

2019

# MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN RESIDENCIAL

## GUÍA DE PROCESOS E INDICADORES CA EL PINAR





# **EQUIPO DE DISEÑO DE LA GUÍA DEL CA EL PINAR**

## **Coordinadores de Servicios Centrales**

Mariano Fago Bagüés (Asesor Técnico)

Miguel Ángel Morel Liso (Asesor Técnico)

## **Equipo de Calidad del CA El Pinar**

### **Coordinación**

Cristina Javierre Miranda (Directora)

Inés Aparicio Nadal (Directora)

M<sup>a</sup> José Edo Izquierdo (Enfermera)

### **Miembros del equipo**

Pilar Abril Aspas (Coordinadora TCAE)

Marina Casas Casas (Subgobernanta)

M<sup>a</sup> Victoria de Castro García (Trabajadora social)

Carmen Gómez García (Psicóloga)

Jesús Herrero Vicente (RAAR)

Patricia Nácher Sierra (Fisioterapeuta)

Carmen Pérez Ortiz ((Subgobernanta)

Mónica Ramos Aparicio (Terapeuta ocupacional)

Ana Sánchez-Girón Forniés (Médico)

### **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 EL PINAR

## 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 EL PINAR</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
ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN 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>3.2 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.....	87
NUEVO RESIDENTE.....	87
INGRESO Y ACOGIDA.....	91
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
VALORACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA.....	117
FISIOTERAPIA.....	121
REHABILITACIÓN DE PROCESOS AGUDOS.....	121

PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES.....	125
ATENCIÓN A PROBLEMAS DE CONDUCTA.....	129
PLANIFICACIÓN DE APOYOS TERAPÉUTICOS INDIVIDUALES .....	133
PROGRAMA DE AUTONOMÍA EN LAS AVD BÁSICAS .....	137
PRODUCTOS DE APOYO .....	141
ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES .....	145
APOYOS EN ACTIVIDADES EN AULAS Y TALLERES.....	149
INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR .....	153
APOYO EN LAS GESTIONES .....	157
GESTIÓN DE LAS PERTENENCIAS DEL RESIDENTE .....	161
<b>3.3 DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE SOPORTE.....</b>	<b>165</b>
GESTIÓN ECONÓMICA .....	167
PROVISIÓN DE INGRESOS .....	169
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA.....	171
ANTICIPOS DE CAJA FIJA.....	173
GESTIÓN DE CONTEXTOS FÍSICOS .....	175
LIMPIEZA DEL CENTRO.....	177
LAVANDERÍA .....	179
GESTIÓN DE COMEDORES .....	183
DISEÑO DE MENÚ.....	187
ELABORACIÓN DE MENÚ.....	189
GESTIÓN DE ALMACENES GENERALES.....	193
GESTIÓN DE BOTIQUÍN .....	195
MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES.....	197
GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS .....	199
<b>4. CRITERIOS E INDICADORES.....</b>	<b>201</b>
<b>4.1 USO DE UN SISTEMA DE CRITERIOS E INDICADORES .....</b>	<b>201</b>
<b>4.2 CRITERIOS DEFINIDOS PARA LOS CENTROS RESIDENCIALES DEL IASS .....</b>	<b>203</b>
<b>4.2 CRITERIOS DEFINIDOS PARA LOS CENTROS RESIDENCIALES DEL IASS .....</b>	<b>205</b>
<b>4.3 LISTADOS DE INDICADORES DE PROCESO DEL CA EL PINAR.....</b>	<b>211</b>
<b>4.4 CUADRO DE MANDO DE GERENCIA DEL IASS .....</b>	<b>216</b>
<b>4.5 DESARROLLO DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE GERENCIA .....</b>	<b>219</b>
<b>5. GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE FICHAS DE PROCESOS .....</b>	<b>279</b>
<b>6. ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....</b>	<b>281</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>283</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 nacen 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 EL PINAR**

#### **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 El Pinar.

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 de Atención Integral (PAI). El PAI es un documento de consenso entre técnicos, y a su vez entre la organización y la persona usuaria; 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. La adaptación y respuestas al entorno inmediato de las personas con discapacidad intelectual suponen en muchas ocasiones un reto para el que el centro debe estar preparado. 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 en el desarrollo personal. Son los apoyos terapéuticos 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.
  - Gestión de productos de apoyo.
  - Actividades de ocio y tiempo libre.
  - Gestión de actividades en aulas y talleres.
- Apoyos a las familias. 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 área de procesos de soporte** comprende:

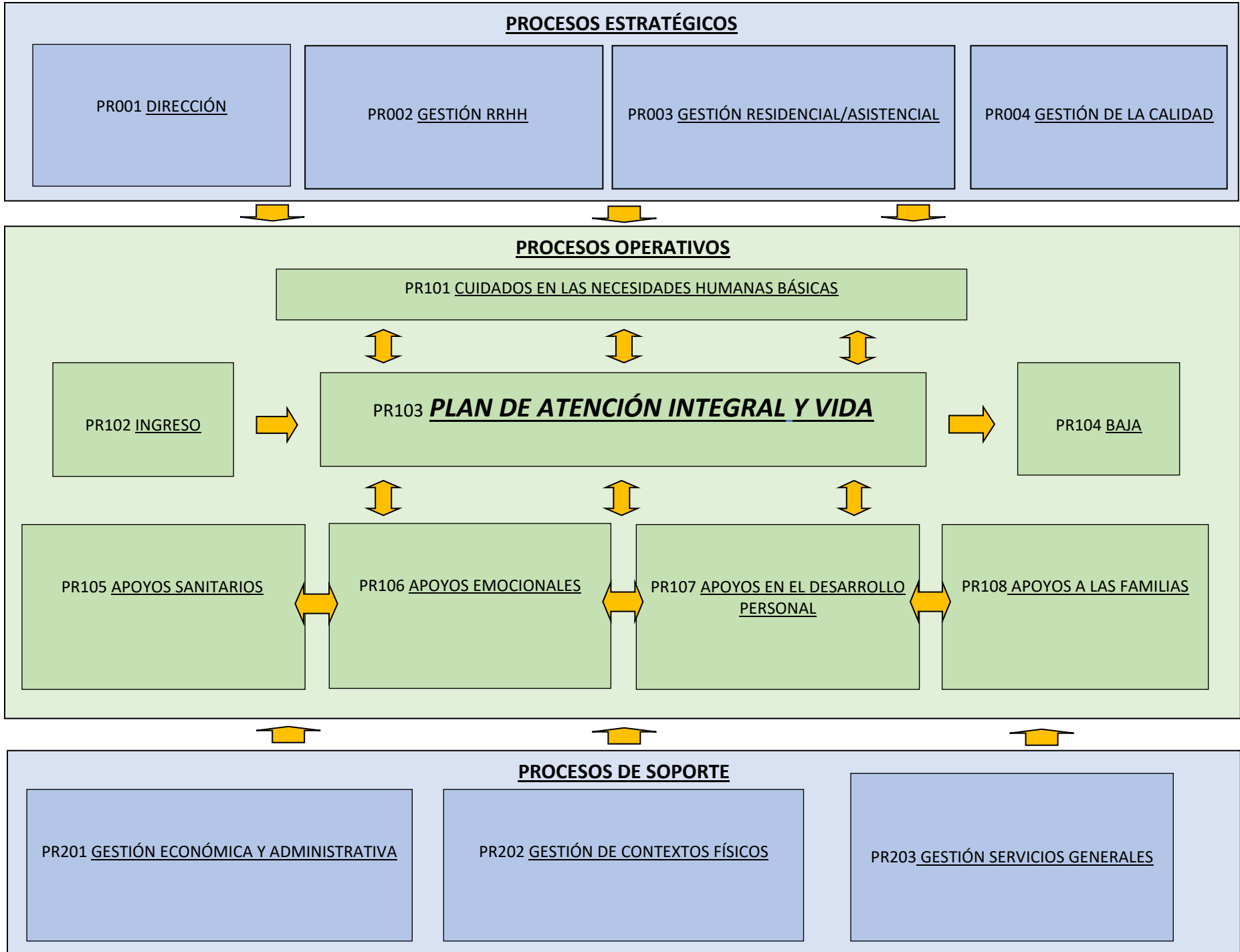
- Gestión económica y administrativa. Esta gestión, al igual que el resto, tiene como fin último el posibilitar la atención de las necesidades de las personas usuarias, en este caso a través del aseguramiento de los recursos necesarios. Por esto mismo, es fundamental la adecuada comunicación y coordinación en la planificación y gestión 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: peluquería, podología.

# MAPA PROCESOS CA EL PINAR

NIVEL 0

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS, FAMILIAS

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS SATISFECHAS

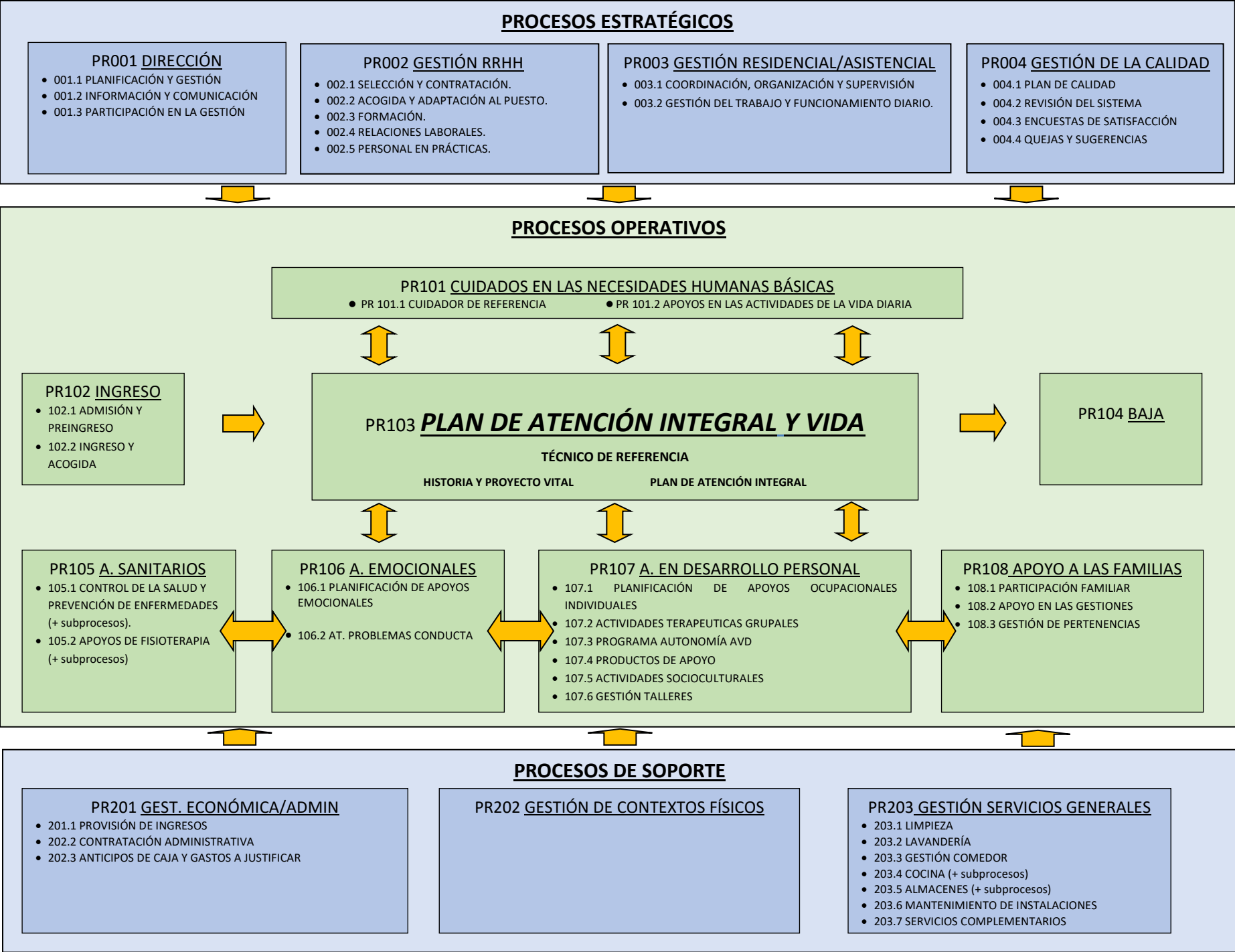


# MAPA PROCESOS CA EL PINAR

NIVEL 1

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS, FAMILIAS

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS SATISFECHAS




### 3.2 DESARROLLO DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS







	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN</b>	Fecha: 21/03/2019
		Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CA EL PINAR</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: administrador, RAAR, equipo directivo y de calidad.

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 externa.</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: responsables y trabajadores del centro.</li> <li>• Externos: residentes/familias, otras instituciones, sociedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados (residentes y familias, personal, instituciones, sociedad)</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Evaluar la política y estrategia y análisis del cumplimiento del plan anterior. Director o equipo directivo.
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. Poner en común con los responsables de los diferentes departamentos o equipo multidisciplinar.
  5. Recibir y estudiar aportaciones. Dirección, equipo de dirección.
  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 de las actuaciones definidas.
  9. Realizar seguimiento del cumplimiento.
  10. Evaluar resultados.
  11. Ajustar las actuaciones.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Memoria de gestión.	
Documento/registro	Presupuestos del centro	
Documento/registro	Actas de las reuniones	
Documento/registro	Cuadro de mandos del centro	
Documento/registro	Registro de quejas/sugerencias...	
Documento/registro	Análisis DAFO	
Documento/registro	Informe del equipo de calidad (situación, 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.

