) **Equipo de calidad.** En cada centro estará formalmente nombrado un equipo de calidad multidisciplinar. Este equipo se encargará de construir el sistema de gestión por procesos, su posterior revisión, así como todas aquellas cuestiones relacionadas con la mejora de los servicios (protocolos, nuevos procedimientos, quejas/sugerencias, encuestas...).
- l) **Sistema de quejas y sugerencias.** Se dispondrá de un proceso documentado acerca de cómo dar respuesta a estas, buscando la satisfacción de las partes implicadas y mejorando la imagen del centro.

## 2.2.- En la planificación y atención asistencial.

- a) **Planificación individual.** Cada técnico (al menos aquellos con estudios universitarios) dispondrá de un dossier individualizado por usuario atendido, en el que se registre su valoración, objetivos a alcanzar, planificación de actuaciones, evolución y evaluación de resultados.
- b) **Planificación multidisciplinar sistematizada.** Plan de Atención Integral y Vida. Se establecerá un procedimiento por el que se elabore en el primer mes, y se revise con una periodicidad mínima establecida, un plan de cuidados que integre la valoración y planificación de los diferentes profesionales que apoyan a un mismo usuario, aportando así una visión integral del mismo. En este proceso de planificación el usuario podrá participar de forma directa o indirecta.
- c) **Historia y Proyecto vital.** Se dispondrá de un documento de historia y proyecto vital de cada residente, en el que se reflejará cómo ha sido su vida, ocupaciones, intereses, preferencias en las rutinas, etc Este documento será la base y orientará a la hora de elaborar y revisar el plan de cuidados.
- d) **Profesionales de referencia.** Se realizará una asignación de profesionales de referencia a cada usuario, con el fin de conocer mejor la historia y proyecto vital de los usuarios, adaptar en lo posible la organización a sus intereses y preferencias y realizar un mejor seguimiento de sus necesidades y evolución. Los profesionales que se contemplan son cuidador/TCAE y técnico de referencia.
- e) **Acogida a nuevo residente.** En cada centro se tendrá previsto y documentado el proceso de acogida y adaptación de un nuevo residente, para que todas las partes dispongan de la información necesaria y así facilitar en lo posible la adaptación y continuidad del proyecto vital. Se dispondrá de un documento de acogida para nuevos residentes, en el que se describa el modelo de atención, los servicios disponibles y cuestiones organizativas generales. Además, se dispondrá de un reglamento de régimen interno con derecho, deberes y principales normas de convivencia.
- f) **Participación familiar.** El centro tendrá establecida una periodicidad mínima de información a las familias, al menos tras la elaboración/revisión del plan de cuidados multidisciplinar. Se facilitará la participación de aquellas familias que así lo quieran en actividades, así como la planificación y ejecución de cuidados.

- g) **Gestión de pertenencias.** Se dispondrá de un inventario actualizado de las pertenencias del usuario, estado de las mismas y necesidades.

### **2.3.- En la planificación y atención residencial.**

- a) Contextos físicos. El centro dispondrá de un plan documentado de contextos físicos, estructurales y ambientales. Este incluirá una valoración e identificación de necesidades (teniendo como referencia el modelo de atención deseado), planificación de las posibles actuaciones con recursos propios o externos y evaluación de los resultados.
- b) Servicios generales. Cada servicio dispondrá de un plan de actuación documentado, con las tareas a realizar y la periodicidad de las mismas.



### 4.3 LISTADOS DE INDICADORES DE PROCESO DEL CA CALATAYUD

#### INDICADORES DE PROCESOS ESTRATÉGICOS DEL CA CALATAYUD

PROCESO	PROPIETARIO	INDICADORES	RESPONSABLE
	PROCESO		INDICADOR
001.1 Planificación de la gestión	Dirección	% de objetivos estratégicos cumplidos	Dirección
		% de estándares cumplidos	Dirección
		Difusión del plan de gestión	Dirección
		Satisfacción con la planificación	Dirección
001.2 Información	Dirección	Difusión del proyecto	Dirección
		Comunicaciones realizadas	Dirección
		Visibilización	Dirección
		Satisfacción de trabajadores con la información	Dirección
		Satisfacción de usuarios/familias con la información	Dirección
001.3 Participación	Dirección	Participación en la organización	Dirección
		Reuniones de coordinación	Dirección
		Satisfacción con la participación	Dirección
002.1 Selección y contratación	Dirección	<b>Absentismo global</b>	Administración
		<b>Interinidad</b>	Administración
		<b>Contratación</b>	Administración
		Trabajadores con ITCC	Administración
		Trabajadores con ITAT	Administración
		Demora en contratación	Administración
		Puestos adaptados	Administración
		Adaptación de jornada de trabajo	Administración
002.2 Adaptación al puesto	Dirección	<b>Trabajadores con ITCC</b>	Administración
		<b>Trabajadores con ITAT</b>	Administración
		<b>Adaptación de jornada de trabajo</b>	Administración
		<b>Absentismo global</b>	Administración
		Puestos adaptados	Administración
		Documento de acogida entregado	Administración
		Satisfacción con condiciones de trabajo	Dirección
002.3 Formación	Dirección	<b>Participación en formación externa</b>	Dirección
		<b>Formación interna</b>	Dirección
		<b>Participación en formación interna</b>	Dirección
		Satisfacción con la gestión de la formación	Dirección
002.4 Relaciones laborales	Dirección	Reuniones con delegados sindicales	Dirección
		Reuniones con comité de empresa	Dirección
		Reuniones laborales con trabajadores	Dirección
		Satisfacción con la situación laboral	Dirección
003.1 Coordinación	Dirección	<b>Reuniones de coordinación</b>	Dirección
		Conocimiento de los procesos	Dirección
		Satisfacción con la coordinación	Dirección
003.2 Gestión trabajo diario	Dirección	<b>Absentismo global</b>	Administración
		<b>Trabajadores con ITAT</b>	Administración

		<b>Trabajadores con ITCC</b>	Administración
		Quejas y sugerencias relacionadas con el trabajo	Dirección
		Conocimiento de los procesos	Dirección
		Satisfacción	Dirección
004.1 Plan de Calidad	Coord. calidad	Objetivos de calidad cumplidos	Coordinador calidad
		Difusión del plan de calidad	Coordinador calidad
		<b>Equipo de Calidad</b>	Coordinador calidad
004.2 Revisión sistema	Coord. calidad	Revisión de procesos	Coordinador calidad
		Adecuación de indicadores	Coordinador calidad
		Funcionamiento de los procesos	Coordinador calidad
004.3 Quejas y sugerencias	Dirección	<b>Quejas y sugerencias</b>	Dirección
		Satisfacción con el procedimiento de quejas y sugerencias	Dirección

### INDICADORES DE PROCESOS OPERATIVOS DEL CA CALATAYUD

PROCESO	PROPIETARIO PROCESO	INDICADORES	RESPONSABLE INDICADOR
101.1 Cuidador referencia	TCAE	<b>Cuidador de referencia</b>	Dirección
		Participación indirecta en PAIV	Enfermería
		Satisfacción con cuidadores de referencia	Dirección
101.2 ABVD	TCAE	<b>Grado de Dependencia</b>	Dirección
		<b>Grado de autonomía en las ABVD</b>	T. Ocupacional
		<b>Personalización del Plan de Cuidados</b>	Enfermería
		Satisfacción con los cuidados prestados	Dirección
101.2.1 ABVD Aseo	TCAE	Índice autonomía en aseo	T. Ocupacional
		Personalización del aseo	Enfermería
		Incidencias relacionadas con el estado de la piel	Enfermería
101.2.2 ABVD Vestido	TCAE	Índice autonomía en vestido	T. Ocupacional
		Personalización del vestido	Enfermería
		Incidencias relacionadas con el vestido	Enfermería
101.2.3 ABVD Alimentación	TCAE	Índice autonomía en comidas	T. Ocupacional
		Personalización de las comidas	Enfermería
		Incidencias relacionadas con las comidas	Enfermería
101.2.4 ABVD Eliminación	TCAE	Índice autonomía en eliminación	T. Ocupacional
		Personalización en la eliminación	Enfermería
		Incidencias en eliminación	Enfermería
		Uso de absorbentes	Médico
101.2.5 ABVD Movilidad	TCAE	<b>Residentes encamados</b>	Enfermería
		<b>Tasa de caídas</b>	Enfermería
		Índice autonomía en movilidad	TCAE
		Personalización en la movilidad	Enfermería
102.1 Preingreso	Dirección	Información preingreso	Dirección
		Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	Dirección
102.2 Ingreso	Dirección	<b>Nº de ingresos</b>	Dirección
		<b>Nº de ingresos en estancia temporal</b>	Dirección



		<b>Estancia media</b>	Dirección
		Pautas al ingreso	Dirección
		Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	Dirección
103 PAIV	Enfermería	<b>Historia de Vida</b>	Enfermería, TO
		<b>Revisión del PAIV</b>	Enfermería
		<b>Comunicación de plan de cuidados</b>	Dirección
		Participación directa del usuario en el plan de cuidados	Enfermería
		Plan de Cuidados inicial	Enfermería
		Satisfacción con el Plan de Cuidados	Dirección
104 Baja	Dirección (no hay TS)	<b>Bajas por defunción</b>	Dirección
		<b>Traslados</b>	Dirección
		<b>Información al traslado</b>	Dirección
		<b>Residentes pendientes de traslado</b>	Dirección
		<b>Renuncias</b>	Dirección
		Comunicación de baja	Dirección
105.1.1 Procesos médicos crónicos	Médico	<b>Deterioro cognitivo</b>	Médico
		<b>Polifarmacia</b>	Médico
		<b>Medidas de sujeción</b>	Médico
		Patología Psiquiátrica	Médico
		Consultas externas	Médico
		Satisfacción con el servicio	Dirección
105.1.2 Proceso de enfermería	Enfermería	Nº consultas DUE	Enfermería
		<b>Caídas</b>	Enfermería
		<b>Nº de UPP post ingreso</b>	Enfermería
		Errores en la medicación	Enfermería
		<b>Pérdida de peso involuntaria</b>	Enfermería
105.1.3 Procesos agudos		<b>Estancias en hospital</b>	Médico
		<b>Derivaciones a urgencias</b>	Médico
		Procesos agudos atendidos por enfermería	Enfermería
		Procesos agudos atendidos por médico	Médico
105.2 Fisioterapia	Fisioterapeuta, médico	<b>Alcance total de fisioterapia</b>	Fisioterapeuta.
		<b>Alcance fisioterapia individual</b>	Fisioterapeuta.
		Nº sesiones de fisioterapia	Fisioterapeuta.
		Satisfacción con el servicio de fisioterapia	Dirección
106.1, 106.2 Apoyos emocionales	Psiquiatra	<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Médico
		Nº de alteraciones de conducta	Médico
		Bienestar emocional	Dirección
107.1 Plan de terapia ocupacional	TO, médico	<b>Alcance terapia ocupacional</b>	TO
		<b>Alcance terapia ocupacional individual</b>	TO
		Nº sesiones de TO	TO
		Satisfacción con el servicio de terapia ocupacional	Dirección
107.3 Plan de autonomía	TO, médico	% residentes en programa de autonomía	TO
		Barthel en programa de autonomía	TO
107.5 Actividades socioculturales	TO, dirección	<b>Actividades socioculturales</b>	TO