### INDICADORES

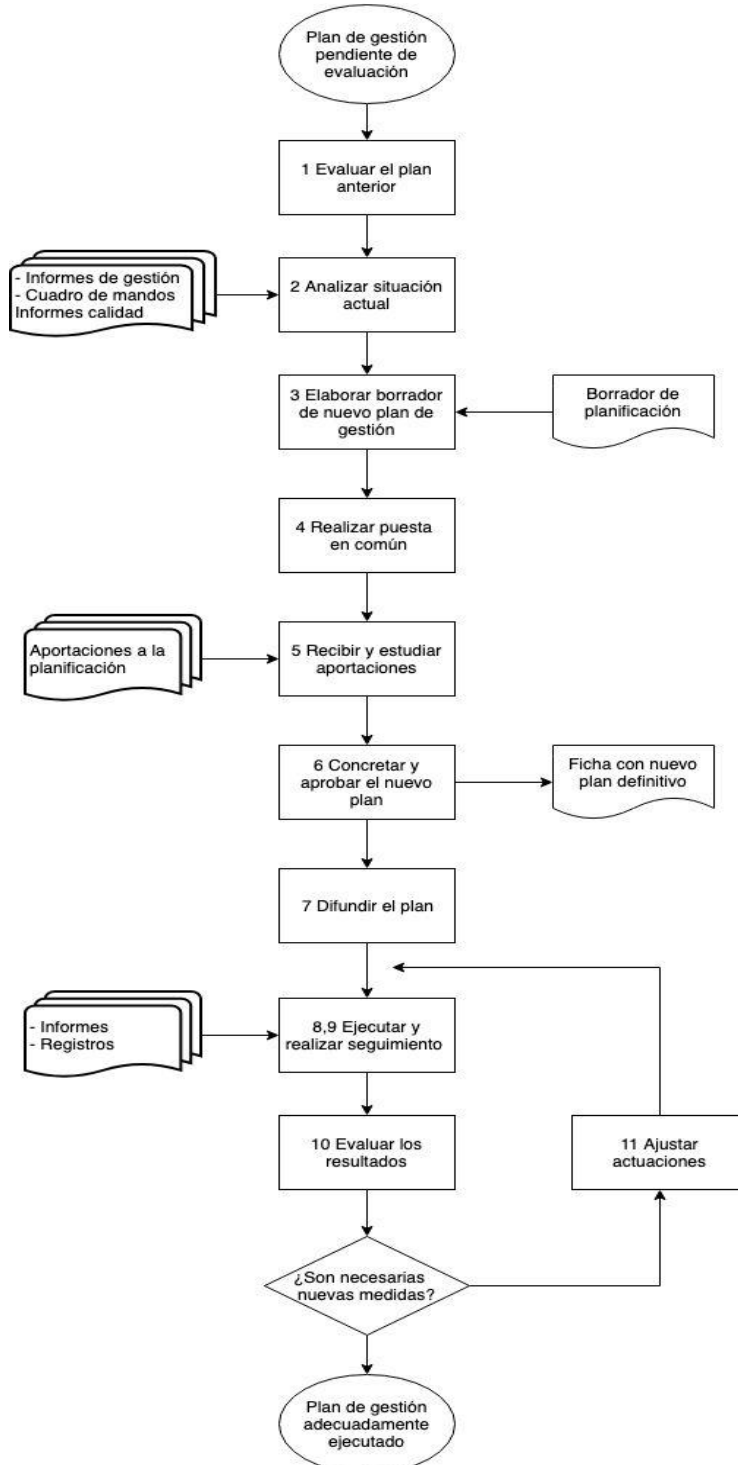
Nombre	Descripción	Responsable
% de objetivos estratégicos cumplidos	Objetivos del plan anterior cumplidos x100/nº total de objetivos	Director
% de estándares cumplidos	Nº de estándares cumplidos x 100 / nº de estándares del cuadro de mandos.	Director
Difusión del plan de gestión	Nº de trabajadores que conocen el plan x 100 / nº total de trabajadores.	Coordinador calidad
Satisfacción con la planificación	Grado de satisfacción con la dirección y planificación, medido en encuesta	Coordinador calidad

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CA EL PINAR**

VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**



se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.2</b>
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	Fecha: 21/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CA EL PINAR</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 las actividades realizadas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: administración, RAAR, jefes de unidad, equipo de dirección y de calidad.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidad de comunicación o compartir información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de comunicación adecuadamente ejecutado.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información a trasladar.</li> <li>• Comunicación a realizar.</li> <li>• Informes de análisis de los canales de información y su funcionamiento...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de la organización trasladada a las partes interesadas en formatos diferentes.</li> <li>• Satisfacción y motivación de los destinatarios.</li> <li>• Mejora de la responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones de los agentes implicados.</li> <li>• Visibilización del centro y su proyecto.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos: equipo de dirección, calidad, trabajadores...</li> <li>• Externos: residentes, familias, instituciones, sociedad...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados: residentes, familias, personal, instituciones, sociedad...</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Analizar la información que la organización debe compartir. Por áreas:
  - Estrategia/planificación: a los trabajadores 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...)	
Documento/registro	Informes de evaluación	
Protocolos asociados		

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Proyecto de gestión.

## 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	Dirección
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, coordinador calidad
Satisfacción de usuarios/familias con la información	Grado de satisfacción de usuarios o familiares medido en encuesta	Dirección, coordinador calidad

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.3</b>
	<b>PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN</b>	Fecha: 21/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CA EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

### 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: administración, RAAR, jefes de unidad, equipo directivo y de calidad.

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 usuarios y/o trabajadores.</li> <li>• Plan estratégico y 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>• Informe de aportaciones de las partes implicadas y respuestas dadas.</li> <li>• Encuestas de satisfacción.</li> <li>• Quejas/sugerencias</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos: equipo de calidad, trabajadores...</li> <li>• Externos: residentes, familias, instituciones, sociedad...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los agentes implicados (residentes y familias, personal, instituciones, sociedad)</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Analizar posibles agentes cuyas comunicaciones y participación interesan a la organización:


- Trabajadores.
  - Usuarios/familias.
  - Proveedores.
  - Otras instituciones.
  - Sociedad.
2. Estudiar y definir los posibles canales o instrumentos a utilizar para las diferentes partes:
    - Comisiones.
    - Equipos de trabajo.
    - Reuniones de departamento.
    - Encuestas.
    - Quejas y sugerencias (ver proceso PR004.3 Quejas y sugerencias).
    - A instancia de parte: recepción de representantes de colectivos, etc.
    - Otros espacios o actividades diseñados para la participación (de usuarios, familiar...).
    - Participación informal.
  3. Diseñar el plan de participación en el que se detallen las partes implicadas (trabajadores y usuarios/familias...) 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
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	
Recursos web	Participación recogida en foros de internet...	
Documento/registro	Informe de análisis y respuesta a quejas/sugerencias	
Registros	Informe de participación	
Protocolos asociados		

NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativa vigente.</li> <li>• Proyecto de gestión.</li> </ul>

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, coordinador de calidad



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR002.1</b>
	<b>SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN</b>		Fecha: 11/04/19
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CA EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
Garantizar la adecuada provisión de los recursos personales necesarios adscritos al centro.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en la gestión de la selección y contratación de personal según la relación de puestos de trabajo adscritos al centro.</li> <li>• 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....</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: responsable de personal, dirección.</li> <li>• Otros profesionales implicados: administrativos área de personal, RAAR, jefes de unidad, dirección.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Administración del centro.</li> <li>• Dirección Provincial y Gerencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Administración del centro.</li> <li>• Dirección Provincial, Gerencia.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detectar necesidad o incidencia de modificación o cobertura en un puesto de trabajo.</li> <li>2. Reorganizar la planilla si es necesario (coordinadora TCAE, jefes de unidad, RAAR, dirección, personal del servicio). Instrucciones en función de cada planilla /servicio.</li> <li>3. Comunicar la necesidad a dirección o administración.</li> <li>4. Abrir expediente y trámites administrativos: gestión de partes de baja, SS, gestión de solicitudes del</li> </ol>

personal...

5. Solicitar cobertura a la Dirección Provincial (bolsas de trabajo).
6. Si no hay bolsa de trabajo, o está agotada, Dirección Provincial realiza solicitud de cobertura a través de INAEM.
7. Participar en la selección de INAEM si procede. Establecimiento de criterios.
8. Recibir comunicación de la Dirección Provincial o de la Delegación Territorial (en caso de PSA, PESD, y Personal de Cocina) de los datos de la persona seleccionada.
9. Comunicarse con la persona seleccionada. Informar de puesto y trámites.
10. Preparar documentación.
11. Firmar documentación por parte del seleccionado y realizar alta en Seguridad Social.
12. Comunicar contrato a:
  - INAEM.
  - Función pública, Gerencia y Dirección Provincial.
13. Incorporar en las bases informáticas del centro (SIHRGA)
14. Informar de las incidencias a Gerencia para cálculo de nómina.
15. Actualizar bases de datos del centro y archivo de documentación.
16. Dar de alta en Seguridad Social
17. Realizar cese de contrato s/p.  
Comunicar a Seguridad Social, INAEM, Función Pública, Gerencia, Dirección Provincial.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Soporte informático	Base de datos del centro, Access	
Soporte informático	Programa de personal, SIHRGA	
Documento/registro	Contratos, toma de posesión, toma de datos, declaraciones juradas, solicitudes...	
Documento/registro	Listados específicos por tipo de contrato, incidencias, incidencias de nóminas...	
Documento/registro	Ficha con datos para cálculo de IRPF	
Documento/registro	Diligencia y comunicación de cese	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente aplicable.
- Instrucciones de gerencia, dirección provincial y el propio centro.

#### INDICADORES

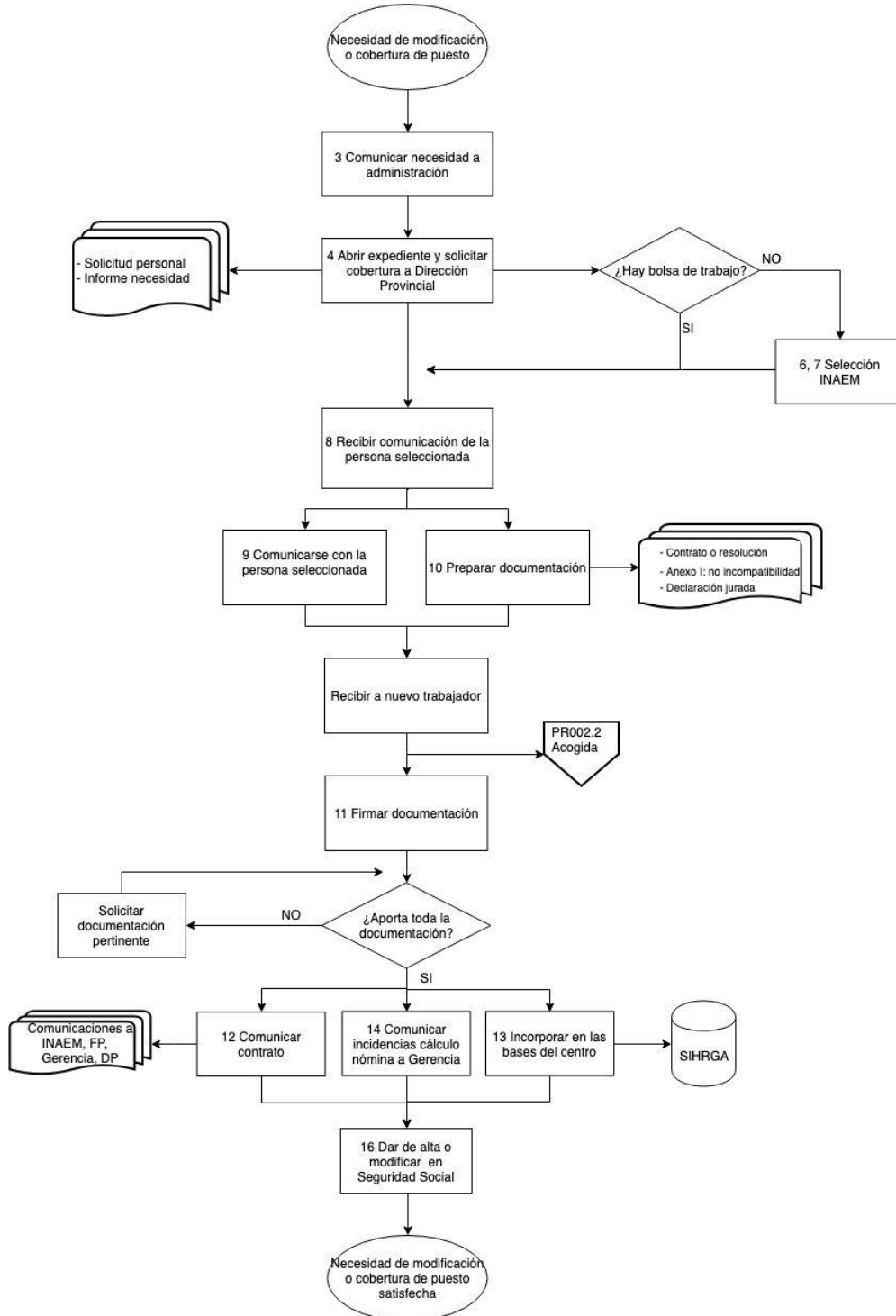
Nombre	Descripción	Responsable
Absentismo global	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Interinidad	% de personal interino o temporal	Administración
Contratación	Nº de contratos realizados	Administración
Trabajadores con ITCC	% de personal con ausencias por ITCC	Administración
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 EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CA EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



le con las fases  
descritas en la tabla del proceso



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.2</b>
	<b>ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO</b>	Fecha: 11/04/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

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.

### OBJETIVOS

- Que el trabajador disponga de la información necesaria para adaptarse y desempeñar de forma adecuada sus tareas.
- Analizar las condiciones y necesidades en cada puesto de trabajo.
- Satisfacer dichas necesidades y facilitar posibles adaptaciones de puestos.
- Prevenir riesgos laborales.
- Asegurar la continuidad en la prestación de servicios pese a cambios en las plantillas.
- Determinar en última instancia si un trabajador es apto (con adaptaciones) o no.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: responsable de área asistencial (RAAR), dirección.
- Otros responsables: director, responsables de unidad, otros responsables del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación e incorporación de trabajador a la plantilla del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Final de periodo de adaptación.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<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>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de personal de Dirección Provincial.</li> <li>• Servicio de PRL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los trabajadores del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Planificación general:

1. Analizar los diferentes perfiles y puestos de trabajo. Elaboración y actualización de informes de prevención de riesgos laborales de los puestos de trabajo a desempeñar en el centro.
2. Realizar estudio, priorización y ejecución de propuestas de mejora. El equipo directivo estudia y prioriza las mismas dentro de su plan estratégico/de actuación.
3. Elaborar y actualizar los manuales de acogida en base a la memoria del centro: información del centro, proyecto, modelo de atención, organización, servicios, puestos de trabajo, programas y actividades.