		Porcentaje de usuarios que se benefician del ocio mensual	TO
		<b>Participación en actividades</b>	TO
<i>108.1 Participación familiar</i>	Dirección	Grado de satisfacción de usuarios y familias con las actividades de ocio	Dirección
		<b>Participación familiar</b>	Dirección
		<b>Contacto con familias</b>	Dirección
<i>108.2 Apoyo en gestiones</i>	Dirección	Satisfacción con la comunicación y participación de las familias	Dirección
		<b>Capacidad modificada judicialmente</b>	Dirección
		<b>Tutelados por Gobierno de Aragón</b>	Dirección
<i>108.3 Gestión de pertenencias</i>	Dirección, TCAE	Satisfacción de usuarios/familias con el apoyo en las gestiones	Dirección
		Incidencias con pertenencias	Dirección

### INDICADORES DE PROCESOS DE SOPORTE DEL CA CALATAYUD

PROCESO	PROPIETARIO PROCESO	INDICADORES	RESPONSABLE INDICADOR
<i>201 Gestión económica</i>	Dirección, administrador	<b>Coste medio de plaza residencial</b>	Dirección, DP
		<b>Coste medio de estancia</b>	Dirección, DP
<i>201.1 Provisión de ingresos</i>	Dirección, DP	<b>Estancias</b>	Dirección, DP
		<b>Ocupación</b>	Dirección, DP
		<b>Impagos de plaza</b>	Dirección, DP
<i>201.2 Contratación administrativa</i>	Dirección, DP	<b>Ejecución presupuestaria</b>	Dirección, DP
		Ejecución presupuestaria por contratos	Dirección, DP
		Incidencias con empresas contratadas	Dirección
<i>201.3 ACF</i>	Dirección, DP	Nº de pagos realizados con ACF	Dirección, administración
		Volumen de gasto con ACF	Dirección, administración
<i>202 Gestión contextos</i>	Dirección	Actuaciones de PRL en contextos	Dirección
		Personalización de habitaciones	Enfermería
		Satisfacción de usuarios/familias con los contextos	Dirección
<i>203.1 Limpieza</i>	PESD	Nº de incidencias de limpieza	PESD
		Nº de quejas relacionadas con la limpieza	Dirección
		Satisfacción con la limpieza del centro	Dirección
<i>203.2 Lavandería</i>	PESD	Kilos de ropa lavados	PESD
		Incidencias con lavandería	Dirección
		Servicio de costura	PESD
		Satisfacción con el servicio de lavandería	Dirección
<i>203.3 Comedor</i>	Dirección, personal empresa	Incidencias con comedor	Dirección
		Satisfacción con el servicio de comedor	Dirección
<i>203.4.1 Diseño menú</i>	Dirección	Incidencias con el menú	Dirección
		Nº de variaciones del menú diario	Cocinero, responsable de empresa
		Satisfacción con el menú	Dirección
<i>203.4.2 Elaboración menú</i>	Dirección	<b>Incidencias higiénico-sanitarias en cocina</b>	Dirección
		Nº de quejas/sugerencias relacionadas con la cocina	Dirección
		Satisfacción con el servicio de cocina	Dirección

<i>203.5.1 Almacén general</i>	Encargado de almacén	Ejecución de contratos de suministro	Encargado de almacén
		Incidencias con proveedores	Encargado de almacén
		Roturas de stock	Encargado de almacén
<i>203.5.2 Almacén farmacia</i>	Enfermería	Incidencias con los pedidos a farmacia	Enfermería
		Roturas de stock farmacia	Enfermería
		Gasto en farmacia de calle	Administración
<i>203.5.3 Almacén cocina</i>	Dirección	Incidencias con provisión de productos alimenticios	Personal de cocina, dirección
<i>203.6 Mantenimiento</i>	Encargado mantenimiento	<b>Nº de averías en los sistemas</b>	Responsable de mantenimiento
		Revisión de equipos e instalaciones	Responsable de mantenimiento
		Partes de mantenimiento resueltos	Responsable de mantenimiento
		Satisfacción con el mantenimiento de las instalaciones	Dirección

En negrita están resaltados los indicadores que se solicitan para el cuadro de mando de Gerencia del IASS



#### 4.4 CUADRO DE MANDO DE GERENCIA DEL IASS

CUADRO DE MANDO DE GERENCIA							
	MACROPROCESO	PROCESO	INDICADOR	PERIOD. REGISTRO	PERIOD. ENVÍO		
PROCESOS ESTRATÉGICOS	RRHH	SELECCIÓN/CONTRATACIÓN	Absentismo global	Mensual	Semestral		
			Interinidad	Mensual	Semestral		
			Contratación	Mensual	Semestral		
			Horas de trabajo efectivas	Mensual	Semestral		
			Trabajadores con ITAT	Mensual	Semestral		
			Trabajadores con ITCC	Mensual	Semestral		
			Adaptación de jornada de trabajo	Mensual	Semestral		
	FORMACIÓN	FORMACIÓN	Participación en formación externa	Semestral	Semestral		
			Formación interna	Semestral	Semestral		
			Participación en formación interna	Semestral	Semestral		
	COORDINACIÓN	COORDINACIÓN ORGANIZACIÓN	Reuniones de coordinación	Mensual	Semestral		
	CALIDAD	PLAN DE CALIDAD	Equipo de Calidad	Semestral	Semestral		
			QUEJAS Y SUGERENCIAS	Quejas y sugerencias	Mensual	Semestral	
	PROCESOS OPERATIVOS	INGRESO	PREINGRESO Y ADMISIÓN	Información preingreso	Mensual	Semestral	
INGRESO Y ACOGIDA				Nº de ingresos	Mensual	Semestral	
				Nº de ingresos en estancia temporal	Mensual	Semestral	
				Estancia media	Semestral	Semestral	
BAJA		BAJA	Bajas por defunción	Mensual	Semestral		
			Traslados	Mensual	Semestral		
			Residentes pendientes de traslado	Semestral	Semestral		
			Renuncias	Mensual	Semestral		
NHB-ABVD		GENERAL	Grado de Dependencia	Mensual	Semestral		
			Grado de autonomía en las ABVD	Semestral	Semestral		
			Personalización del Plan de Cuidados	Semestral	Semestral		
			MOVILIDAD	Residentes encamados	Mensual	Semestral	
				Tasa de caídas	Mensual	Semestral	
			TCAE DE REFERENCIA	TCAE DE REFERENCIA	Cuidador de referencia	Semestral	Semestral
					Participación indirecta en PAIV	Semestral	Semestral
			PAIV	Hª DE VIDA	Historia de Vida	Semestral	Semestral
PLAN DE CUIDADOS		Revisión del PAIV			Semestral	Semestral	
		Comunicación de plan de cuidados			Semestral	Semestral	
SANITARIO	PROC CRÓNICOS	Deterioro cognitivo	Mensual	Semestral			
		Polifarmacia	Mensual	Semestral			
		Medidas de sujeción	Mensual	Semestral			
		P.A. ENFERMERÍA	Nº de UPP post ingreso	Mensual	Semestral		
	Pérdida de peso involuntaria		Mensual	semestral			
	PROC AGUDOS	PROC AGUDOS	Estancias en hospital	Mensual	Semestral		
			Derivaciones a urgencias	Mensual	Semestral		

<b>PROCESOS OPERATIVOS</b>		PLAN DE FISIOTERAPIA	<b>Alcance total de fisioterapia</b>	Mensual	Semestral
			<b>Alcance fisioterapia individual</b>	Mensual	Semestral
	EMOCIONAL	APOYOS EMOCIONALES	<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Mensual	Semestral
	TERAPIA Y TALLERES	PLAN DE TERAPIA	<b>Alcance terapia ocupacional</b>	Mensual	Semestral
			<b>Alcance terapia ocupacional individual</b>	Mensual	Semestral
		ACTIV SOCIO CULTURALES	<b>Actividades socioculturales</b>	Mensual	Semestral
			<b>Participación en actividades</b>	Semestral	Semestral
	APOYO A FAMILIAS	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	<b>Participación familiar</b>	Semestral	Semestral
			<b>Contacto con familias</b>	Semestral	Semestral
		APOYO EN LAS GESTIONES	<b>Capacidad modificada judicialmente</b>	Semestral	Semestral
		<b>Tutelados por DGA</b>	Semestral	Semestral	
<b>PROCESOS SOPORTE</b>	GESTIÓN ECONÓMICA	GESTIÓN ECONÓMICA	<b>Coste medio de plaza residencial</b>	Anual	Anual
			<b>Coste medio de estancia</b>	Anual	Anual
		PROVISIÓN DE INGRESOS	<b>Estancias</b>	Mensual	Semestral
			<b>Ocupación</b>	Mensual	Semestral
			<b>Impagos de plaza</b>	Mensual	Semestral
		CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA	<b>Ejecución presupuestaria</b>	Mensual	Semestral
	COCINA-COMEDOR	ELABORACIÓN MENÚ	<b>Incidencias higiénico-sanitarias en cocina</b>	Semestral	Semestral
	MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO	<b>Nº averías en los sistemas</b>	Semestral	Semestral
	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	S. COMPLEMENTARIOS	<b>% usuarios de podología</b>	Mensual	Semestral
			<b>% usuarios de peluquería</b>	Mensual	Semestral


Además de estos indicadores, se solicitarán encuestas que reflejen la satisfacción con las diferentes áreas de gestión y atención.

**4.5 DESARROLLO DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE GERENCIA**








 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.1-1</b>
	<b>ABSENTISMO GLOBAL</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.1 SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	ABSENTISMO GLOBAL		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de horas de ausencias producidas por cualquier tipo de contingencia, respecto a la jornada prevista para cada trabajador.</p> <p>Este indicador permite objetivar el esfuerzo que debe realizar la organización para cubrir las necesidades de sus empleados, y contribuir al análisis de las condiciones de trabajo y el clima laboral.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ de horas de absentismo	X100
	<b>Denominador</b>	Nº de horas teóricas de las RPT del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se computarán las horas de absentismo siguientes:</p> <p><b>1. Ausencias al trabajo por incapacidad temporal (1) por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contingencias comunes: enfermedad común, accidente no laboral</li> <li>▪ Contingencias profesionales: accidentes de trabajo, enfermedad profesional.</li> </ul> <p>Las situaciones de incapacidad temporal se contabilizarán hasta que el puesto del empleado sea cubierto, por este o por trabajador contratado para sustituirlo.</p> <p><b>2. Ausencias sin justificar (2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faltas de asistencia deliberada o voluntaria</li> <li>▪ Falta de asistencia injustificada o insuficientemente justificada.</li> </ul>		

	<p><b>3. Ausencias justificadas (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por permisos y licencias recogidos en la legislación y convenio laboral vigente.</li> <li>▪ Situaciones especialmente protegidas: huelga legal, representación legal de los trabajadores, maternidad, y las ausencias derivadas de la violencia de género.</li> </ul> <p>Las Ausencias Justificadas, si bien no son consideradas como horas de absentismo, se computarán a efectos estadísticos.</p>
<b>EXCEPCIONES</b>	No deberán computarse las jornadas (horas) libradas por vacaciones, festivos, AP y las horas de compensación de jornadas anteriores.
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	


- (1) IT: horas en que el trabajador esté de incapacidad temporal con baja médica
- ITCC: incapacidad temporal por contingencias comunes
  - ITAT: incapacidad temporal por accidente de trabajo
  - ITCP: incapacidad temporal por contingencia profesional
- (2) FA: horas en que el trabajador falta al trabajo sin justificación
- FAV: faltas de asistencia voluntaria
  - FAI: falta de asistencia injustificada o insuficientemente justificada
- (3) FAJ: faltas de asistencia justificadas por:
- Permisos y licencias recogidos en convenio o estatuto básico para el empleado público
    - BO: horas de permiso por boda del propio del trabajador.
    - PA: permiso por paternidad
    - CM: Consulta médica
    - EF: enfermedad de familiar, fallecimiento de un familiar
    - HS: horas sindicales no cubiertas
    - RJ: jornada reducida
    - LT: lactancia, horas que reduce con ese fin
    - SB: enfermedad propia sin baja médica
    - PF: permisos por formación
    - OT: otras causas como exámenes o por cambio de domicilio y otras causas que no estén contempladas.
    - ...etc.
  - Situaciones especialmente protegidas. (Las horas teóricas deben coincidir con las horas reales del trabajador en función del tipo de ausencia)
    - HL: huelga legal
    - DS: dispensa por representación sindical
    - MA: maternidad
    - VG: ausencias derivadas por violencia de género

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.1-2</b>
	<b>INTERINIDAD</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.1 SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE INTERINIDAD		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción de plazas ocupadas por personal con contrato temporal. Descriptor de la rotación del personal y temporalidad de los contratos. La inestabilidad de la plantilla puede afectar negativamente a la organización y el desempeño en el puesto de trabajo.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de RPT <b>no</b> cubiertas por personal de carrera o fijo	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de RPT	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado. Se contabilizarán las RPT no cubiertas por personal de carrera o fijo, independientemente de si ocupa plaza en propiedad o está ocupando plaza en comisión de servicios, por habilitación, u otras figuras por las que personal de carrera o fijo ocupe un puesto distinto al de origen.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán puestos de trabajo sin RPT: contratos eventuales, acúmulos de tareas, etc.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.1-3</b>
	<b>CONTRATACIÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.1 SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	CONTRATACIÓN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Nº de contratos realizados en el centro, en proporción al número de RPT. Descriptor de la rotación del personal, así como de la capacidad de la organización para dar respuesta a las necesidades de RRHH.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de trabajadores contratados y dados de alta	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de RPT	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.2-1</b>
	<b>TRABAJADORES CON ITCC</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.2 ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE PERSONAL CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción del personal que a lo largo del periodo computado ha estado de baja por enfermedad común o accidente no laboral.</p> <p>Toda organización debe velar por el bienestar de su personal, con unas adecuadas condiciones de trabajo y clima laboral. Este indicador pretende objetivar y monitorizar las adecuadas condiciones de ergonomía y clima laboral.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de trabajadores con incapacidad laboral por contingencias comunes o accidente no laboral	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de trabajadores del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.2-1</b>
	<b>TRABAJADORES CON ITAT</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.2 ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE PERSONAL CON INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción del personal que a lo largo del periodo computado a estado de baja por accidente de trabajo o enfermedad profesional.</p> <p>Toda organización debe velar por la seguridad de su personal, con unas adecuadas condiciones de trabajo y clima laboral. Este indicador pretende objetivar y monitorizar las adecuadas condiciones de ergonomía y seguridad en el puesto de trabajo.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de trabajadores con incapacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad laboral	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de trabajadores del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.2-3</b>
	<b>ADAPTACIÓN DE JORNADA DE TRABAJO</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.2 ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE PERSONAL CON ADAPTACIÓN DE LA JORNADA DE TRABAJO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Proporción del personal con algún tipo de adaptación de jornada reconocida. Este indicador pretende objetivar y monitorizar los esfuerzos que realiza la organización para facilitar la conciliación del trabajo con la vida familiar.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de trabajadores con adaptación de la jornada laboral	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de RPT del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizarán los trabajadores con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción de jornada autorizada por cualquiera de las causas establecidas en convenio.</li> <li>- Deslizamiento de jornada.</li> <li>- Flexibilidad horaria.</li> </ul>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.3-1</b>
	<b>PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN EXTERNA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.3 GESTIÓN DE LA FORMACIÓN		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN EXTERNA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción del personal que ha realizado formación externa relacionada con su puesto de trabajo.</p> <p>Indicador descriptor de la actividad relacionada con la formación continuada, el perfeccionamiento o la adquisición de nuevas competencias.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de trabajadores con permisos concedidos para formación	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de trabajadores del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizarán los trabajadores con permisos concedidos para formación o realización de exámenes.</p> <p>En el denominador se tendrá en cuenta el número total de trabajadores, teniendo en cuenta que para cubrir una RPT puede haber más de un trabajador.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.3-2</b>
	<b>FORMACIÓN INTERNA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.3 GESTIÓN DE LA FORMACIÓN		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	FORMACIÓN INTERNA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Nº de actividades de formación interna realizadas en el centro. Indicador descriptor del esfuerzo realizado por el centro para facilitar la formación de los trabajadores.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de actividades de formación interna realizadas en el periodo	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado. Se contabilizarán las actividades del plan de formación interna del centro, organizadas y realizadas en el mismo, impartidas por personal propio o externo.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán actividades formativas realizadas en el centro y organizadas a través de entidades externas, por ejemplo el IAAP.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registros de las actividades de formación interna.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	RAAR, coordinador, responsable de formación.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID002.3-3</b>
	<b>PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN INTERNA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR002.3 GESTIÓN DE LA FORMACIÓN		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN INTERNA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción del personal que ha realizado formación interna. Indicador descriptor del esfuerzo realizado por el centro para facilitar la formación de los trabajadores, así como del alcance de esta actividad.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de trabajadores que han asistido a actividades de formación interna	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de trabajadores del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado. Se contabilizarán los trabajadores que han asistido a actividades del plan de formación interna del centro, organizadas y realizadas en el mismo, impartidas por personal propio o externo. En el denominador se tendrá en cuenta el número total de trabajadores, teniendo en cuenta que para cubrir una RPT puede haber más de un trabajador.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán actividades formativas realizadas en el centro y organizadas a través de entidades externas, por ejemplo el IAAP.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	SIRHGA, programas de gestión de personal.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Responsable de área de personal, administración.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID003.1-1</b>
	<b>REUNIONES DE COORDINACIÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR003.1 COORDINACIÓN, ORGANIZACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL ÁREA RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	REUNIONES DE COORDINACIÓN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de reuniones de coordinación multidisciplinar realizadas.</p> <p>Indicador de proceso, descriptor del esfuerzo realizado en la coordinación de trabajo para la consecución de objetivos comunes desde un abordaje multidisciplinar.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de reuniones de coordinación multidisciplinar	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizarán las reuniones de coordinación de las que se haya realizado un registro formal (preferiblemente a través de acta).</p> <p>Estas reuniones pueden ser multidisciplinarias asistenciales, de revisión de planes de atención, de equipo directivo, equipo de calidad, de coordinación residencial u otras.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán las reuniones de coordinación externa, con empresas de servicios, familias u otras.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registros de las reuniones.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Dirección.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID004.1-1</b>
	<b>EQUIPO DE CALIDAD</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR004.1 PLAN DE CALIDAD		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	EQUIPO DE CALIDAD		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Nº de reuniones realizadas por el equipo de calidad. Indicador de proceso, descriptor de la actividad del equipo de calidad del centro.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de reuniones del equipo de calidad	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado. Se contabilizarán las reuniones de coordinación de las que se haya realizado un registro formal (preferiblemente a través de acta).		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registros de las reuniones.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Dirección.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID004.3-1</b>
	<b>QUEJAS Y SUGERENCIAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR004.3 GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE QUEJAS Y SUGERENCIAS (QyS)		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de quejas, y sugerencias presentadas en el centro u otros registros, relativas a la organización o atención prestada por el centro.</p> <p>El fin último de la administración es lograr la satisfacción de los usuarios. El registro y monitorización de las quejas/sugerencias que estos puedan presentar es un indicador imprescindible para objetivar el resultado de nuestras actuaciones.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de quejas o sugerencias	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán todas las QyS formales presentadas relativas a la organización o atención prestada en el centro, tanto las que se tramiten a través de la Dirección Provincial (Decreto 91/2001) como aquellas a las que dé respuesta directamente el centro.</p> <p>Por QyS formales se entenderá aquellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentadas en modelo oficial, en registro del centro u otros registros de la administración.</li> <li>- Otras presentadas con una formalidad mínima (por escrito o verbalmente a un responsable) y que requieran de respuesta de la organización.</li> </ul>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se incluyen aquí las reclamaciones, que son competencia de la Dirección General de Consumo		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático de gestión residencial, historia social y registro específico.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Dirección, RAAR.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID101.1-1</b>
	<b>CUIDADOR DE REFERENCIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.1 CUIDADOR DE REFERENCIA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PORCENTAJE DE PERSONAS USUARIAS CON CUIDADOR/A DE REFERENCIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con cuidador de referencia asignado. El objetivo es conocer el grado de implantación formal del sistema de cuidadores de referencia.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con cuidador de referencia asignado	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	A la hora de realizar los cálculos, se tendrán en cuenta las cifras del último día del periodo de contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizan los residentes en estancia temporal.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro específico, planes de atención.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	RAAR, coordinador o Dirección.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>90%		