Fases del proceso:

1. Incorporación de nuevo trabajador:
  - Exponer la misión, visión y valores del centro. Características de los usuarios a atender y modelo de atención. Organización básica. Director o uno de los responsables.
  - Entregar el documento de acogida con la información detallada anteriormente, adaptado a cada puesto de trabajo: organización del servicio, tareas a desarrollar, informe del servicio de prevención de riesgos laborales, etc...
2. Estudiar las necesidades especiales o posibles adaptaciones. El responsable de área estudiará cómo dar respuesta a estas. Ver procedimiento de adaptación/movilidad por motivos de salud.
3. Administración reparte llaves de taquilla y el encargado de almacén entrega ropa de trabajo. En caso de ausencia de encargado de almacén, lo hace el responsable de la unidad.
4. El responsable de la unidad muestra el centro.
5. El mismo responsable acompaña al trabajador a su servicio/puesto, en el que le presentará a sus compañeros.
6. En la unidad, el responsable de unidad (o un trabajador veterano si este no está) le explica las características del trabajo a realizar, cómo se trabaja, así como dónde poder consultar la documentación relativa (procesos, protocolos).
7. Tener una especial observancia de las necesidades, adaptación al puesto y desempeño del trabajador, por parte de compañeros y jefe de unidad.
8. Al finalizar el periodo de adaptación, en caso de no aptitud del trabajador, el responsable de la unidad realiza un informe y/o comunica tal circunstancia a dirección.
9. Se determina si se considera que el trabajador está adaptado al puesto, si se precisa alguna acción correctora o si el trabajador no es apto para el puesto.

**REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Soporte informático	Bases de datos del centro	
Documento/registro	Informes de prevención de riesgos laborales	
Documento/registro	Documento de acogida	
Documento/registro	Informe de adaptación al puesto	
Protocolos/instrucciones	Procedimiento de adaptación/movilidad por motivos de salud	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa vigente.
- Proyecto de gestión del Centro

**INDICADORES**

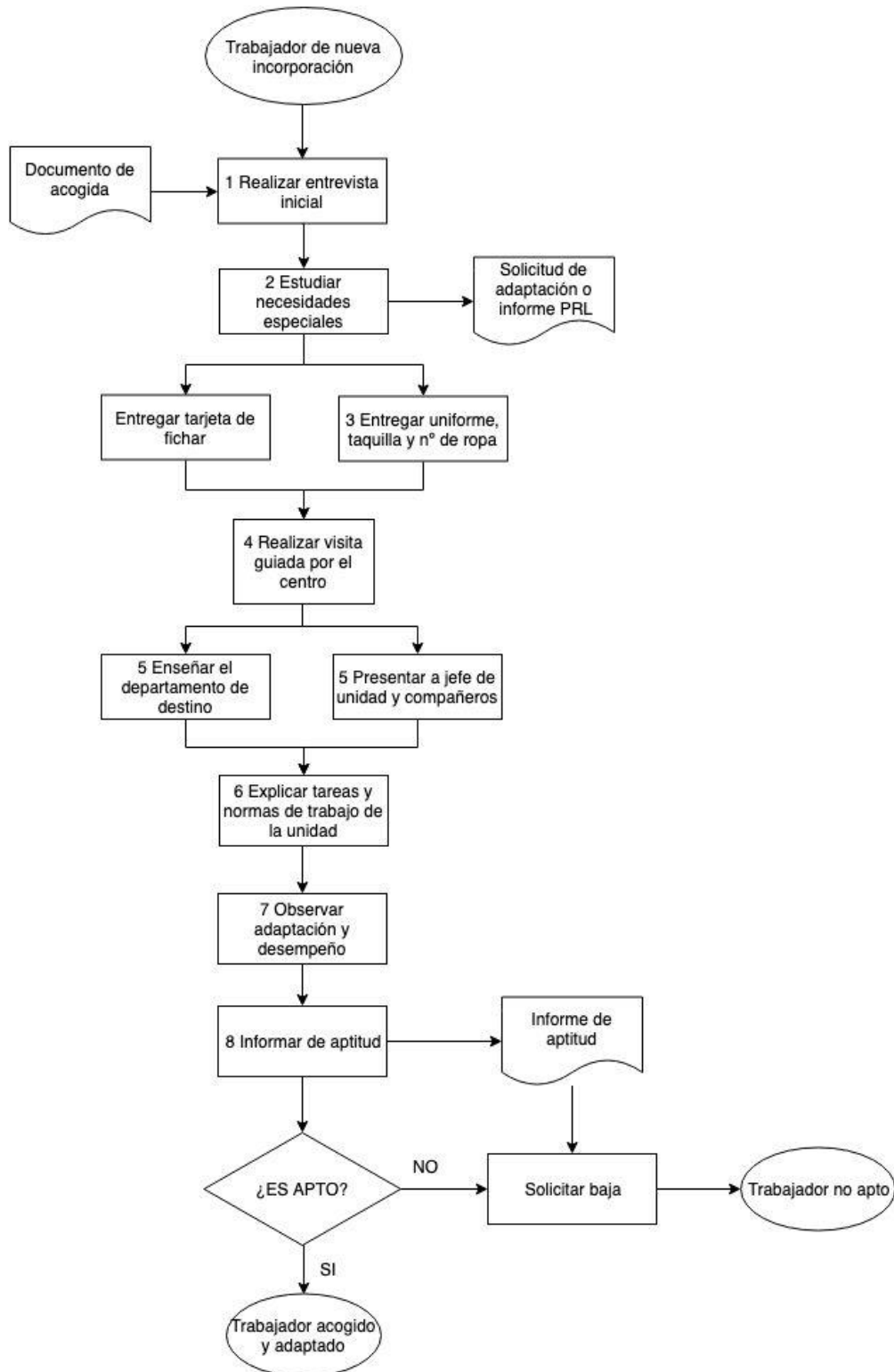
Nombre	Descripción	Responsable
Trabajadores con ITCC	% de personal con ausencias por ITCC	Administración
Trabajadores con ITAT	% de personal con ausencia por ITAT	Administración
Absentismo global	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Adaptación de jornada de trabajo	% 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, coordinador de calidad

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



con las fases  
describas en la ficha del proceso





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.3</b>
	<b>GESTIÓN DE LA FORMACIÓN</b>	Fecha: 11/04/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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, RAAR
- Otros profesionales implicados: jefes de unidad, equipo directivo y equipo de calidad, trabajadores.

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores.</li> <li>• Equipo directivo, equipo de formación.</li> <li>• IAAP, otras entidades externas.</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. Recibir, registrar solicitudes.
5. Analizar conformidad: responsable, dirección del centro.
6. Comprobar la asistencia si procede.
7. Evaluar cada actividad
8. Evaluar el plan formativo.
9. Realizar cambios en función de la evaluación.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Planes de formación	
Documento/registro	Registro de quejas/sugerencias...	
Documento/registro	Actas de las reuniones	
Documento/registro	Ficha de curso	
Documento/registro	Modelos de solicitud	
Documento/registro	Registro de demandas formativas	
Documento/registro	Control de asistencias	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.4</b>
	<b>RELACIONES LABORALES</b>	Fecha: 11/04/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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>Impulso, coordinación y registro de 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: equipo de dirección, RAAR, jefes de unidad, representantes sindicales, trabajadores del centro.</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>Equipo directivo.</li> <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>Recibir y registrar demandas laborales.</li> <li>Tramitar hacia los órganos administrativos correspondientes.</li> <li>Establecer reuniones periódicas o a demanda con los representantes sindicales y el personal del centro. En el centro o Dirección Provincial.</li> <li>Comunicar y coordinar las actuaciones con la Dirección Provincial.</li> <li>Comunicar los acuerdos e instrucciones a personal del centro.</li> </ol>

6. Ejecutar las medidas adoptadas.
7. Supervisar la evolución y resultados.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


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...	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre. RCL 2015\1695. Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Convenio Colectivo para el Personal Laboral de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Otra normativa vigente aplicable en cuestiones de relaciones laborales o calidad de los servicios.
- Instrucciones de Gerencia, Dirección Provincial y el propio centro.
- Proyecto de gestión del centro.

#### INDICADORES

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>ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL ÁREA RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL</b>		Fecha: 07/05/2019
			Versión <b>1</b>
AREA	CENTROS	ELABORADO POR	EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR
AMBITO DE APLICACIÓN	CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR	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 de los trabajadores en los procesos aprobados en el centro.
- Coordinar las actuaciones de los diferentes servicios, asegurando la consecución de objetivos comunes.
- Desarrollar una cultura de trabajo interdisciplinar y por equipos.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: RAAR, dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo de dirección, responsables de servicio, resto de trabajadores.

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias de trabajo y organización aprobadas por el equipo directivo, pendientes de gestionar y ejecutar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de carácter permanente.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los usuarios.</li> <li>• Necesidad de coordinación de los servicios.</li> <li>• Instrucciones de DP o Gerencia.</li> <li>• Plan de gestión del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas satisfechas.</li> <li>• Trabajo coordinado y en equipos.</li> <li>• Satisfacción de trabajadores y residentes.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Residentes y familiares.</li> <li>• Otras administraciones: DP, Gerencia...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores y servicios del centro.</li> <li>• Indirectos: residentes y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Recibir la planificación de objetivos y actuaciones del periodo.
2. Diseñar los programas y actuaciones para la consecución de los objetivos con los responsables de las diferentes unidades.
3. Planificar y ejecutar la coordinación del trabajo entre departamentos:

- Supervisión de los procesos aprobados.
  - Convocatoria de reuniones periódicas interdepartamentales.
  - Reuniones periódicas con responsables de empresas de servicios externas s/p.
4. Gestionar las necesidades e incidencias de organización/coordinación entre los departamentos. Establecimiento de pautas, consenso de criterios...
  5. Supervisar la organización del trabajo de los diferentes servicios: supervisión de los procesos aprobados en el proyecto y reuniones periódicas con cada departamento.
  6. Transmitir la información pertinente al equipo directivo, y desde este a los diferentes departamentos.
  7. Transmitir la información pertinente relativa a la organización a usuarios y familias, y de estos a los departamentos/equipo directivo (ver proceso *PR001.2 Información y comunicación*).
  8. 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	Notas de régimen interior	
Base de datos	Programa GERES	
Documento/registro	Instrucciones de dirección	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

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

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR003.2</b>
	<b>GESTIÓN DEL TRABAJO Y FUNCIONAMIENTO DIARIO</b>		Fecha: 07/05/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### 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 los 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 de los trabajadores en los procesos del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: RAAR, dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo de dirección, responsables de servicio, resto de trabajadores.

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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, 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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Residentes y familiares.</li> <li>• DP, Gerencia...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores y equipos del centro.</li> <li>• Residentes y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Recibir la planificación de objetivos y actuaciones del periodo (RAAR, otros responsables).

2. Informar, organizar y responsabilizar a los servicios asistenciales y residenciales (RAAR, otros responsables).
3. Gestionar planillas de trabajo. Facilitar la adaptación/conciliación familiar.
4. Realizar lectura diaria de incidencias en los libros o historias informatizadas.
5. Identificar incidencias o necesidades:
  - De los residentes.
  - Demandas y necesidades relacionadas con el trabajo diario: necesidades de personal, materiales, almacén, mantenimiento...
6. Analizar las necesidades.
7. Tramitar/ejecutar las actuaciones necesarias.
8. Realizar seguimiento de los casos.
9. Coordinar actuaciones: establecimiento de pautas, consenso de criterios... (ver proceso *PR003.1 Organización y coordinación de área*).
10. Trasladar los asuntos pertinentes a responsable de área, administrador o dirección.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Actas de reuniones	
Documento/registro	Registro de quejas/ sugerencias	
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	Partes de incidencias.	
Documento/registro	Encuestas	
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.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Absentismo global	Absentismo total medido en horas	Administración
Trabajadores con ITAT	% trabajadores con accidentes de trabajo	Administración
Trabajadores con ITCC	% de trabajadores con baja por ITCC	Administración
Conocimiento de los procesos	Medido en encuesta a trabajadores	Dirección, coordinador calidad
Quejas y sugerencias respondidas	Relacionadas con el puesto de trabajo	Dirección, coordinador calidad
Clima laboral	Medido en encuesta a trabajadores	Dirección, coordinador calidad



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR004.1</b>
	<b>PLAN DE CALIDAD</b>		Fecha: 07/05/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Facilitar la información y participación de todas las partes interesadas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

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

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de plan de calidad anterior y nuevo plan pendiente de elaborar.</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 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>• Responsables del centro.</li> <li>• Equipo de dirección.</li> <li>• Otras instituciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores y equipos 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 en reunión:
  - 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 las actuaciones definidas. Realizar trabajos en el equipo de calidad.
- 7. Realizar seguimiento de las actuaciones.
- 8. Evaluar resultados en periodos intermedios marcados.
- 9. Ajustar las actuaciones tras la detección de incidencias o 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	
Otros		

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES a revisar

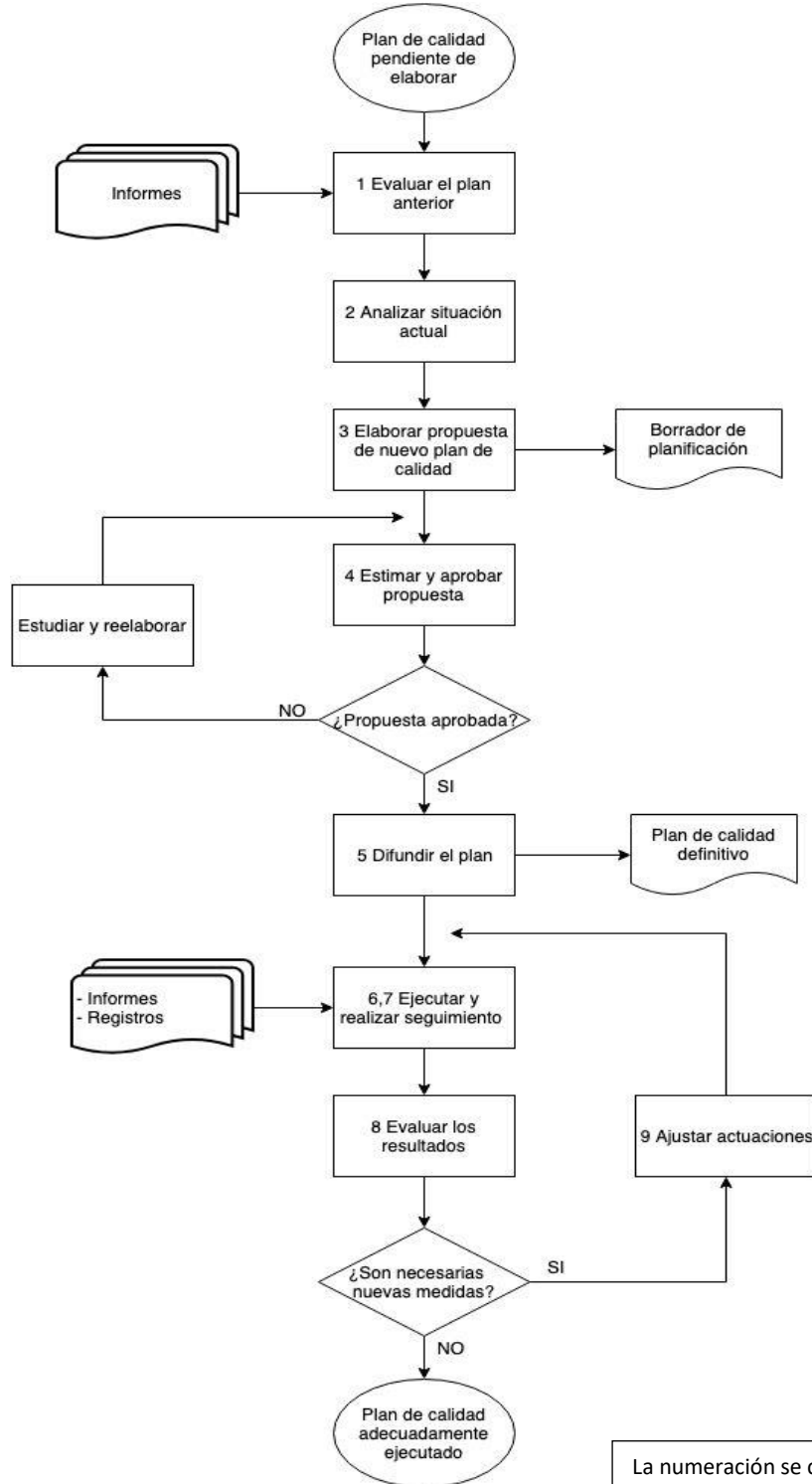
Nombre	Descripción	Responsable
Equipo de Calidad	Nº reuniones del equipo de calidad	Dirección, coordinador equipo de calidad
Objetivos de calidad cumplidos	% de objetivos del plan anterior cumplidos	Dirección, coordinador equipo de calidad
Difusión del plan de calidad	% de trabajadores que conocen el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

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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: 28/05/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CA EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>EQUIPO</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, equipo directivo.</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. Designar responsables y recibir pautas en la gestión de los procesos.</li> <li>2. Ejecutar los procesos. Los propietarios de cada proceso se encargan de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsar las medidas de mejora propuestas y supervisarán el adecuado desarrollo de los mismos.</li> <li>- Supervisar el registro o registrarán directamente los indicadores con la frecuencia establecida.</li> <li>- Recabar las incidencias o problemas detectados en el desarrollo de los procesos, valorando si</li> </ul> </li> </ol>

se requieren medidas correctoras o preventivas de forma inmediata o si estas pueden esperar a la revisión de proceso programada.

3. Revisar los 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 del proceso. 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 s/p.
6. Analizar el 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 expondrá su 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	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

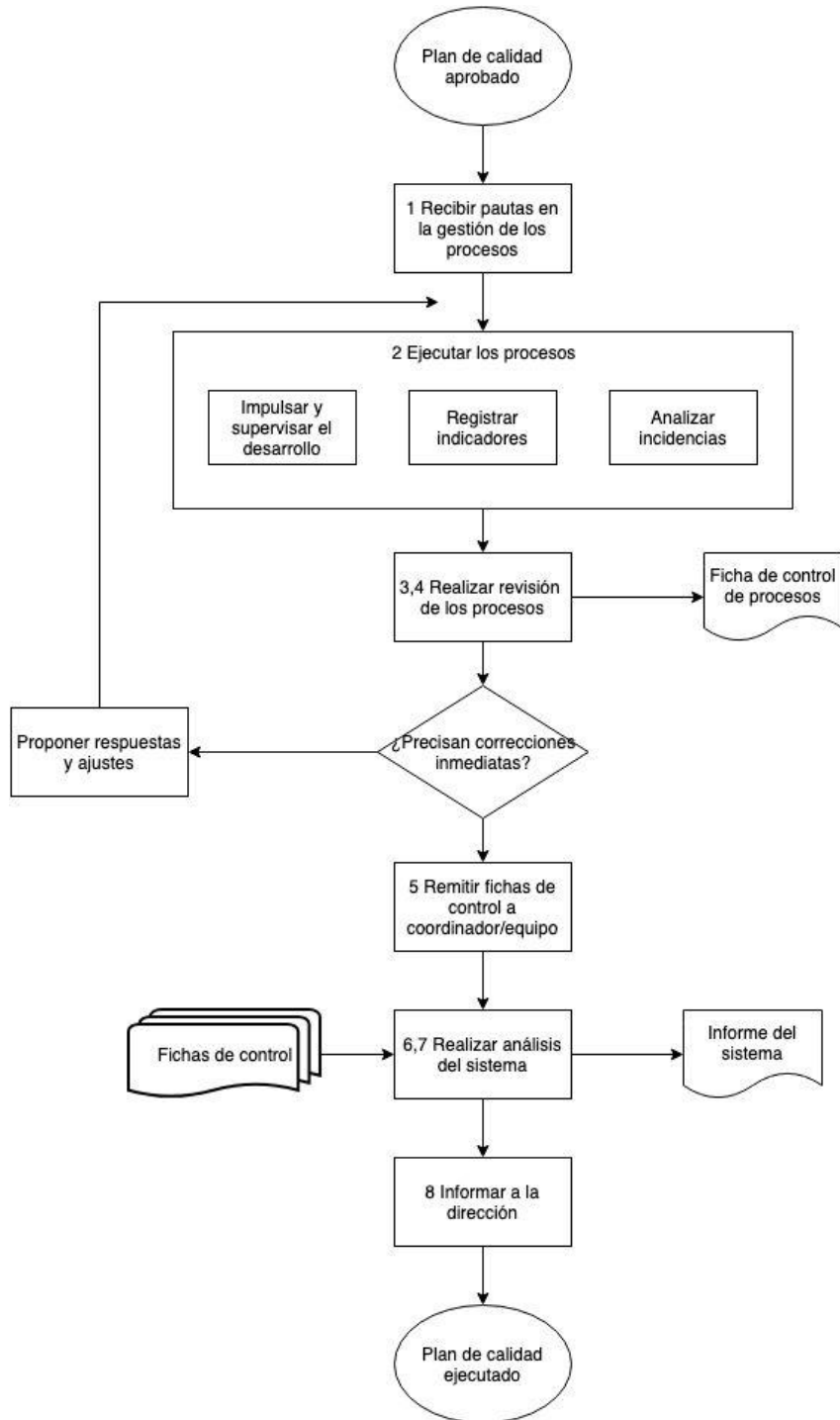
Nombre	Descripción	Responsable
Revisión de procesos	% de procesos revisados en plazo	Coordinador de calidad
Adecuación de indicadores	% de indicadores recogidos adecuadamente	Coordinador de calidad
Funcionamiento de los procesos	% de procesos sin incidencias	Coordinador de calidad

AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN **CA EL PINAR**


VALIDADO POR **EQUIPO**



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: 28/05/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CA EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar y tramitar las quejas y sugerencias cumpliendo la normativa vigente.</li> <li>• Mejorar la calidad de vida de los residentes.</li> <li>• Favorecer la participación y satisfacción de las familias</li> <li>• Favorecer la implicación, participación y satisfacción de los profesionales.</li> </ul>

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

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección Provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección, Dirección Provincial.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir y registrar la demanda.</li> <li>2. Tramitar la demanda por los canales formales establecidos por normativa s/p (Dirección Provincial).</li> <li>3. Valorar por la Dirección y el equipo directivo.</li> <li>4. Derivar al equipo de gestión de calidad y/o técnico correspondiente.</li> <li>5. Realizar análisis.</li> <li>6. Elaborar respuestas y propuestas de mejora.</li> <li>7. Aprobar las propuestas por parte de la Dirección o RAAR.</li> </ol>

8. Difundir las medidas a adoptar en el centro y a familias si procede.
9. Implementar y ejecutar las medidas.
10. Evaluar la medida.

#### 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.

#### INDICADORES

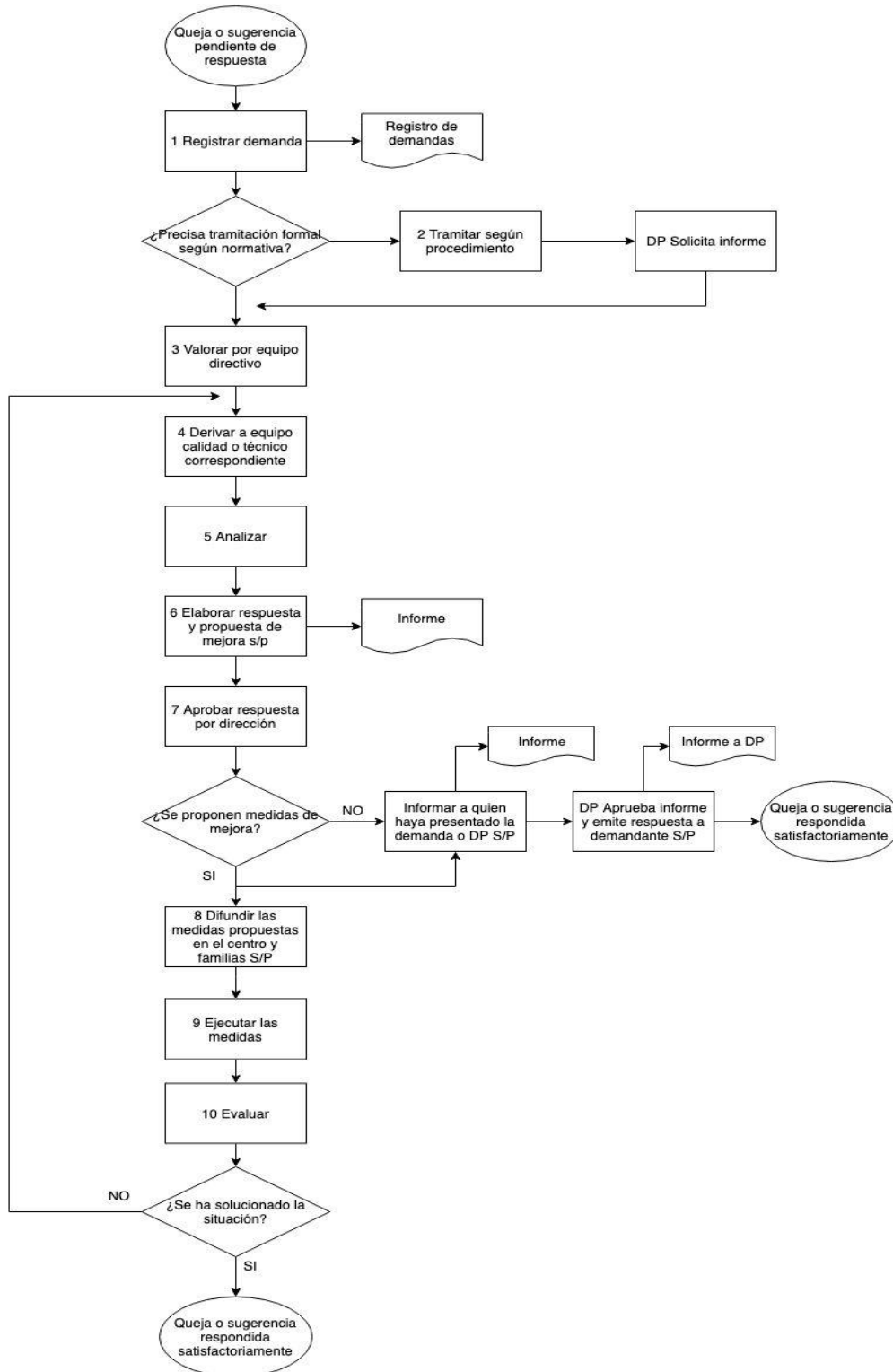
Nombre	Descripción	Responsable
Quejas y sugerencias	Nº de quejas y sugerencias presentadas	Director, RAAR
Satisfacción con el procedimiento de quejas y sugerencias	% de quejas y sugerencias a las que se ha dado respuesta satisfactoria.	Director, coordinador calidad