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID103-1</b>
	<b>PARTICIPACIÓN INDIRECTA EN PAIV</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR103 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PARTICIPACIÓN INDIRECTA EN EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA (PAIV)		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de Planes de atención Integral y Vida realizados o revisados con participación o aportaciones del cuidador de referencia (TCAE). El objetivo es conocer el grado de implantación efectiva del sistema de cuidadores de referencia, posibilitando la participación indirecta del residente en su plan de atención.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de PAIV o revisados con participación de cuidador de referencia	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de PAIV realizados o revisados	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El PAIV es un plan de atención multidisciplinar, en el que participan todos los técnicos implicados en la atención de cada residente y el cuidador de referencia como representante del mismo. La participación del cuidador de referencia se objetiva a través de observaciones o aportaciones realizadas al PAIV de forma directa en la reunión (de forma activa) o por escrito.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro específico de PAIV, planes de atención.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Técnico de referencia (normalmente enfermería), RAAR, coordinador.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID101.2.5-1</b>
	<b>RESIDENTES ENCAMADOS</b>		Fecha: 01/07/2019 Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.2.5 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: MOVILIDAD		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES ENCAMADOS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes que, por su estado de salud o funcional, permanecen en cama de forma permanente, o se les levanta en horarios muy limitados (ver los términos considerados posteriormente).</p> <p>Este es un descriptor del perfil y capacidad funcional de los residentes, así como de la evolución del modelo de atención.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes encamados	X100
	<b>Denominador</b>	Nº de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se considerará encamado aquel residente que haya estado levantado menos de 2 horas al día, la mitad o más de los días del periodo medido.</p> <p>En el denominador, se contabilizarán el número de residentes del último día del periodo.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	Residentes que permanezcan en cama por voluntad propia.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, planes de cuidados.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID101.2.5-2</b>
	<b>TASA DE CAÍDAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.2.5 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: MOVILIDAD		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	TASA DE CAÍDAS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de caídas en proporción al nº de residentes en el mes anterior. Con este indicador se pretende conocer la evolución del número de residentes con caídas, y poder objetivar el resultado de las estrategias de prevención de las mismas.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de caídas registradas en el mes anterior	X100
	<b>Denominador</b>	Nº de residentes a final de mes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad (causas tanto endógenas como exógenas). Se tendrán en cuenta las caídas registradas, independientemente de la gravedad de sus consecuencias.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heteroagresiones: precipitaciones provocadas por terceras personas.</li> <li>- Autoagresiones: precipitaciones voluntarias.</li> </ul>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	<10%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID101.2-1</b>
	<b>GRADO DE DEPENDENCIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.2 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON GRADO I DE DEPENDENCIA; % DE RESIDENTES CON GRADO II DE DEPENDENCIA; % DE RESIDENTES CON GRADO III DE DEPENDENCIA; % DE RESIDENTES SIN GRADO DE DEPENDENCIA.		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Indicador de proceso, descriptor de actividad y perfil de los usuarios.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con cada uno de los grados de Dependencia reconocidos oficialmente	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se tendrá como referencia los grados de dependencia reconocidos oficialmente tras la aplicación del BVD.</p> <p>Se obtendrán 4 valores, al contabilizar cada uno de los grados de Dependencia por separado en el numerador.</p> <p>Los residentes sin evaluación se añaden al grupo "sin dependencia"</p> <p>El recuento de los datos corresponderá al último día del periodo a contabilizar.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID101.2-2</b>
	<b>GRADO DE AUTONOMÍA EN LAS ABVD</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.2 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	GRADO MEDIO DE AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Capacidad funcional de los residentes en el entorno residencial, medida con la escala Barthel.</p> <p>Indicador de proceso (perfil de residentes) y de resultado (evolución).</p> <p>El uso de este indicador añadido al grado de dependencia, queda justificado por centrarse exclusivamente en las actividades básicas de la vida diaria, en el entorno actual, así como por la posibilidad de actualizarlo con mayor frecuencia.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ de puntuaciones obtenidas al aplicar el test Barthel en cada uno de los residentes	
	<b>Denominador</b>	Nº de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se tendrá en cuenta la última valoración realizada en cada residente.</p> <p>Todos los residentes tendrán valorada esta escala en los 12 meses previos a la recogida del indicador.</p> <p>Los residentes a contar serán los existentes el último día de periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	Residentes en estancia temporal.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro informatizado.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta o enfermeira.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID101.2-3</b>
	<b>PERSONALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.2 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PERSONALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS PERSONALES		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con preferencias o pautas personalizadas documentadas en su Plan de Cuidados Personales.</p> <p>La finalidad de este indicador es valorar el esfuerzo y adaptación de la organización a las preferencias de los residentes.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con preferencias o pautas personalizadas en el Plan de Cuidados	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como preferencias o pautas personalizadas aquellas recogidas fuera de las pautas generales del centro. Como referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseo: horario o forma singular de proceder.</li> <li>- Arreglo personal: uso de ropa o elementos personales concretos referenciados como preferidos; pautas singulares en el acicalado.</li> <li>- Alimentación: horarios, ubicación, preferencias o rechazos.</li> <li>- Otros: horarios, ubicaciones o actividades singulares.</li> </ul> <p>El número total de residentes será el del último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Productos de apoyo o prescripciones por motivos de salud (alergias, intolerancias, patologías...).</li> <li>- Cuidados prestados de forma individualizada informalmente dentro de las rutinas del centro: en la selección de ropa, acicalado, alimentación, etc.</li> <li>- Cuidados prestados de forma individualizada no motivados por preferencias o gustos de la persona atendida.</li> </ul> <p>No se contabilizarán los residentes en estancia temporal.</p>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro específico de planes de atención.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Técnico de referencia, enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		

<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		
	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID102.1-1</b>
	<b>INFORMACIÓN PREINGRESO</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


<b>DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR</b>			
<b>PROCESO</b>	PR102.1 ADMISIÓN Y PREINGRESO		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	INFORMACIÓN PREINGRESO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Porcentaje de ingresos programados que se realizan disponiendo de la información previa necesaria. La disponibilidad de adecuada información preingreso facilita la previsión de las necesidades del residente y su acogida el día del ingreso.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	Nº de usuarios con información adecuada antes del ingreso	X 100
	Denominador	Nº de usuarios que han ingresado	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se considera información adecuada al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista preingreso (presencial o telefónica)</li> <li>- Información de situación social</li> <li>- Informe de salud con diagnósticos y tratamientos recientes (máximo 3 meses).</li> <li>- Ficha preingreso con principales necesidades y capacidades registrada</li> </ul> <p>En caso de no ser aportada en entrevista personal, se pueden considerar la información en formatos no físicos o verbal si es completa.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizan los ingresos de carácter no programado. No se contabilizarán los traslados desde otro centro propio.</p>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia de trabajador social		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID102.2-1</b>
	<b>Nº DE INGRESOS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR		
<b>PROCESO</b>	PR102.2 INGRESO Y ACOGIDA DE RESIDENTE	
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE INGRESOS DE RESIDENTES REALIZADOS	
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Indicador de proceso, descriptor de actividad.	
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de ingresos realizados
	<b>Denominador</b>	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Ingresos de residentes para estancia permanente o temporal.	
<b>EXCEPCIONES</b>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.	
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social	
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual	
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>		