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CA EL PINAR**

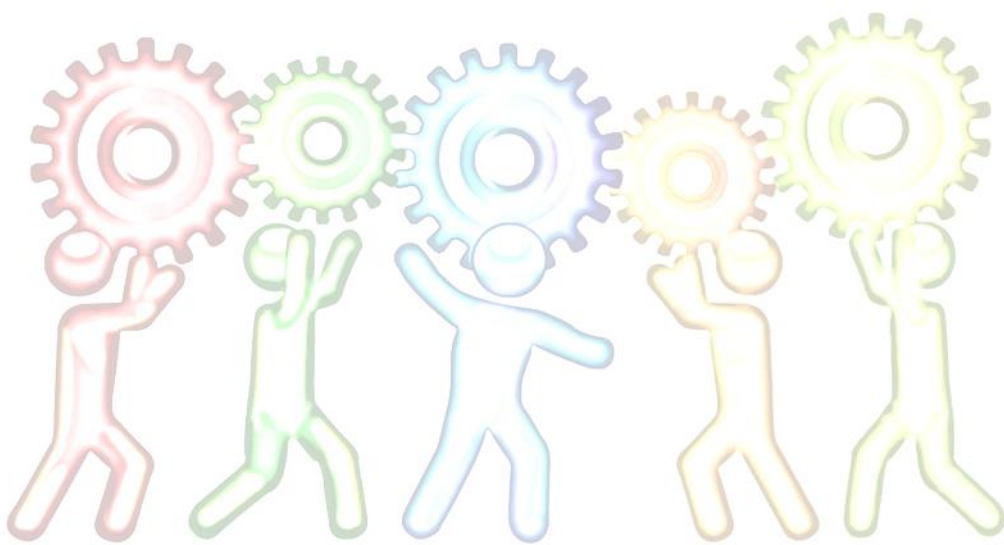
VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**




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



### 3.2 DESARROLLO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.1</b>
	<b>CUIDADOR DE REFERENCIA</b>	Fecha: 08/02/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Realizar un seguimiento desde el ingreso y a lo largo de la estancia de la persona en el centro, representando sus intereses y preferencias.
- 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 de referencia, coordinadora de TCAE.
- Otros implicados: técnico de referencia, psicóloga y resto de profesionales del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de ingreso de residente y asignación de TCAE/cuidador de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de estancia en el centro.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas y preferencias de la persona.</li> <li>• Información de la persona o su entorno.</li> <li>• Información de otros profesionales del centro o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida y satisfacción de la persona.</li> <li>• Participación en el plan de cuidados individual.</li> <li>• Comunicación con usuarios, familias y otros profesionales.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios.</li> <li>• Familias.</li> <li>• Profesionales del centro o externos implicados en la atención del residente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro y familiares.</li> <li>• Indirectos: profesionales del centro o externos implicados en la atención del residente.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Realizar asignación provisional de TCAE de referencia, previa a ingreso (ver proceso *PR102.1 Admisión y Preingreso*).
2. Recibir ficha de ingreso con primeros datos.
3. Participar en la acogida el día de ingreso (si la organización del servicio lo posibilita).

- Presentación a usuario y familia.
  - Colaboración en el registro del documento Historia y Proyecto Vital (ver protocolo *Historia y Proyecto Vital*).
  - Participación en el inventario de pertenencias y ayuda en su colocación en armario-habitación (ver proceso *PR108.3 Gestión de Pertenencias*).
  - Acompañamiento y observación del usuario.
4. Realizar seguimiento en periodo de adaptación:
    - Acompañamiento y observación de la persona.
    - Registro de conducta, intereses, respuestas y capacidades: registro de hoja de seguimiento de atención centrada en la persona (ver proceso *PR103 Plan de Atención Integral y Vida*).
    - Comunicación con familia (de forma directa o a través de técnico de referencia, TS u otros profesionales). Ver protocolo de comunicación con familias.
    - Coordinación con el técnico de referencia.
  5. Participar en la elaboración y aprobación del Plan de Atención Integral y Vida (PAIV, compuesto por Plan de Atención Integral e Historia y Proyecto Vital, ver proceso).
  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. Registro de documento de seguimiento de atención centrada en la persona.
    - Comunicación con familia, técnico de referencia u otros profesionales ante necesidades o incidencias.
    - Participación en la actualización del PAIV.
  7. Colaborar en el seguimiento de las pertenencias (ver proceso *PR108.3 Gestión de Pertenencias*).
  8. Participar en la revisión de PAIV.

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

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Ficha de valoración inicial	
Documento/registro	Plan de Atención Integral	
Documento/registro	Historia y Proyecto Vital	
Documento/registro	Listado de asignación de profesionales de referencia	
Documento/registro	Inventario y seguimiento de pertenencias.	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo Historia y Proyecto Vital</li> <li>• Protocolo de comunicación con familias</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	Coordinadora TCAE
Participación indirecta en PAIV	% de planes de atención con participación indirecta (valorado por técnico de referencia).	RAAR, técnico de referencia
Satisfacción de cuidadores de referencia	Satisfacción medida en encuesta	Dirección, coordinador calidad

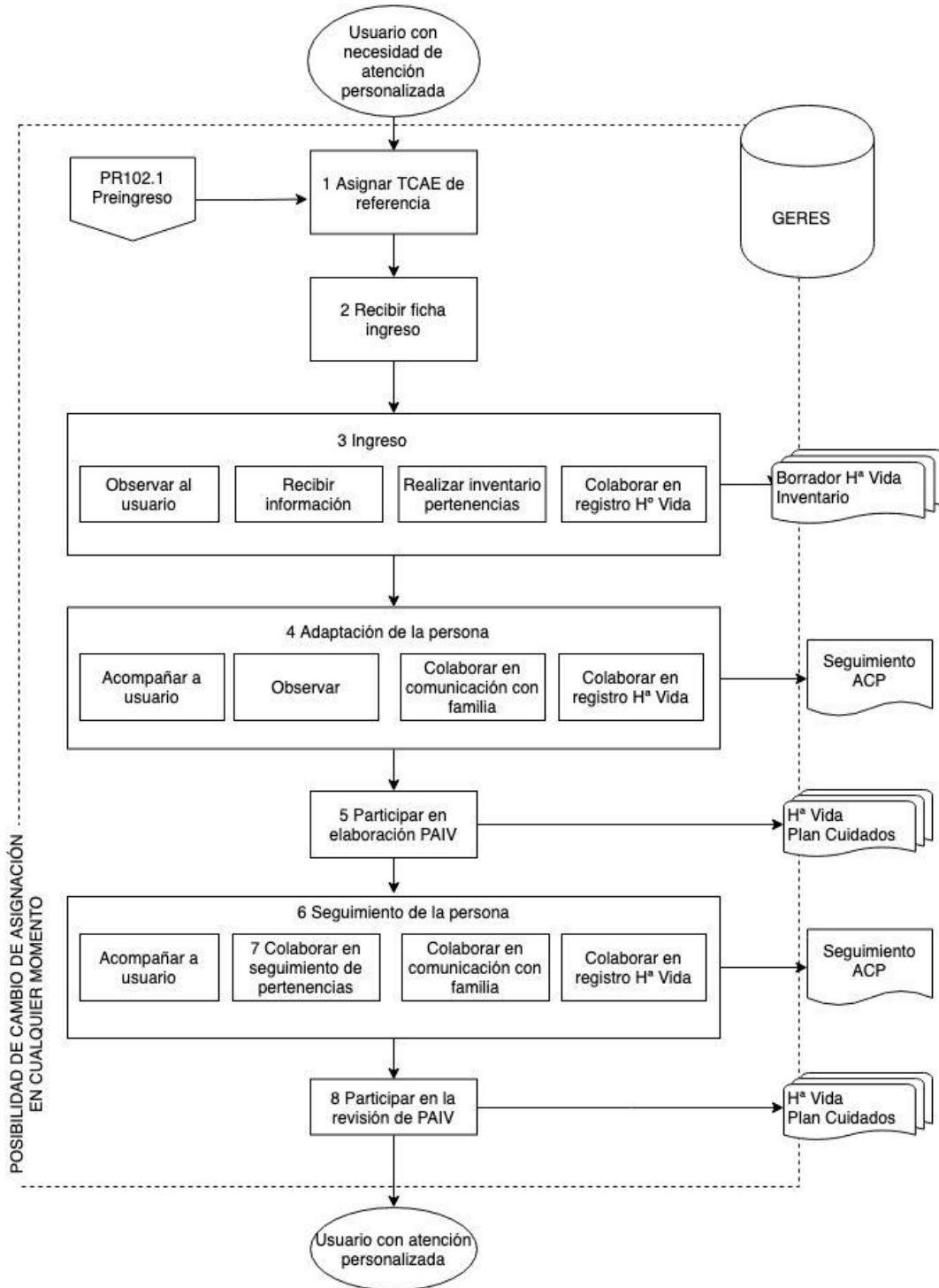


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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: 01/02/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL E PINAR</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.
- Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario confortable, 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: RAAR.
- Otros implicados: auxiliar de enfermería, coordinadora de TCAE, terapeuta ocupacional, enfermera y otros técnicos del centro, 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>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Documentos de pautas 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

1. 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.
2. Recepción de pautas de los diferentes técnicos a través de ficha de cuidados, el PAIV o comunicación de nuevas pautas.
3. Ejecución de los cuidados: supervisión, ayuda o suplencia en las ABVD en función del nivel de autonomía de la persona.
4. Detección y comunicación de incidencias o nuevas necesidades:
  - A psicóloga, en caso de problemas de conducta si esta está en el centro.
  - A enfermería, en el resto de los casos. La enfermera actuará o derivará a otros profesionales en función de su criterio.
5. Participación en el seguimiento y evaluación de los cuidados. La cuidadora de referencia.

Actuaciones y fases específicas según subproceso:

- PR101.21 Levantar y aseo.
- PR101.22 Vestido y desvestido.
- PR101.23 Alimentación e hidratación.
- PR101.24 Eliminación.
- PR101.25 Movilidad y paseos.
- PR101.26 Acompañamiento

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería.	
Documento/registro	Resumen de cuidados	
Documento/registro	Hoja resumen de pautas técnicas	
Documento/registro	Reparto de tareas	
Documento/registro	Protocolos asociados.	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa vigente, normas o instrucciones del centro...

## INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Grado de Dependencia	% de residentes con cada uno de los grados de Dependencia reconocidos, o sin grado.	Trabajador social
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 PAI	Técnico de referencia
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: 21/02/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario confortable, 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: terapeuta ocupacional, enfermera, PESD y otros técnicos del centro.

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>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Documentos de pautas 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 primera hora.
2. Levantar. Movilización y traslado del residente. Supervisar, ayudar o suplir.
3. Acompañamiento a WC.
4. Ducha diaria con los productos de apoyo y ayudas necesarios: cuidado de temperatura del agua, enjabonado e hidratación de la piel.
5. Corte y limpieza de uñas con la periodicidad marcada.
6. Higiene del cabello y aplicación de tratamientos capilares.
7. Secado.
8. Supervisión del estado de piel y mucosas.
9. Vestido. *Ver subproceso específico*
10. Ventilar habitaciones. Apertura de ventanas por TCAE, cerrado posterior por PESD.
11. Acicalado.
12. Afeitado diario a los hombres y limpieza de las maquinillas de afeitarse.
13. Higiene bucal tras el desayuno y limpieza de prótesis.
14. Asignación de usuarios al servicio de podología s/p, depilación y peluquería (1/mes).
15. Actuación ante incidencias relacionadas con la higiene.
16. Detección y aviso a enfermería ante cualquier alteración del estado de salud. Ver proceso atención procesos agudos y protocolos asociados.
17. Control de la limpieza y mantenimiento de aparatos y ayudas técnicas.

### 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	
Protocolos asociados		

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

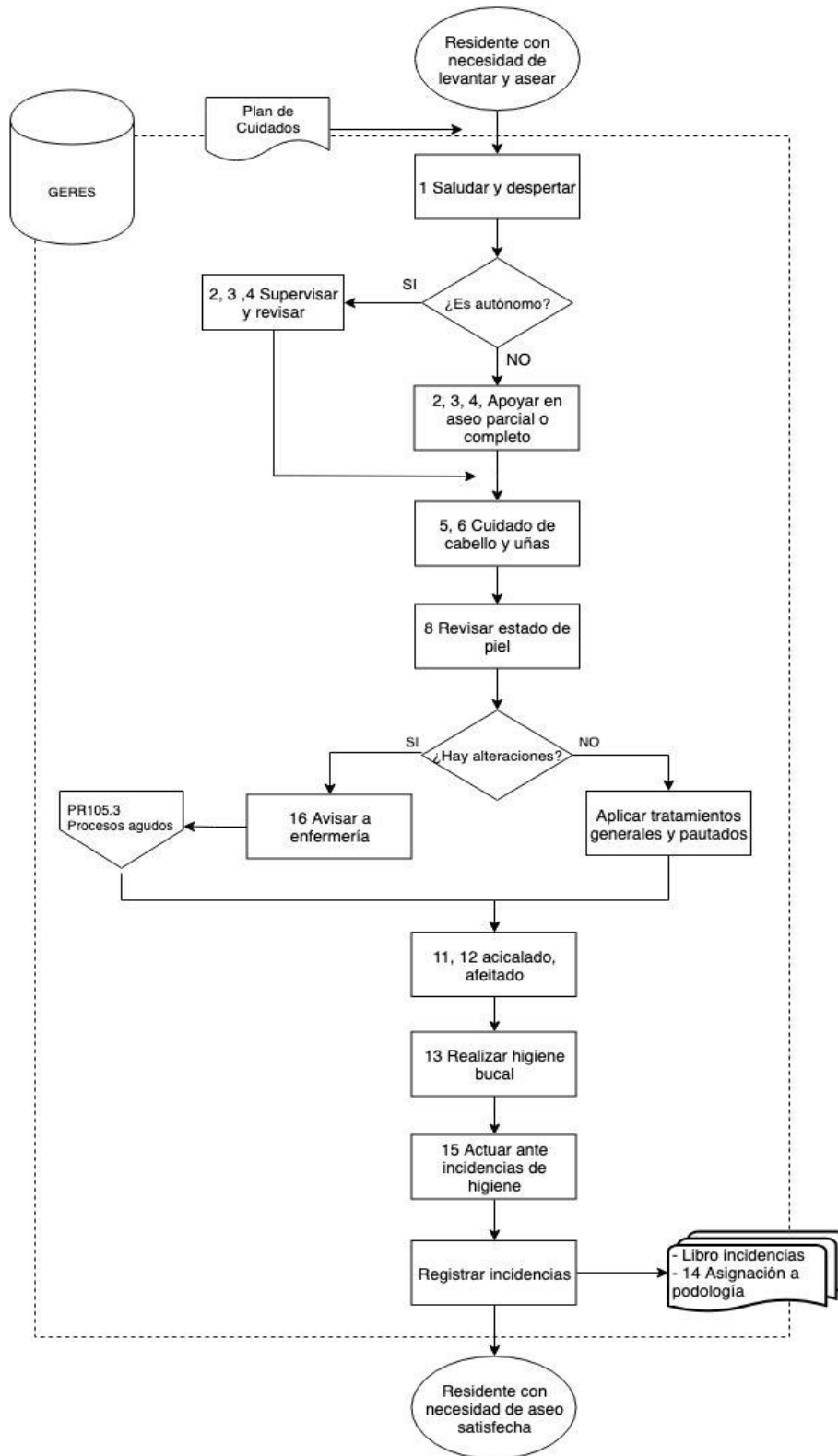
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en aseo	Grado medio de autonomía de las usuarias en aseo, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del aseo	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Técnico de referencia
Incidencias relacionadas con el estado de la piel	Nº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

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



.a numeración se corresponde con las íases 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: 17/04/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario confortable, 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: terapeuta ocupacional, enfermera, PESD y otros técnicos del centro.