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID102.2-2</b>
	<b>Nº DE INGRESOS ESTANCIA TEMPORAL</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR102.2 INGRESO Y ACOGIDA DE RESIDENTE		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE INGRESOS PARA SERVICIO DE ESTANCIA TEMPORAL		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Indicador de proceso, descriptor de actividad.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de ingresos realizados para servicio de estancia temporal	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Residentes que han ingresado para estancia temporal		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID102.2-3</b>
	<b>ESTANCIA MEDIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR102.2 INGRESO Y ACOGIDA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	ESTANCIA MEDIA EN EL CENTRO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Duración media de la estancia de los residentes en el centro. Descriptor del perfil de usuario del centro.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ días de estancias de los residentes desde la fecha de ingreso hasta el último día del periodo contabilizado.	
	<b>Denominador</b>	Nº de residentes el último día del periodo contabilizado	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Días de estancia= suma de estancias, contabilizando fecha de ingreso y fecha de corte a contabilizar.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán los residentes en estancia temporal.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID103-1</b>
	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR103 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	HISTORIAS DE VIDA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con Historia de Vida completada. El objetivo es conocer el grado de implantación efectiva del documento de Historia y Proyecto Vital, que posibilite un modelo de atención centrada en la persona.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con documento de Historia y Proyecto Vital completado	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El número de residentes, será el existente a final de periodo contabilizado. El documento de Historia y Proyecto Vital se considerará completado cuando haya sido aprobado en equipo (normalmente al elaborar el PAIV).</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán los residentes en estancia temporal.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro de Historia y Proyecto Vital.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID103-2</b>
	<b>REVISIÓN DE PAIV</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR103 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	REVISIÓN DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA (PAIV)		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con PAIV actualizado en el último año. El objetivo es conocer el grado de implantación efectiva del Plan de Atención Integral y Vida, que posibilite un modelo de atención centrada en la persona.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con PAIV elaborado o revisado en el último año.	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El número de residentes, será el existente a final de periodo contabilizado. Por último año se entenderá los doce meses inmediatamente anteriores al mes en el que se registra el indicador. La revisión del PAIV deberá ser en reunión multidisciplinar, con participación directa o indirecta de los técnicos implicados en la atención del residente, así como de los profesionales de referencia.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán los residentes en estancia temporal.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro específico de Plan de atención Integral y Vida.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	RAAR, coordinador, enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID103-3</b>
	<b>COMUNICACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR103 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	COMUNICACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS PERSONALES A USUARIO/FAMILIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de Planes de Cuidados Personales comunicados a usuario o familia. El objetivo es conocer el grado de información dada al usuario, de forma que se pueda facilitar además su participación, dentro del modelo de atención centrada en la persona.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de Planes de Cuidados revisados en el último año y comunicados a residente o familia	X100
	<b>Denominador</b>	Nº de Planes de Cuidados revisados en el último año	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Por último año se entenderá los doce meses inmediatamente anteriores al mes en el que se registra el indicador. Se contabilizarán los Planes de Cuidados comunicados formalmente, o por escrito o en reunión a tal efecto. La comunicación se realizará al usuario, o a la familia/tutor en caso de que este tenga deterioro cognitivo.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los residentes en estancia temporal.</li> <li>- Los residentes tutelados por el Gobierno de Aragón.</li> </ul>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro específico de Plan de atención Integral y Vida.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	RAAR, coordinador, enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>70%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID104-1</b>
	<b>BAJAS POR DEFUNCIÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR104 BAJA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE BAJAS POR DEFUNCIÓN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Nº de fallecimientos producidos en el centro. Descriptor de actividad		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes fallecidos en el periodo contabilizado	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán los residentes fallecidos tanto en la residencia como en hospital u otros medios. Se incluirán en el recuento los residentes fallecidos en estancia temporal.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID104-2</b>
	<b>BAJAS POR TRASLADO</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR104 BAJA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE BAJAS POR TRASLADO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Nº de traslados definitivos producidos en el centro. Descriptor de actividad y de capacidad de adaptación del sistema.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes trasladados en el periodo contabilizado	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabiliza los residentes con traslado definitivo a otro centro asistencial o residencial efectuado (o confirmado, si el traslado inicial era temporal) en el periodo de recuento.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizan renuncias ni traslados temporales.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial o recuento directo.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID104-3</b>
	<b>RESIDENTES PENDIENTES DE TRASLADO</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR104 BAJA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	RESIDENTES PENDIENTES DE TRASLADO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de residentes que hayan solicitado traslado con más de un año antigüedad y hace más de 3 meses.</p> <p>Descriptor de actividad y de la capacidad de adaptación del sistema.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con más de un año antigüedad y que hayan solicitado traslado hace más de 3 meses.	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los residentes pendientes de traslado se contabilizarán el último día del periodo a computar.		
<b>EXCEPCIONES</b>	Situaciones de traslado forzoso.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático de gestión residencial. Historia social.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID104-4</b>
	<b>BAJAS POR RENUNCIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR104 BAJA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE BAJAS POR RENUNCIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Nº de renunciaciones producidas en el centro. Descriptor de actividad y de capacidad de adaptación del centro.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes que han efectuado renuncia en el periodo contabilizado	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabiliza los residentes que han causado baja definitiva en el centro debido a renuncia tras formalizar el ingreso, tanto en periodo de prueba como posteriormente.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizan las renunciaciones efectuadas tras la adjudicación de plaza en periodo preingreso.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático de gestión residencial. Historia social.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.1-1</b>
	<b>DETERIORO COGNITIVO</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.1 SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON DETERIORO COGNITIVO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	% de residentes con deterioro cognitivo diagnosticado o reflejado en informe de salud. Descriptor del perfil de los usuarios del centro.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con deterioro cognitivo	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El cómputo se realizará con los datos existentes el último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizará como residente con deterioro cognitivo aquel con diagnóstico médico de cualquier tipo de demencia, deterioro cognitivo o enfermedad mental.</p> <p>Se contabilizará igualmente como deterioro cognitivo a los residentes con discapacidad intelectual.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán los procesos agudos.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.1-2</b>
	<b>POLIFARMACIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.1 SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON POLIFARMACIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	% de residentes con 6 o más medicamentos prescritos. Descriptor del perfil de los usuarios del centro y la atención sanitaria prestada.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con 6 o más medicamentos prescritos por un médico	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los recuentos serán relativos al último día del periodo contabilizado. Se contabilizarán los medicamentos prescritos independientemente de la vía de administración (enteral, parenteral, tópico o inhalado).		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.1-3</b>
	<b>MEDIDAS DE SUJECIÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.1 SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON MEDIDAS DE SUJECIÓN FÍSICA PAUTADAS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con medidas de sujeción pautadas siguiendo el protocolo aprobado por el gobierno de Aragón.</p> <p>Descriptor del perfil de los usuarios del centro y del modelo de atención.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con sujeciones pautadas	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizan residentes, aunque puedan llevar más de una medida de sujeción.</p> <p>Los recuentos serán relativos al mes anterior al que se realiza el registro.</p> <p>El número total de residentes será en del último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizarán como sujeciones las barras protectoras de cama, cinturones, muñequeras, petos, ubicaciones limitadas (dentro del centro) y cualquier otro tipo de medida que pueda impedir el libre movimiento o desplazamiento de la persona.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial. Historia médica o de enfermería.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	< 25 %		

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.2-1</b>
	<b>UPP POSTINGRESO</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.2 VALORACIÓN Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON UPP POSTINGRESO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	% de residentes con úlceras por presión grado II a IV. Descriptor de la calidad de los cuidados prestados. Las UPP además tienen alto impacto a largo plazo en la salud y la calidad de vida de la persona.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con UPP grado II a IV originadas en el centro	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán los residentes con UPP grado II a IV originadas en el centro, independientemente de la fecha de aparición. Los recuentos serán relativos al mes anterior al que se realiza el registro. El número total de residentes será el del último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>- UPP grado I.</li> <li>- UPP originadas en un medio externo (hospital, domicilio, etc).</li> <li>- Úlceras de origen vascular, traumático o de cualquier otro origen distinto a la presión continuada en los tejidos.</li> </ul>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial. Historia médica o de enfermería.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	<15%		

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.2-2</b>
	<b>PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.2 VALORACIÓN Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes en los que se ha objetivado una pérdida de peso severa considerada no intencionada, ni que forme parte del tratamiento del residente. Descriptor y pronóstico de estado de salud de los residentes. Las personas mayores que tienen una pérdida de peso no intencionada tienen un mayor riesgo de infección, depresión y muerte.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con pérdida de peso mayor de los límites establecidos	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán las pérdidas de peso involuntarias y que no formen parte de un tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; a 5% de su peso en el último mes.</li> <li>- &gt; a 10% en los últimos 3 meses.</li> </ul> <p>Se tendrán en cuenta los meses a partir del último día del periodo que contabilice el indicador. El número total de residentes será el del último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Residentes en fase terminal de una enfermedad.</li> <li>- Residentes que no quieran que se les controle el peso.</li> </ul>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial. Historia médica o de enfermería.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	<5%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.3-1</b>
	<b>Nº DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.3 ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Suma de días de hospitalización en proporción al número de residentes. Descriptor que puede ser útil para objetivar las necesidades sanitarias agudas de los residentes, su modo de atención y la evolución de estos en el tiempo.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ de días de hospitalización de residentes	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán el número de noches que el residente permanece ingresado en hospital. Igualmente se contabilizará la estancia en urgencias u observación si corresponde con una jornada entera, pernodiando en el centro hospitalario. En el denominador, el número total de residentes, será el existente el último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.1.3-2</b>
	<b>DERIVACIONES A URGENCIAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.3 ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	NÚMERO DE RESIDENTES DERIVADOS A URGENCIAS O QUE HAN REQUERIDO ATENCIÓN URGENTE		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Número de derivaciones o consultas realizadas a servicios sanitarios de urgencias.</p> <p>Descriptor que puede ser útil para objetivar las necesidades sanitarias agudas de los residentes, su modo de atención y la evolución de estos en el tiempo.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes derivados a consultas o servicios de urgencias	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como derivaciones o consultas las realizadas a servicios externos al centro como consecuencia de un proceso agudo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros hospitalarios.</li> <li>- Urgencias de atención primaria.</li> <li>- Unidades móviles.</li> </ul> <p>En el denominador, el número total de residentes será el existente el último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán consultas telefónicas, solo las que impliquen valoraciones presenciales.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia clínica.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.2.1-2</b>
	<b>ALCANCE TOTAL DE FISIOTERAPIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.2.1 PLAN DE FISIOTERAPIA Y AUTONOMÍA EN LA MOVILIDAD		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	ALCANCE TOTAL DE FISIOTERAPIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción de residentes que se benefician de algún tipo de servicio de fisioterapia. Se pretende describir el alcance de este servicio.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes atendidos por servicios de fisioterapia del centro	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como residentes atendidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los atendidos de forma directa por el fisioterapeuta, en consulta o en otras instalaciones.</li> <li>- Los que asistan a alguna actividad grupal organizada por el fisioterapeuta.</li> <li>- Los que se beneficien de pautas dadas por el fisioterapeuta (paseos, medidas posturales, etc).</li> </ul> <p>En el denominador, el número total de residentes será el existente el último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia clínica.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Fisioterapeuta.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID105.2.1-2</b>
	<b>ALCANCE DE FISIOTERAPIA INDIVIDUALIZADA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.2.1 PLAN DE FISIOTERAPIA Y AUTONOMÍA EN LA MOVILIDAD		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	ALCANCE DE FISIOTERAPIA INDIVIDUALIZADA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción de residentes atendidos por el servicio de fisioterapia de forma individualizada.</p> <p>Se pretende describir el alcance real de este servicio.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes atendidos de forma individualizada por servicios de fisioterapia del centro	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como residentes atendidos de forma individualizada aquellos atendidos de forma directa por el técnico (por separado o en grupo), y de los cuales haya documentada una valoración, planificación y seguimiento individualizados.</p> <p>En el denominador, el número total de residentes será el existente el último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia clínica.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Fisioterapeuta.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID106.2-1</b>
	<b>RESIDENTES CON ALTERACIONES DE CONDUCTA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR106.1 PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE USUARIOS CON ALTERACIONES DE CONDUCTA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con incidencias de conducta en el último mes. Descriptor del perfil de los usuarios del centro y la atención prestada a los mismos. Es necesario monitorizar la frecuencia de estos episodios para identificar necesidades especiales, tanto en los usuarios (de atención), como en los profesionales (recursos, formación).</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con alteraciones de conducta	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El cálculo corresponderá al mes previo al registro del indicador. El número total de residentes, será el existente el último día del periodo contabilizado. Se contabilizará como alteración de conducta, de forma orientativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto o heteroagresión verbal o física.</li> <li>- Comportamientos socialmente inaceptables.</li> <li>- Comportamientos que de forma reiterada vulneren los legítimos derechos de otros residentes y que no cesen tras apercibimiento, originando conflicto.</li> </ul>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	<10% (residencias de mayores)		