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>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Documentos de pautas 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 elementos. Siempre acompañado por un TCAE, el residente podrá participar en la selección de ropa para el día siguiente, así como para salidas, visitas...
2. Apoyar en el vestido: supervisión, apoyo parcial o sustitución en el vestido y arreglo personal según la capacidad del residente.  
Fomentar las capacidades-autonomía. Animar y dejar hacer a todos los residentes con capacidad para participar en la actividad, evitando la suplencia. El residente se viste preferentemente en su habitación.  
Según su grado de dependencia y organización de cada unidad, el vestido puede realizarse en la ducha.
3. Realizar acicalado: una vez vestido el residente, se peina, perfuma, etc con supervisión, o ayuda parcial/total en función de su capacidad.
4. Supervisar el adecuado aseo y vestido a lo largo de la jornada, y ante visitas o salidas...
5. Colocar la ropa de noche, en la habitación del residente, preferentemente después el aseo posterior a la cena.
6. Revisar y gestionar la ropa (ver proceso PR202 Lavandería y PR108.3 Gestión de pertenencias):
  - Sucia. Se coloca en sacos de tela y traslada a lavandería a través de tolva. Ropa muy sucia o con restos orgánicos, en bolsa de plástico blanca.
  - Limpia. Se coloca en habitaciones/armarios 2 veces al día (turnos de mañana y tarde)
  - Comunicación de necesidades de ropa de cada residente a TS tras cambios de armario y siempre que sea necesario.

### 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	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

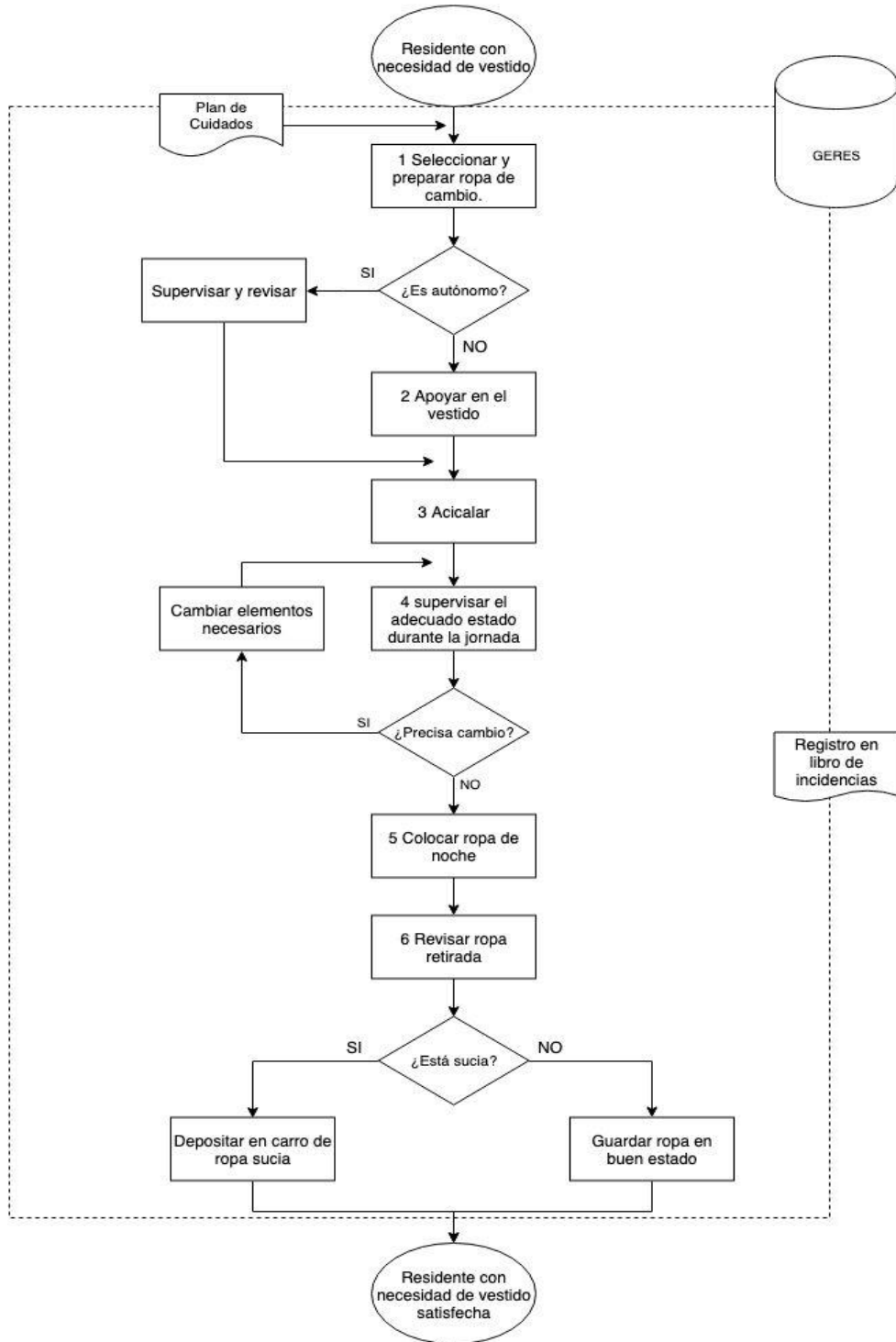
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en vestido	Grado medio de autonomía de las usuarias en vestido, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del vestido	% de residentes con preferencias registradas en el Plan de Cuidados	Técnico de referencia
Incidencias relacionadas con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

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR101.2.3</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>		Fecha: 05/06/2018
			Versión <b>1</b>
AREA:	CENTROS	ELABORADO POR:	EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR
AMBITO DE APLICACIÓN:	CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR	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.
- Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario confortable, 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: terapeuta ocupacional, enfermera, PESD y otros técnicos del centro.

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>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Documentos de pautas 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. Recibir pautas de médico/enfermera, o de productos de apoyo desde T.O...
2. Preparar y comprobar la adecuación de los utensilios de comedor.
3. Para el traslado de los residentes al comedor, el auxiliar avisa, ayuda o supe la deambulaci3n con sillas de ruedas.
4. Comprobar adecuada ubicaci3n y colocaci3n de residentes.
5. Repartir las bandejas de comida y comprobar si la dieta es la correcta, la temperatura y cantidad de alimentos.
6. Adaptar los alimentos a las necesidades de los residentes.
7. Distribuir y administrar espesante y fibra pautada.
8. Realizar apoyo o administraci3n de la dieta a usuarios dependientes.
9. Apoyar y colaborar con enfermera en la administraci3n de la medicaci3n.
10. Cuidar, detectar e informar de problemas de ingesta (por cantidad) o degluci3n (por capacidad).
11. Administrar dietas adaptadas (por sonda enteral).
12. Administrar hidrataci3n pautada.
13. Registrar el control de ingesta pautados.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominaci3n	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 t3cnicas	
Documento/registro	Planning de tareas	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Documento/registro	Menú	
Protocolos asociados		

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Guías de buenas prácticas.
- Proyecto de gesti3n del centro
- Normativa, instrucciones...

**INDICADORES**

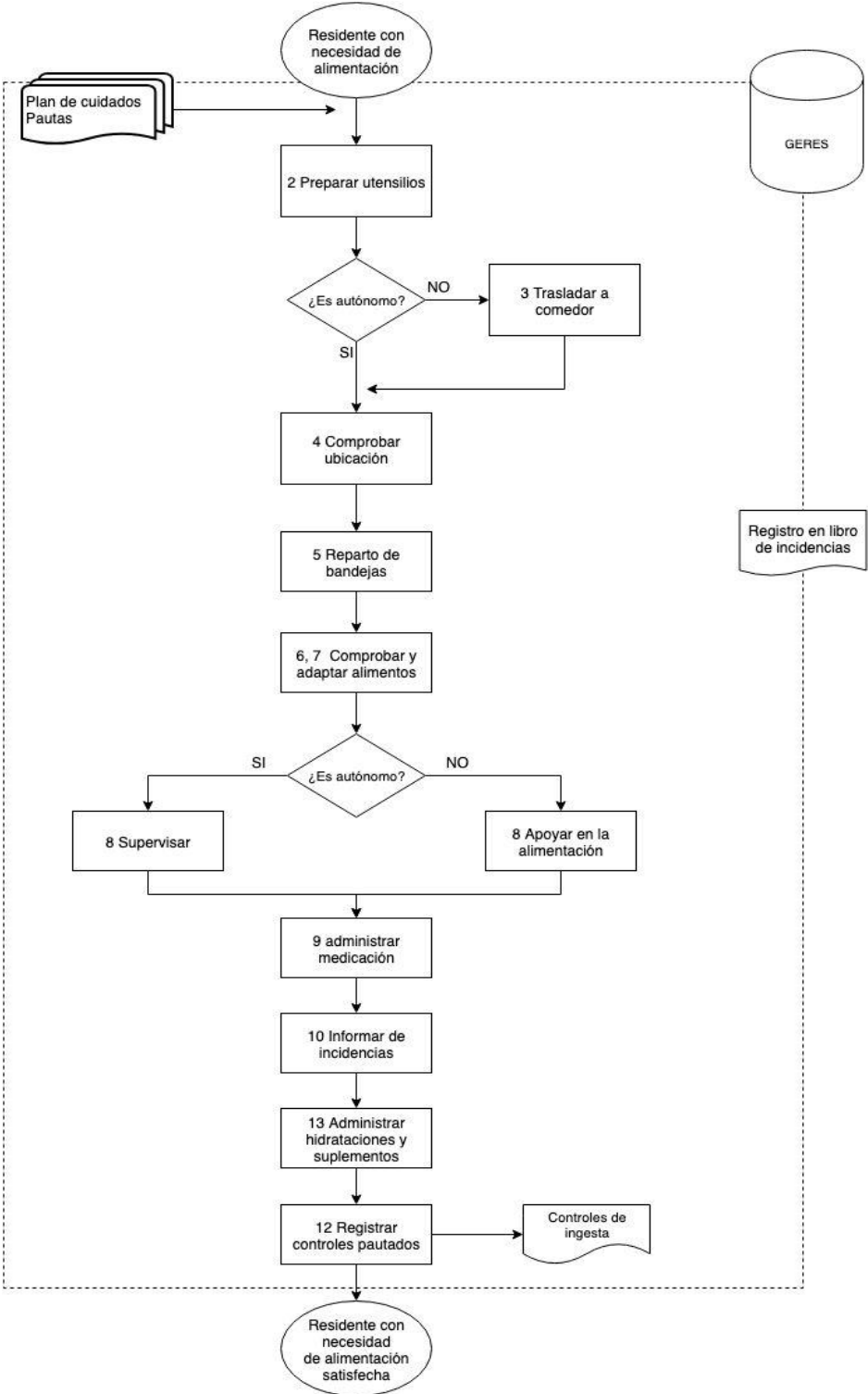
Nombre	Descripci3n	Responsable
Índice autonomía en comidas	Grado medio de autonomía de las usuarias en la comida, medido segun escala Barthel	T. Ocupacional
Personalizaci3n de las comidas	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	T3cnico de referencia
Incidencias relacionadas con las comidas	Nº de incidencias en proporci3n a los residentes: atragantamientos, conductas...	Enfermería

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


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>PR101.2.4</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: ELIMINACIÓN</b>	Fecha: 26/10/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario confortable, 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: terapeuta ocupacional, enfermera, PESD y otros técnicos del centro.

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>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Documentos de pautas 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 y/o supervisar en la utilización del WC para quienes mantienen control de esfínteres.
3. Cambiar pañales en WC o habitaciones en caso de necesitar grúa para la transferencia. Después de cada comida y siempre que sea necesario.
4. Manejar y cambiar las bolsas de colostomía (enfermería) y diuresis (TCAE).
5. Prevenir lesiones en la piel como consecuencia del uso continuado del pañal u ostomías.
6. Registrar menstruaciones y diuresis/deposiciones u otros si está pautado.
7. Realizar observación y comunicación/información a enfermería de cualquier anomalía en micciones, deposiciones y menstruaciones.
8. Realizar seguimiento de pautas de enfermería.