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID107.1-1</b>
	<b>ALCANCE TOTAL DE TERAPIA OCUPACIONAL</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR107.1 PLANIFICACIÓN DE APOYOS TERAPÉUTICOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	ALCANCE TOTAL DE TERAPIA OCUPACIONAL		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción de residentes que se benefician de algún tipo de intervención de terapia ocupacional. Se pretende describir el alcance real de este servicio.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes atendidos por servicios de terapia ocupacional del centro	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como residentes atendidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los atendidos de forma directa por el terapeuta ocupacional, en consulta o en otras instalaciones.</li> <li>- Los que asistan a alguna actividad grupal organizada por el terapeuta ocupacional.</li> <li>- Los que se beneficien de pautas dadas por el terapeuta ocupacional (uso de productos de apoyo, otras).</li> </ul> <p>En el denominador, el número total de residentes será el existente el último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia clínica.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Terapeuta ocupacional.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID107.1-2</b>
	<b>ALCANCE DE TERAPIA OCUPACIONAL INDIVIDUALIZADA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR107.1 PLANIFICACIÓN DE APOYOS TERAPÉUTICOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	ALCANCE DE TERAPIA OCUPACIONAL INDIVIDUALIZADA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Proporción de residentes atendidos por el servicio de terapia ocupacional de forma individualizada.</p> <p>Se pretende describir el alcance real de este servicio.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes atendidos de forma individualizada por servicios de terapia ocupacional del centro	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como residentes atendidos de forma individualizada aquellos atendidos de forma directa por el técnico (por separado o en grupo), y de los cuales haya documentada una valoración, planificación y seguimiento individualizados.</p> <p>En el denominador, el número total de residentes será el existente el último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia clínica.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Terapeuta ocupacional.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID107.5-1</b>
	<b>ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR107.5 ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de actividades socioculturales de todo tipo realizadas. Descriptor de los recursos y esfuerzos realizados por la organización para ofertar la mayor variedad posible de actividades y conseguir la mayor calidad de vida de los residentes.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de actividades socioculturales realizadas	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como actividades socioculturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celebraciones colectivas.</li> <li>- Excursiones.</li> <li>- Actividades culturales.</li> <li>- Actividades de encuentro comunitario, visitas, exposiciones u otros.</li> </ul> <p>Podrán ser también algunas de las organizadas por el servicio de terapia ocupacional, siempre que tengan este carácter. Las actividades serán normalmente grupales.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán celebraciones privadas		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia social y de terapia ocupacional.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social, terapeuta ocupacional.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID107.5-2</b>
	<b>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR107.5 ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% De residentes que participan en 2 o más actividades semanales actividades de cualquier tipo regularmente (4 en atención a personas con discapacidad).</p> <p>Descriptor de los recursos y esfuerzos realizados por la organización para conseguir la mayor oferta posible de actividades, y que alcance a la totalidad de los residentes.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes que participan en 2 o más actividades semanalmente (4 o más en centros de discapacitados)	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se tendrán en cuenta todas las actividades, consideradas terapéuticas o de ocio, grupales o individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisioterapia, terapia ocupacional.</li> <li>- Talleres.</li> <li>- Actividades de ocio.</li> <li>- Actividades socioculturales.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p>El cálculo se realizará con la suma de la media de actividades programadas semanalmente y otras de carácter esporádico, como pueden ser las actividades socioculturales.</p> <p>El cálculo corresponderá a la media de los seis meses previos al registro del indicador. El número total de residentes, será el del último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán consultas que no supongan actividad del residente, como la médica, de enfermería u otro tipo de actuaciones.</p> <p>No se contabilizarán residentes en estancia temporal.</p>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, programaciones de actividades.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	RAAR, coordinador, trabajador social, terapeuta ocupacional.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID108.1-1</b>
	<b>PARTICIPACIÓN FAMILIAR</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

<b>DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR</b>			
<b>PROCESO</b>	PR108.1 INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PARTICIPACIÓN FAMILIAR		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de residentes cuyas familias participan en los apoyos prestados o actividades organizadas por el centro.</p> <p>Uno de los pilares del modelo de atención centrada en la persona es la participación familiar, por lo que resulta relevante conocer el grado de implicación de las familias en la vida del centro.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes cuyas familias participan en los cuidados o las actividades del centro más de una vez a la semana	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El recuento de residentes corresponderá al último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizarán las familias que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participan directamente en algunos de los cuidados (asistenciales ocupacionales o de ocio) más de una vez a la semana de media.</li> <li>- Asisten de forma regular a las actividades organizadas por el centro.</li> </ul>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los residentes en estancia temporal.</li> </ul>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa de gestión residencial. Registros de historia social.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>20%		


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID108.1-2</b>
	<b>CONTACTO CON FAMILIAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR108.1 INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	CONTACTO CON FAMILIAS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de residentes con cuyas familias se tiene contacto regular.</p> <p>Uno de los pilares del modelo de atención centrada en la persona es la participación familiar, y para posibilitar esta es fundamental disponer de canales de información y comunicación estables.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con cuyas familias se tiene contacto regular	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº de residentes no tutelados por Gobierno de Aragón	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán las familias con las que el personal del centro tiene contacto al menos una vez al mes, bien sea en persona o por otros medios.		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los residentes en estancia temporal.</li> <li>- Residentes tutelados por el Gobierno de Aragón.</li> </ul>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa de gestión residencial. Registros de historia social.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>50%??		


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID108.2-1</b>
	<b>CAPACIDAD MODIFICADA JUDICIALMENTE</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR108.2 APOYO EN LAS GESTIONES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON CAPACIDAD MODIFICADA JUDICIALMENTE		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de residentes cuya capacidad de autodeterminación ha sido modificada por resolución judicial.</p> <p>Este indicador es descriptor de la capacidad global de autodeterminación de los residentes. La capacidad de autodeterminación es de gran importancia para que las personas puedan participar de forma activa en sus planes de atención. En caso de que esté mermada, los apoyos externos para garantizar este derecho se hacen indispensables.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con capacidad modificada judicialmente	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los recuentos corresponderán al último día del periodo contabilizado. Se contabilizará como residente con capacidad modificada judicialmente, independientemente del medio de protección determinado y del tutor asignado: familiar o Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa de gestión residencial. Registros de historia social.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID108.2-2</b>
	<b>TUTELADOS POR GOBIERNO DE ARAGÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR108.2 APOYO EN LAS GESTIONES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES TUTELADOS POR EL GOBIERNO DE ARAGÓN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de residentes cuya capacidad de autodeterminación ha sido modificada por resolución judicial, y cuyo tutor designado es el Gobierno de Aragón. La capacidad de autodeterminación es de gran importancia para que las personas puedan participar de forma activa en sus planes de atención. Este indicador tiene varias implicaciones. Es descriptor parcial de la capacidad global de autodeterminación de los residentes, pero también objetiva la falta de apoyo familiar (por lo que tiene que hacerse cargo la DGA de su tutela). Además, objetivará una mayor carga administrativa del trabajador social.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes tutelados por la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos.	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los recuentos corresponderán al último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa de gestión residencial. Registros de historia social.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID201-1</b>
	<b>COSTE MEDIO POR PLAZA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR201 GESTIÓN ECONÓMICA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	COSTE MEDIO POR PLAZA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Indicador de resultado de la gestión económica de los centros del IASS. La sostenibilidad de todo sistema se basa en una gestión eficiente, transparente y responsable, sin que esto suponga renunciar a la misión, visión y valores del recurso gestionado, aspecto de especial relevancia tratándose del sistema público que garantiza los derechos sociales de los ciudadanos.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Σ importes de gastos por capítulo I, II y VI	
	<b>Denominador</b>	Nº de plazas totales teóricas del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán todos los gastos ejecutados en el periodo a contabilizar (el año natural):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastos de capítulo I: todos los gastos relativos a personal.</li> <li>- Gastos de capítulo II: todos los gastos relativos a bienes corrientes y servicios</li> <li>- Gastos de capítulo VI: todos los gastos relativos a inversiones reales.</li> </ul> <p>En el caso de que se haya modificado el número de plazas teóricas del centro a lo largo del periodo a contabilizar, se podrá realizar el promedio de las mismas.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Bases informáticas de administración del centro. Programa informático de gestión residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración		
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID201-2</b>
	<b>COSTE MEDIO POR ESTANCIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR201 GESTIÓN ECONÓMICA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	COSTE MEDIO POR ESTANCIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Indicador de resultado de la gestión económica de los centros del IASS. La sostenibilidad de todo sistema se basa en una gestión eficiente, transparente y responsable, sin que esto suponga renunciar a la misión, visión y valores del recurso gestionado, aspecto de especial relevancia tratándose del sistema público que garantiza los derechos sociales de los ciudadanos.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ importes de gastos por capítulo I, II y VI	
	<b>Denominador</b>	$\Sigma$ días de estancias efectivas	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán todos los gastos ejecutados en el periodo a contabilizar (el año natural):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastos de capítulo I: todos los gastos relativos a personal.</li> <li>- Gastos de capítulo II: todos los gastos relativos a bienes corrientes y servicios</li> <li>- Gastos de capítulo VI: todos los gastos relativos a inversiones reales.</li> </ul> <p>Estancias efectivas= suma de estancias de todos los residentes. Se contabilizan también los residentes de vacaciones, ingresados en hospital u otras ausencias</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Bases informáticas de administración del centro. Programa informático de gestión residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración		
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID201.1-1</b>
	<b>NÚMERO DE ESTANCIAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR		
<b>PROCESO</b>	PR201.1 PROVISIÓN DE INGRESOS	
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	NÚMERO TOTAL DE ESTANCIAS EN EL CENTRO	
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Indicador de proceso, descriptor de actividad.	
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ días de estancias efectivas
	<b>Denominador</b>	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Estancias efectivas= suma de estancias de todos los residentes.  Se contabilizan también los residentes de vacaciones, ingresados en hospital u otras ausencias	
<b>EXCEPCIONES</b>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático de gestión residencial.	
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración	
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual	
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID201.1-2</b>
	<b>OCUPACIÓN</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR201.1 PROVISIÓN DE INGRESOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE OCUPACIÓN DEL CENTRO		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Indicador de proceso, descriptor de actividad.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ de estancias efectivas	X 100
	<b>Denominador</b>	$\Sigma$ de estancias teóricas	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Estancias efectivas= suma de estancias de todos los residentes (indicador ID201.1-1)</p> <p>Estancias teóricas= nº de plazas teóricas del centro x nº días del periodo contabilizado</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático de gestión residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>90%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID201.1-3</b>
	<b>IMPAGOS DE PLAZA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR201.1 PROVISIÓN DE INGRESOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	IMPAGOS DE PLAZA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con impagos respecto al importe del copago de las plazas de todos los residentes.</p> <p>Un sistema público de calidad solo será sostenible desde la corresponsabilidad de todas las partes implicadas. Un elevado número de impagos hará inviable dicho sistema.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Número de residentes que no han hecho efectivo el pago de las estancias	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán los datos disponibles el último día del periodo computado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático de administración.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administrador		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	<10%		


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID201.2-1</b>
	<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR201.2 CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>El objetivo es conocer qué porcentaje de los importes autorizados en capítulo II se han adjudicado.</p> <p>Para conseguir la mejor atención de los residentes del centro, es fundamental una adecuada gestión de los recursos, disponiendo de procedimientos adecuados y ajustando al máximo la ejecución presupuestaria.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	% de crédito de capítulo II ejecutado hasta el fin de periodo contabilizado	X 100
	Denominador	Crédito inicial en capítulo II	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se considerarán los datos disponibles el último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administrador		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	Referencia anual		


	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID203.4.2-1</b>
	<b>INCIDENCIAS HIGIÉNICO-SANITARIAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS	ELABORADO POR SERVICIO CENTROS		
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA	VALIDADO POR GERENCIA IASS		

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR203.4.2 ELABORACIÓN DE MENÚ		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE INCIDENCIAS HIGIÉNICO-SANITARIAS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de incidencias higiénico-sanitarias detectadas por inspección en el proceso de alimentación.</p> <p>Un objetivo importante en cuanto a la calidad de los servicios hosteleros es el de garantizar la seguridad e higiene alimentaria.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de incidencias higiénico-sanitarias detectadas por inspección en el periodo computado	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán todas las incidencias detectadas, independientemente de su gravedad.		
<b>EXCEPCIONES</b>	Si en el periodo de recuento se han producido varias inspecciones, no se contabilizarán aquellas incidencias repetidas.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Informes de inspección de sanidad.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Dirección.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			




 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID203.6-1</b>
	<b>AVERÍAS EN LOS SISTEMAS</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR203.6 MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE AVERÍAS EN LOS SISTEMAS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de averías detectadas en los sistemas ****</p> <p>Es de gran importancia la adecuada conservación de contextos e instalaciones, tanto para las adecuadas condiciones de trabajo del personal, como para garantizar la calidad de vida de los residentes. Un elevado número de averías en los sistemas considerados puede indicar la necesidad de actualización de los mismos, o una mejor planificación del mantenimiento.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	Numerador	Nº de averías en los sistemas ***	
	Denominador		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán las averías en sistemas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- .</li> <li>- *** Pendiente de definir</li> </ul>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Partes de averías e informes de mantenimiento.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administrador, responsable de mantenimiento.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID203.7-1</b>
	<b>USUARIOS DE PODOLOGÍA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR203.7 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES USUARIOS DE PODOLOGÍA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	% De residentes que utilizan el servicio de podología. Descriptor de actividad.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes que utilizan el servicio de podología	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	El número total de residentes, será el del último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Administración, registros actividad.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración, trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID203.7-2</b>
	<b>USUARIOS DE PELUQUERÍA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR203.7 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES USUARIOS DE PELUQUERÍA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	% De residentes que utilizan el servicio de peluquería. Descriptor de actividad.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes que utilizan el servicio de peluquería	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	El número total de residentes, será el del último día del periodo contabilizado.		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Administración, registros actividad.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Administración, trabajador social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			



## 5. GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE FICHAS DE PROCESOS.

La redacción de cada apartado debe ser sencilla y resumida. Prima la claridad en la exposición del contenido. El objetivo es que la actividad reflejada se comprenda rápidamente y con facilidad.

La fuente a utilizar en el modelo normal debe ser Verdana 10, salvo en el encabezado, donde el tamaño será 12 (10 para fecha/versión). Se registrará en negrita el nombre y código del proceso.

La fuente a utilizar en el modelo concentrado debe ser Verdana 8, excepto el nombre del proceso (tamaño 12) y el código (tamaño 10). Se registrará en negrita el nombre y código del proceso.

**Área:** anotar el área o ámbito al que pertenece el centro de trabajo: centros, gerencia, dirección provincial...

**Ámbito de aplicación:** centro (si es centro residencial o de día), sección o unidad administrativa concreta en la que se aplicará el proceso.

**Elaborado por:** persona o equipo que se ha encargado de la elaboración del proceso.

**Validado por:** el proceso debe ser validado en el centro o sección (por el equipo de calidad, equipo directivo, director o jefe de servicio) y deseablemente por la dirección provincial o gerencia del IASS.

**Misión:** corresponde al fin último que persigue el proceso.

**Objetivos:** los objetivos deben ser más concretos que la misión, pasos intermedios específicos, realistas y medibles.

**Propietario del proceso:** es la persona encargada de coordinar y supervisar el correcto funcionamiento del mismo. No es necesario que domine todos los aspectos técnicos de las tareas descritas en el mismo, sino tener adecuada una visión global. Se responsabiliza de hacer su seguimiento y evaluación, que posteriormente comunicará al equipo de calidad.

**Otros profesionales implicados:** profesionales que intervienen en la ejecución del proceso.

**Inicio del proceso:** es aquella circunstancia que motiva que el proceso se ponga en marcha. Puede ser la recepción de una información, un ingreso, derivación de un usuario por otro profesional...

**Fin del proceso:** es último paso del proceso.

**Entradas:** son aquellos elementos necesarios para el inicio y correcto desarrollo, y que el proceso transformará o utilizará para conseguir los objetivos.

**Salidas:** son los resultados del proceso.

**Proveedores:** son los agentes que nos proporcionan las entradas necesarias para el desarrollo del proceso. Participan en el inicio y a lo largo del proceso.

**Destinatarios:** aquellos a los que está dirigido el resultado del proceso (usuarios, familias, trabajadores, sociedad, instituciones...).

**Descripción de actividades:** se realizará una ordenación, numeración y enunciado de cada fase. No se trata de explicar cómo se realiza cada actividad, para eso se desarrollan los procedimientos o instrucciones.

**Documentos relacionados:** un documento es información en un medio de soporte. Puede ser un escrito, un vídeo, un archivo informático... en este apartado citaremos aquellos documentos con los que se trabaja en el proceso.


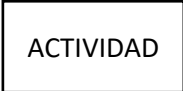


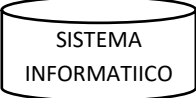


**Registros:** un registro es un tipo de documento que permite dejar constancia de una actividad realizada. Se ha cumplimentado para reflejar reuniones, controles realizados, comunicaciones, etc. Para realizar un registro pueden utilizarse diferentes modelos, con formato y campos a completar por el trabajador.

**Normativa y documentos de referencia:** documentos relevantes para el proceso porque determinan la forma de actuar, bien sea porque indican un deber (normas, instrucciones...) o porque nos sirven de referencia (guías de actuación, publicaciones, planes, políticas...).

**Indicadores:** son datos que nos ayudan a controlar y medir la evolución del proceso o sus resultados. Con el paso del tiempo indicarán una tendencia positiva o negativa del mismo. Normalmente se expresan en relaciones (% o tasas).