**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	Control de deposiciones	
Documento/registro	Control de menstruaciones	
Protocolos asociados	Pautas de actuación ante alteración de la motilidad intestinal	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Guías de buenas prácticas.
- Normativa, instrucciones...
- Proyecto de gestión

**INDICADORES**

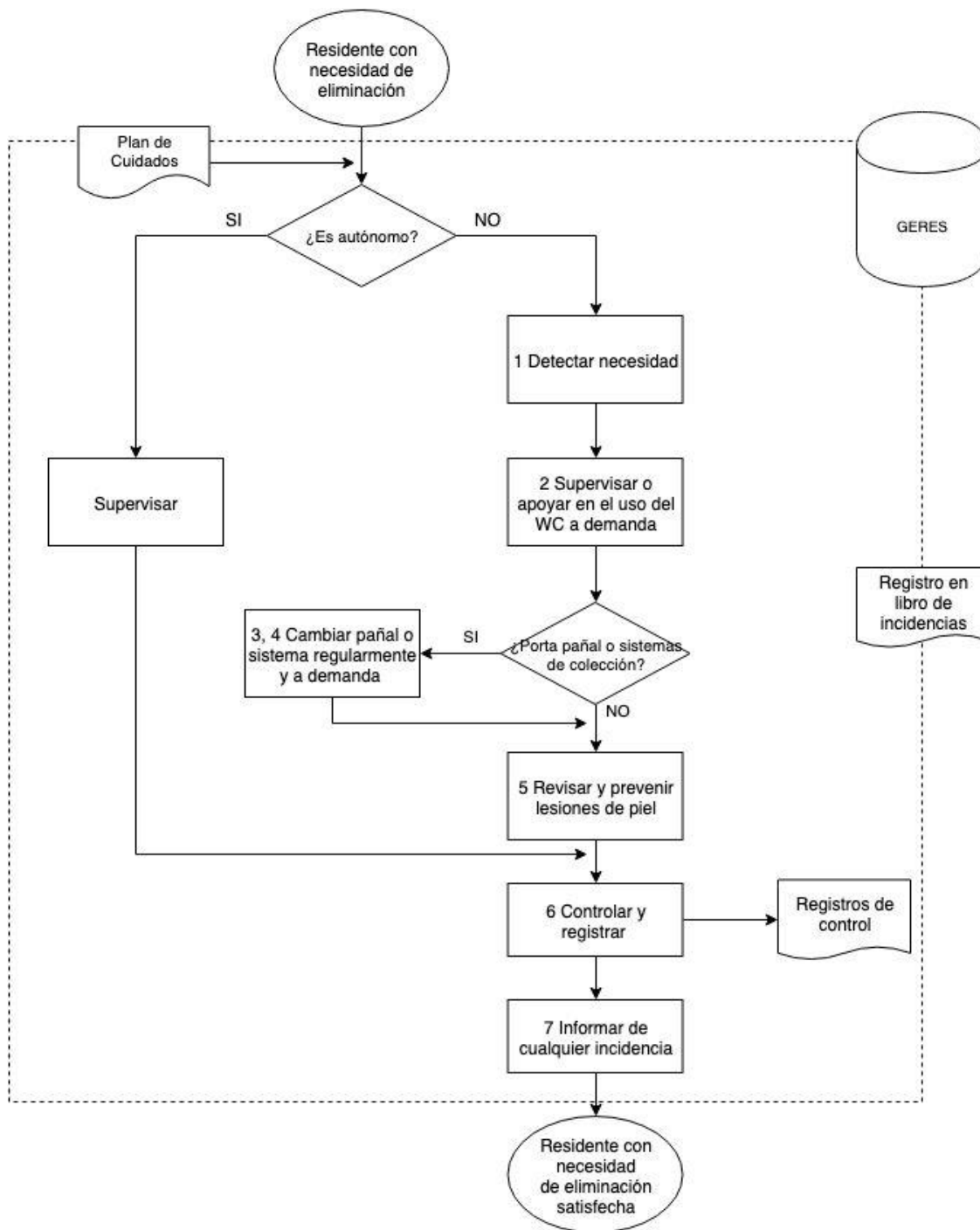
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en eliminación	Grado medio de autonomía de las usuarias en eliminación, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización en la eliminación	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Enfermería
Incidencias en eliminación	Incidencias relacionadas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

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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>PR101.2.5</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: MOVILIDAD</b>		Fecha: 26/10/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario confortable, 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: enfermería, fisioterapeuta.
- Otros implicados: TCAE, terapeuta ocupacional, PESD y otros técnicos del centro.

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>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales al ingreso.</li> <li>• Informes de otros profesionales durante la estancia.</li> <li>• Documentos de pautas 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. Recibir pautas de fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional.
2. Apoyar en la movilidad (supervisión o apoyo s/p):
  - Tareas de apoyo diarias en transferencias, traslados y paseos.
  - Ejecución de programa o pautas de paseos.
  - Apoyo en excursiones y paseos fuera del centro.
  - Registros de actividad.
3. Prevenir complicaciones secundarias a inmovilidad: ejecución de cambios posturales y transferencias. TCAE según pautas de enfermería.
4. Limitación de la movilidad. Según protocolo de sujeciones físicas con registro correspondiente (contención mecánica, confinamiento...).
5. Supervisar evolución.
6. Detectar deterioro o cambio en capacidad funcional y notificación a enfermería (Ver proceso PR105.3 Atención a procesos agudos).

**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	Hoja de paseos	
Documento/registro	Hoja de cambios posturales	
Protocolos asociados	Protocolo de sujeciones físicas	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

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

**INDICADORES**

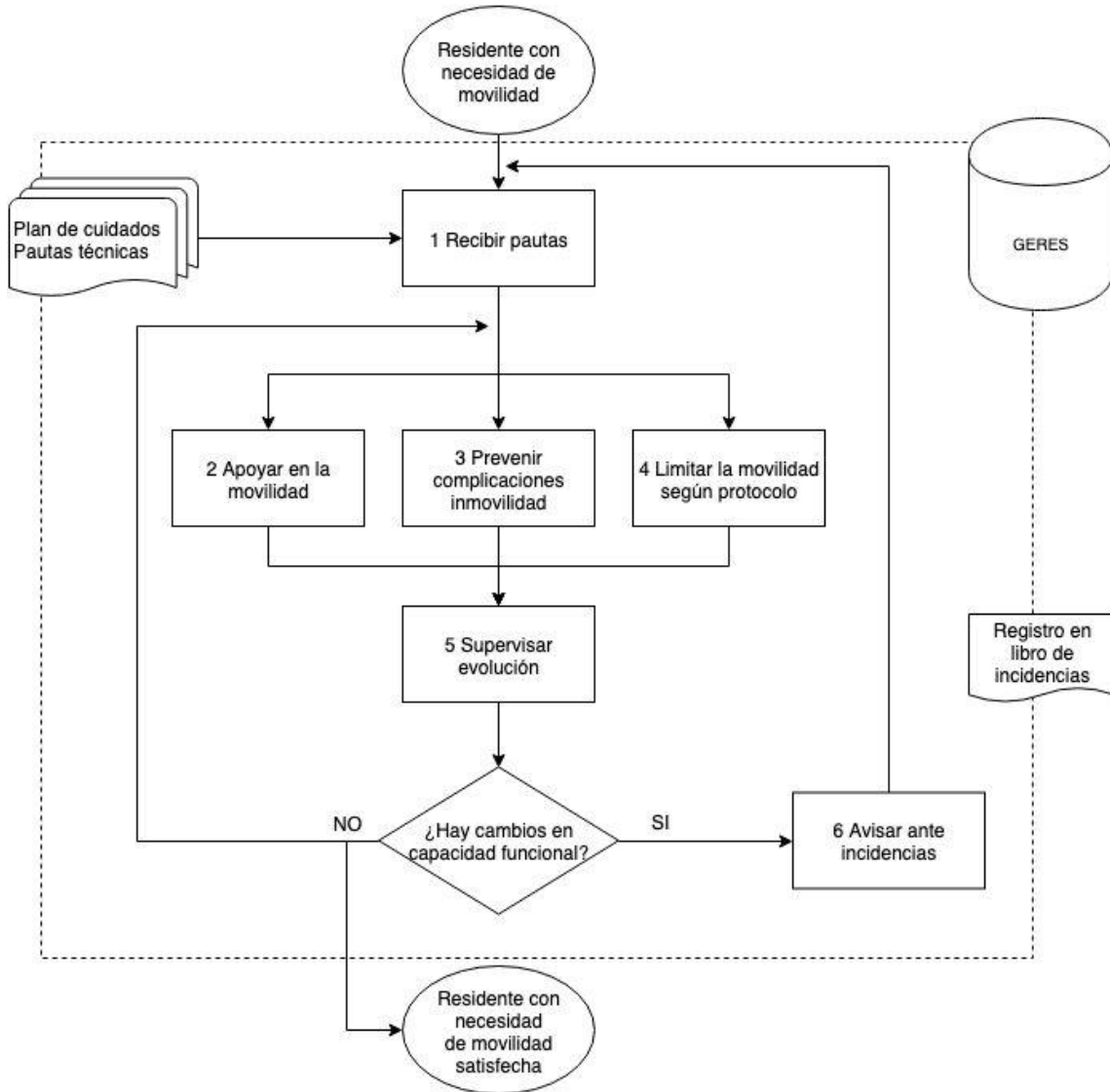
Nombre	Descripción	Responsable
Residentes encamados	% de residentes encamados	Enfermería
Caídas	Nº de caídas en proporción al nº de usuarios	Enfermería
Índice autonomía en movilidad	Grado medio de autonomía de los usuarios en movilidad, medido según escala Barthel	TO
Personalización en la movilidad	%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

AREA: CENTROS

ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR

AMBITO DE APLICACIÓN: CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR


VALIDADO POR: GERENCIA IASS



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





	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR102.1</b>
	<b>ADMISIÓN Y PREINGRESO DE NUEVO RESIDENTE</b>		Fecha: 18/01/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO DE CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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: trabajadora social.
- Otros implicados: directora, RAAR, psicóloga, médico, enfermería, coordinadora de TCAE, técnico de referencia, cuidador de referencia, subgobernanta.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
Solicitud de ingreso de gerencia o dirección provincial.	Ingreso definitivo comunicado y preparado.
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de Gerencia o Dirección Provincial.</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>• Comunicación de aceptación (o no) de plaza.</li> <li>• resolución de adjudicación de plaza y fecha desde centros/dirección provincial.</li> <li>• Pautas previas al ingreso.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia o Dirección Provincial de 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 consulta, si se precisa, de la adecuación de recurso a una solicitud de ingreso desde Gerencia (Centros) o Dirección Provincial. Entrega de documentación de expediente al Centro.
2. La Dirección recibe el expediente desde la administración, analiza la documentación y comprueba si el expediente está completo.
3. La Dirección comunica el caso al equipo técnico.
4. En reunión multidisciplinar se valora la información del expediente.
5. El equipo puede solicitar información adicional si lo requiere, entrevista con el solicitante/familia en el centro o visita al centro de procedencia para una valoración técnica complementaria. La trabajadora social comunica a la familia o el tutor la solicitud.

6. Con la información completa, el equipo técnico valora la adecuación o no del centro al perfil del solicitante. Si procede el ingreso, se plantea la ubicación de planta y se pone fecha al ingreso. Se asigna psicóloga y técnico de referencia.
7. La Dirección confirma la decisión acerca del ingreso a Gerencia o Dirección Provincial.
8. Gerencia/Dirección Provincial comunica la adjudicación definitiva de plaza y fecha de ingreso al centro y al solicitante.
9. La TS, habla con la familia para confirmar la información de admisión a ingreso y fecha. Informa del proceso de ingreso y necesidades de ropa/elementos. Solicita la documentación necesaria. Puede mandar dicha información por correo.
10. Confirmación de ingreso y fecha: directora a RAAR, administración y TS; RAAR comunica o confirma al resto de servicios.
11. La TS confirma una semana antes con el tutor del futuro residente la voluntad de ingreso y fecha. Si hay algún cambio realiza las comunicaciones/gestiones oportunas (comunicación a dirección, EM o a centros).
12. Los diferentes técnicos abren su historia y elaboran unas pautas iniciales.
13. El equipo técnico elabora con la información disponible en los informes preingreso (cada profesional en su área) las pautas para la atención del nuevo residente a su llegada. La psicóloga unifica las pautas iniciales y registra la ficha preingreso.
14. La psicóloga de referencia remite la ficha preingreso a la unidad correspondiente.
15. Se asigna cuidador y técnico de referencia.
16. El técnico de referencia guarda una copia de las pautas iniciales para adjuntar al futuro plan de atención integral.
17. 5 días antes de producirse el ingreso, RAAR contacta con:
  - Responsable de servicios generales para asegurarse de que el contexto en el que el ingreso se ubicará está adecuadamente acondicionado.
  - Coordinadora de TCAE y subgobernanta, que se aseguran de que esté preparado lo necesario en cuanto al alojamiento: habitación, espacios, dieta/comedor...
  - Portería y administración para la ratificación del ingreso con o sin modificación de fechas.
18. Administración da de alta al usuario en el sistema informático.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Expediente de solicitud: informe social y de condiciones de salud.	
Base de datos	GERES	
Documento	Resolución de adjudicación de plaza	
Registro	Acta de reunión multidisciplinar	
Documento	Solicitud de documentación y ropa	
Documento	Ficha de pautas al ingreso	
Documento	Partes de comunicación	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente. Normas e instrucciones del centro, Gerencia o Dirección Provincial.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