**Recursos:** son los medios que necesitamos para ejecutar el proceso de una forma adecuada, para realizar las tareas.

Símbolos del Diagrama de Flujo para la descripción de las actividades:

	<p>CIRCULO / OVALO INICIO Y FINAL del proceso: situación que inicia el proceso y situación final que consigue el proceso.</p>
	<p>RECTÁNGULO / CAJA ACTIVIDAD. Describe con un verbo o una acción la actividad de valor añadido que se realiza.</p>
	<p>ROMBO DECISIÓN. Contiene una pregunta (Ej.: ¿cumple criterios de....?). De aquí parten varias alternativas. En su formato más sencillo saldrían dos flechas, una con SI y otra con NO.</p>
	<p>FLECHA DIRECCIÓN del proceso. Conecta los bloques del diagrama informando de la secuencia y dirección de las actividades del proceso. Las líneas deben hacerse en ángulo recto.</p>
	<p>CILINDRO/BOTE SISTEMA INFORMÁTICO/BASE DE DATOS. Representa el sistema informático que interactúa con las actividades de proceso o incluso lo gestiona totalmente.</p>
	<p>DOCUMENTO Identifica los documentos físicos que se generan en el proceso o en los que se registran las actividades (informes, registros, hojas de control, etc.)</p>
	<p>CONECTORES Conectan el diagrama con otro proceso distinto o con otra parte del mismo diagrama (conector circular).</p>

## 6. ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

A (documento): Autorización.  
ACF: Anticipo de Caja Fija.  
ACP: Atención Centrada en la Persona.  
AICP: Atención integral Centrada en la Persona.  
AVD: Actividades de la Vida Diaria.  
ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.  
ADO: (documento): Autorización, Disposición y reconocimiento de la Obligación.  
AD: (documento): Autorización y Disposición.  
BOA: Boletín Oficial de Aragón.  
DP: Dirección Provincial.  
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.  
EMP: Equipo Multi Profesional.  
GERES: Gestión residencial.  
IASS: Instituto Aragonés de Servicios Sociales.  
ID: Indicador.  
INAEM: Instituto Aragonés de Empleo.  
ICAP: Inventory for Client and Agency Planning.  
IT: Incapacidad Temporal.  
ITAT: Incapacidad Temporal por Accidente de Trabajo.  
ITCC: Incapacidad Temporal por Contingencia Común.  
NHB: Necesidades Humanas Básicas.  
PAE: Plan de Atención de Enfermería.  
PAIV: Plan de Atención Integral y Vida.  
PCAP: Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.  
PCP: Plan de Cuidados Personales.  
PESD: Personal Especializado en Servicios Domésticos.  
PIA: Programa Individual de Atención.  
PIR: Programa Integral de Rehabilitación.  
PPT: Pliego de Prescripciones Técnicas.  
PR: Proceso.  
PRL: Prevención de Riesgos Laborales.  
PRT: Protocolo.  
PSA: Personal de Servicios Auxiliares.  
RAAR: Responsable de Área Asistencial y Residencial.  
RAPA: Responsable de Área de Personal y Administrativa.  
S/P: Si Precisa.  
SED: Servicio de Estancia Diurna.  
SEMFYC: Sociedades Españolas de Medicina Familiar Y Comunitaria.  
SERPA: Solución ERP (Enterprise Resource Planning) de Aragón.  
SIRHGA: Sistema Integrado de Recursos Humanos del Gobierno de Aragón.  
TCAE: Técnico de Cuidados Auxiliares de enfermería.  
TO: Terapeuta Ocupacional.  
TR: Técnico Recuperador.  
TS: Trabajadora Social.  
UPP: Úlceras Por Presión.





## 7. BIBLIOGRAFÍA

AENOR. Normas ISO. Norma UNE-EN ISO 9001:2015., Sistemas de gestión de la calidad. Normas UNE 158000, Gestión de servicios en residencias para personas mayores.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2014). *Manual de estándares. Servicios residenciales*. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Barbero, I. (2007). *Gestión de la calidad en las organizaciones no lucrativas de intervención social*. Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia. Recuperado de: <http://www.fundacionede.org/calidad/master/es/libro/Gesti%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20en%20las%20organizaciones%20no%20lucrativas%20de%20intervenci%C3%B3n%20social.pdf>

Beltrán Sanz, J. et al. (2003). *Guía para una gestión basada en procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología.

Bohórquez Rodríguez, A. (coord.). (2004). *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. SEGG. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/100Recomendaciones.pdf>

Camisión, C., Cruz, S. y González, T. (2006). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Pearson Educación.

Canovas, F. y Pardavila, B. (2004). *La gestión de calidad en los servicios sociales*. Madrid. IMSERSO.

Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha. (2012). *Modelo básico de atención en residencias para personas mayores*. Recuperado de: <http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicootencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf>

Cuatrecasas Arbós, L. (2010). *Gestión integral de la calidad*. Profit editorial, Barcelona.

Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2012). *Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa*. Informes Portal Mayores, nº 132.

Diputación Foral de Bizkaia. (2016). *Plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2016-2019*. Recuperado de: <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/CASTELLANO-COMPLETO.pdf?hash=9a38550d27f250243e3d0475d929b21c&idioma=CA>

Fundación MATIA, Gobierno Vasco: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. (2012). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen*. Recuperado de: [http://www.Matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/doc\\_100\\_propuestas.pdf](http://www.Matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/doc_100_propuestas.pdf)

Fundacion San Francisco de Borja. (2007). *Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual*. FEAPS.

Galloway. D. (2002). *Mejora continua de procesos*. Gestión 2000.

Garau Salas, J. (2003). *Guía para la implantación de la norma de gestión de la calidad para las ONG*. INTRESS.

Garau Salas, J. (2004). *Hacia un sistema de calidad para las ONG. La gestión de calidad en los servicios sociales*. 2015, 215-231. IMSERSO.

Garau, J. (2005). *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INTRESS. Recuperado de:  
<https://www.oviedo.es/documents/12103/63cc5978-12c9-48e6-8461-03e891636f44>

Garau Salas, J., Pardavila, V. (2005). *Guía para la implantación del sistema básico de calidad*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social. Recuperado de:  
<http://www.inclusio.gva.es/documents/732396/92571476/Gu%C3%ADa+para+la+implantaci%C3%B3n+del+Sistema+b%C3%A1sico+de+calidad/82ccefaf-4218-4b2e-853d-1ea7c4313a57>

Generalitat de Catalunya (1999). *Evaluación externa de los servicios del ICASS, indicadores de evaluación de calidad*.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. (2002). *Indicadores para la mejora de la atención residencial*.

Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social. INTRESS. (2006). *Manual de buenas prácticas en la gestión de centros de personas mayores de la comunidad valenciana*. Valencia, Grafiques Vimar.

Genua Goena, M.I. (coord.). (2012). *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Gobierno Vasco, Fundación INGEMA.

Genua Goena M.I. (coord.) (2010). Proyecto gesquality. *Aplicación del modelo europeo EFQM de excelencia en centros residenciales y en el servicio de ayuda a domicilio: diseño de procesos y cuadro de mando integral*. Memoria de investigación. Fundación SAR; Fundación MATIA. Recuperado de:  
[http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi32\\_07ayudomicilio.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi32_07ayudomicilio.pdf)

Gobierno de Aragón, Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios (2013). *Manual de políticas y servicios públicos*. Gobierno de Aragón.

Hernández Yáñez, J., Fantova Azcoaga, F. y Sacanell Berrueco, Enrique. (2000). *El imperativo de la calidad en la acción social*. Madrid, Revista Cáritas Española, 2000.

Herranz, D. (2012). *Envejecimiento, vivienda y entorno. Informe de investigación cualitativa*. Fundación MATIA.

IMSERSO. (2006). *Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Recuperado de:  
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/modelosalojamiento.pdf>

IMSERSO. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Recuperado de:  
[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc\\_tec\\_21020.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf)

Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. (s.f.) *Manual de procesos para la gestión en centros de atención a personas con discapacidad intelectual*. Junta de Castilla y León. Recuperado de:  
[http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19030/manual\\_procesos\\_gestion.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19030/manual_procesos_gestion.pdf)

Kaplan, R. y Norton, D. (2002). *Cuadro de mando integral*. Barcelona. Gestión 2000.

Kaplan, R. y Norton, D. (2004). *Mapas estratégicos*. Barcelona. Gestión 2000.

Cáritas. (2002). *La calidad como imperativo en la acción social*. Documentación social, nº 128. Cáritas Española editores.

Llorens, F. y Llorens, F. J. (1996). *Medición de la calidad de servicio*. Universidad de Granada.

Modelo EFQM Fundación europea para gestión de calidad 1991 para reconocer la excelencia de una organización.

Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Gobierno Vasco.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. Y Rodríguez, P. (2014). *Atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. (11 cuadernos). Gobierno Vasco, Matia Instituto. Rescatado de: <http://www.euskadi.eus/publicaciones-servicios-sociales/web01-a2gizar/es/>

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Fundación Pilares para la autonomía personal.

Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: marco y modelo de atención. La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: protocolos de actuación y normas de funcionamiento en el CAMP*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Navarro, F et al. (2014). *50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP)*. SEGG. Recuperado de: [https://www.segg.es/media/descargas/50\\_Recomendaciones\\_PAGCP\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf)

Niven P. (2003). *El cuadro de mando integral paso a paso*. Gestión 2000.

Observatorio de personas mayores (2011). *Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias*. Perfiles y tendencias nº 49. IMSERSO.

Pardo Álvarez, J.M. ((2017). *Gestión por procesos y riesgo operacional*. Madrid, AENOR Internacional.

Peñafiel Olivar, A.E. (2010). *Criterios y estándares de cuidados en residencias de mayores*. Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica. Recuperado de: <http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/AmegEstand.pdf>

Red de Consultoría Social. (2010). *Guía para la gestión con indicadores en acción social*.

Rodríguez Rodríguez, P. (2012) *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Fundación Pilares para la autonomía.

Rodríguez Rodríguez, P. (coord.). (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Fundación Caser para la dependencia.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.

Rodríguez, Rodríguez, P. (Coord) (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos.

Ruíz López, J y Cuellar Martín, E. (2013). *La Gestión de calidad en las administraciones públicas españolas, balance y perspectivas*. Gestión y Análisis de Políticas Públicas, Nueva Época, nº 10.

Schalock, L.R. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales*. Madrid. Alianza Editorial.

Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista española sobre discapacidad intelectual. Vol 38 (4), nº 224, 21-26.

SEGG. (2016). *10 conceptos básicos para implantar, mantener y mejorar un sistema de calidad*. Recuperado de:  
[https://www.segg.es/media/descargas/10\\_CONCEPTOS\\_BASICOS\\_PARA\\_IMPLANTAR\\_MANTENER\\_Y\\_MEJORAR\\_UN\\_SISTEMA\\_DE\\_CALIDAD\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/10_CONCEPTOS_BASICOS_PARA_IMPLANTAR_MANTENER_Y_MEJORAR_UN_SISTEMA_DE_CALIDAD_SEGG.pdf)

Verdugo Alonso, M. A. y Jordán de Urrés Vega, F. B. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, Amarú.

Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L.E. y Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.