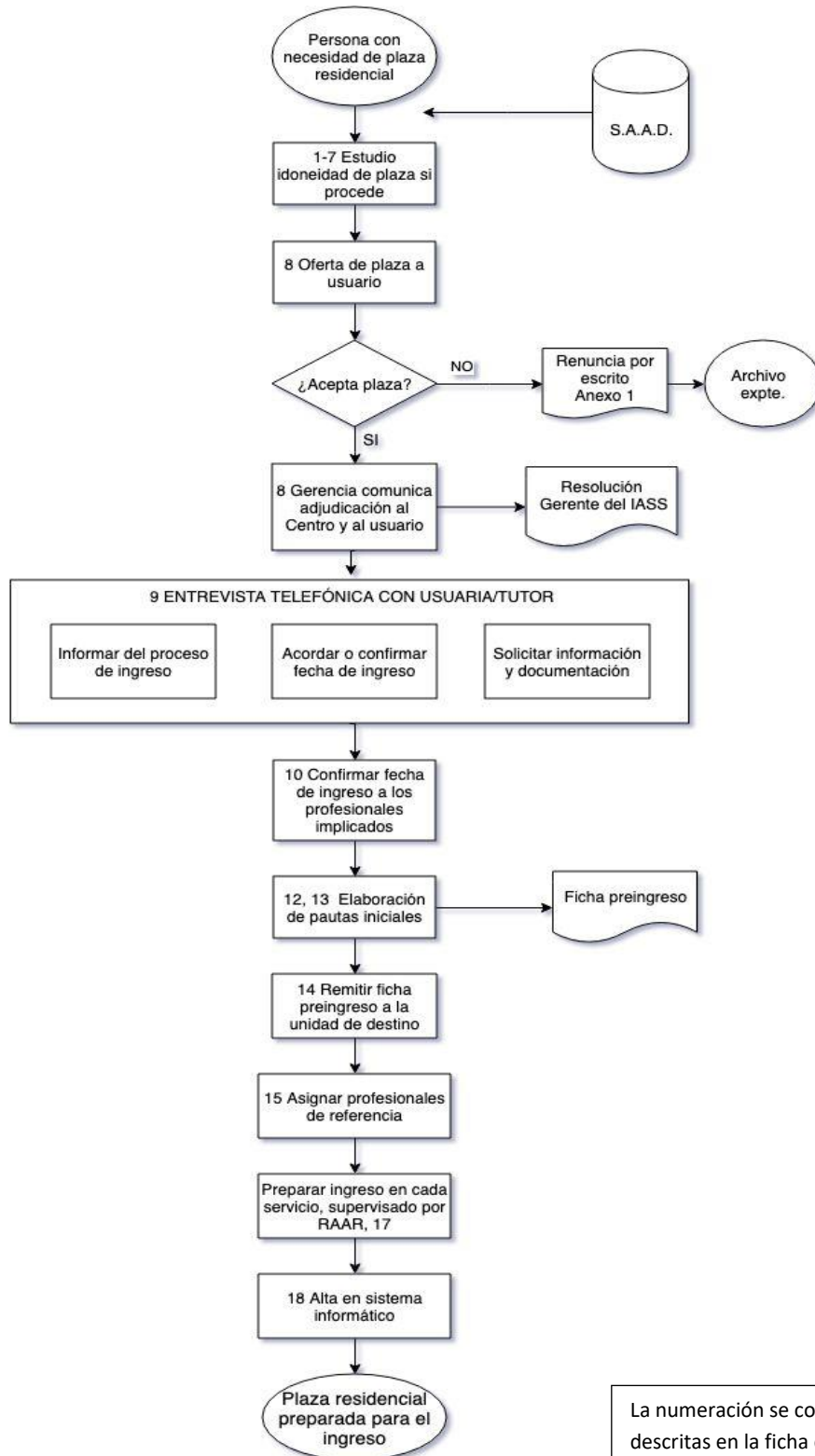
Nombre	Descripción	Responsable
Información preingreso	% de ingresos con información o pautas previas al ingreso	Trabajadora social
Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	% de satisfacción con el proceso medido en encuesta	Dirección, coordinador de calidad

AREA:  
**CENTROS**


ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR102.2</b>
	<b>INGRESO Y ACOGIDA DE NUEVO RESIDENTE</b>		Fecha: 01/02/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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, de cara a proporcionar al usuario una correcta asistencia inicial.
- 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: RAAR
- Otros implicados: directora, trabajadora social, psicóloga, médico, enfermería, coordinadora de TCAE, técnico de referencia, cuidador de referencia.

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 de ingreso, recepción por directora y trabajadora social:
  - Informar sobre régimen de estancia, visitas, etc.
  - Entregar manual de acogida.
  - Firma de documentación necesaria: contrato de servicio, aceptación de normas, cargos de estancia, reconocimiento de deuda, autorización para actuaciones asistenciales y gestión económica.
  - Se da traslado de la documentación a administración para la apertura de expediente y alta en el Centro.
2. Presentar al equipo técnico del centro (RAAR, médico, psicóloga, trabajadora social, enfermera y otros si procede), el técnico y el cuidador de referencia. Entrevista con el residente/familia:
  - Presentación de psicólogo de referencia, técnico y auxiliar de referencia.
  - Registro inicial de documento de Historia de Vida/Proyecto Vital.
  - Cada técnico realiza una primera anamnesis y recoge informes adicionales s/p.
3. Realizar visita de residente/familia por el centro y acompañamiento a la unidad asistencial por RAAR, psicólogo, T.S., técnico y cuidador de referencia:

- Presentación del personal y compañeros de la unidad.
  - Acomodo en la habitación.
  - Inventario de pertenencias y comprobación del estado, marcado, etc, en presencia de la familia. En caso de que la familia rehúse hacerlo, se dejará constancia por escrito con la firma del familiar.
4. Despedir a la familia. Trabajo/apoyo por parte de psicóloga.
  5. RAAR notifica ingreso efectivo a portería y servicios generales. Comunicación de incidencias respecto a pertenencias, marcado, etc a subgobernanta.
  6. Elaborar pautas iniciales al ingreso por parte de cada técnico.
  7. Realizar puesta en común y unificación de pautas en reunión multidisciplinar.
  8. El RAAR traslada el plan de cuidados inicial al ingreso a todas las unidades asistenciales.
  9. Enfermería confirma la dieta del residente con cocina.
  10. 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.
  11. La psicóloga, el técnico y la cuidadora de referencia realizarán seguimiento de la evolución, adaptación y necesidades del nuevo residente.
  12. Si se considera necesario, la psicóloga pautará un registro de observación de conducta a cumplimentar por el personal de atención directa.
  13. Se continúa completando la información registrada en el documento de historia de vida y proyecto vital.
  14. Se realizan las valoraciones completas de los técnicos del centro.
  15. Tras el periodo de observación, se confirma o modifica el plan de atención, con la propuesta de actividades y cuidados para el nuevo residente.
  16. Transcurrido un mes desde el ingreso en el centro se realiza «Reunión de Valoración de Ingresos» con el objetivo de emitir informe de adaptación del nuevo usuario.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Comunicación de centros y expediente de solicitud: informe social, de condiciones de salud.	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Resolución de adjudicación de plaza	
Documento/registro	Solicitud de documentación y ropa	
Documento/registro	Ficha preingreso	
Documento/registro	Ficha al ingreso	
Documento/registro	Manual de acogida	
Documento/registro	Parte de comunicación	
Protocolos asociados	Protocolo de comunicación con familiares	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente. Normas e instrucciones del centro, Gerencia o Dirección Provincial.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

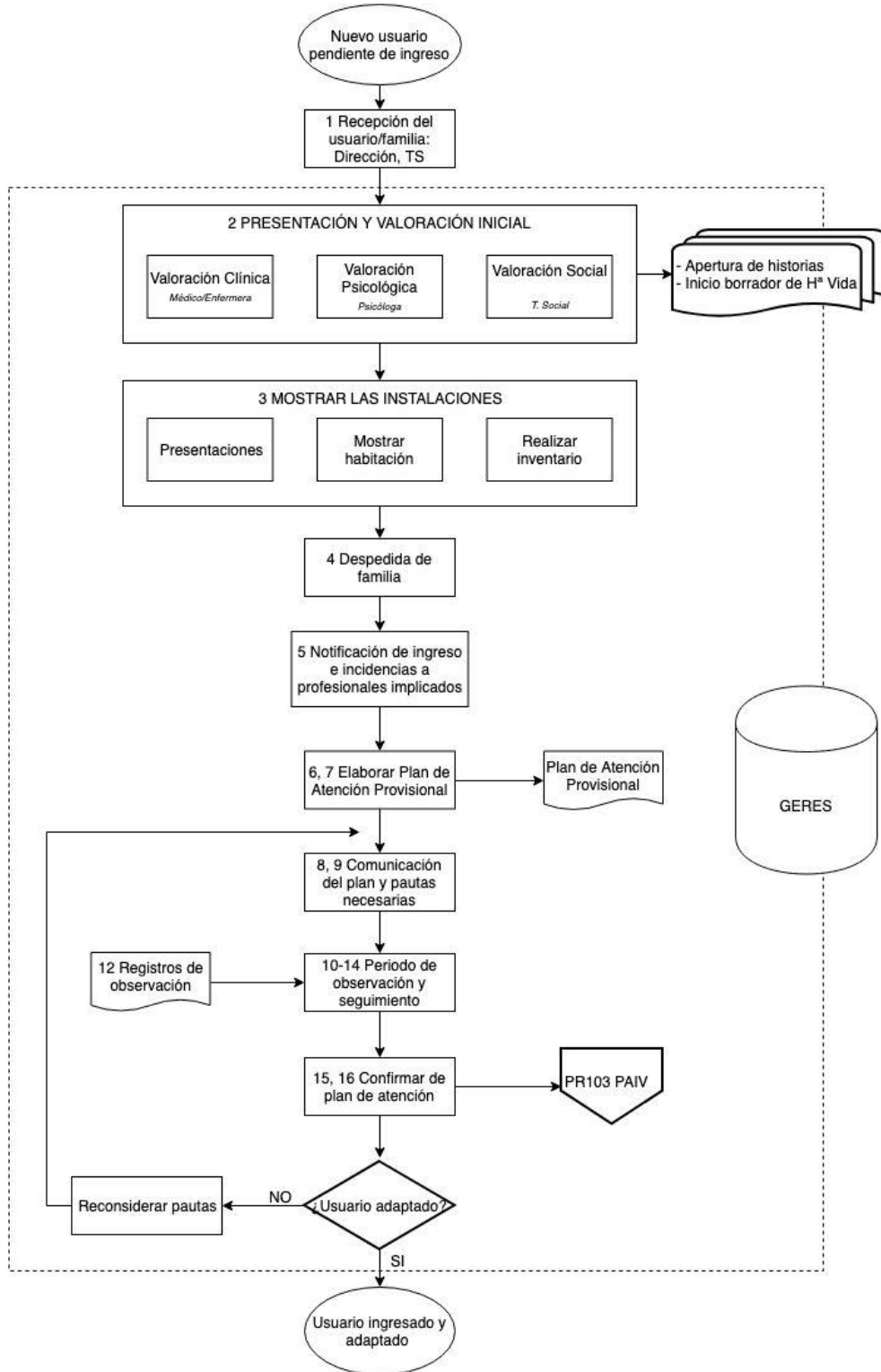
Nombre	Descripción	Responsable
Nº de ingresos	Nº de residentes que ingresan	Trabajadora social
Nº de ingresos estancia temporal	Nº de ingresos para estancia temporal	Trabajadora social
Estancia media	Estancia media de los residentes en días	Administración
Pautas al ingreso	% de ingresos con pautas iniciales completadas en la primera semana	RAAR
Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	% de satisfacción con el proceso medido en encuesta	Dirección, coordinador de calidad

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR103</b>
	<b>PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA</b>	Fecha: 22/01/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

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.

### OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de la persona.
- Prestar una atención integral y personalizada que satisfaga sus necesidades.
- Conocer y potenciar las capacidades de las personas.
- 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 el documento de historia de vida, los profesionales de referencia o el apoyo familiar.
- Elaborar un plan que cuente con la participación de todos los técnicos implicados en la atención del residente.
- Priorizar y unificar los criterios y objetivos de los diferentes profesionales en la atención de cada persona.
- Adaptar 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.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: técnico de referencia, RAAR.
- Otros implicados: TCAE de referencia, psicóloga, trabajadora social, médico y otros técnicos o profesionales implicados en la atención.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista preingreso.</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 de apoyo de la persona.</li> <li>• Información de la historia de vida.</li> <li>• Aportaciones del usuario o su familia (expectativas, preferencias...).</li> <li>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Valoraciones y planificación de los profesionales del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida y satisfacción de la persona.</li> <li>• Plan de Atención Integral elaborado y ejecutado.</li> <li>• Documento Historia y Proyecto Vital.</li> <li>• Comunicación con usuarios y familias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Asignar provisionalmente técnico de referencia (ver proceso *PR102.1 Admisión y Preingreso*).
2. Iniciar el registro de borrador de documento *Historia y Proyecto Vital* (al ingreso, psicóloga con apoyo de profesionales de referencia). (*PR102.1; Protocolo de Historia y Proyecto Vital*).
3. Supervisar el plan de cuidados inicial tras el ingreso (técnico de referencia).
4. Acompañar y observar durante el periodo de adaptación:
  - Conducta, intereses, respuestas y capacidades.
  - Registro de borrador de documento *Historia y Proyecto Vital*, y sus conclusiones (psicóloga, apoyo de profesionales de referencia y resto del equipo).

- Solicitar valoración a los técnicos del equipo multidisciplinar.
- 5. Realizar valoración de la persona por parte de los profesionales del equipo multidisciplinar (psicóloga, trabajadora social, médico, enfermera, técnico de referencia, TCAE de referencia, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta s/p).
- 6. Elaborar el *Plan de Atención Integral y Vida* en reunión multidisciplinar el primer mes de estancia en el centro. Coordina el técnico de referencia:
  - Aprobación de documento Historia y Proyecto Vital.
  - Elaboración del Plan de Atención Integral: puesta en común de valoraciones, unificación de criterios y priorización.
- 7. Comunicar la propuesta de *Plan de Atención Integral y Vida* al usuario/familia si es posible. Recepción de aportaciones y análisis de las mismas.
- 8. Realizar ejecución y seguimiento de *Plan de Atención Integral y Vida*:
  - Facilitar el resumen de plan de cuidados y conclusiones de Historia y Proyecto Vital a TCAE (técnico de referencia).
  - Seguimiento de la ejecución del Plan de Atención Integral (técnico de referencia).
  - Seguimiento de atención centrada en la persona. Registro de hojas de seguimiento por los profesionales de referencia u otros.
- 9. Realizar revisión periódica (en función de las necesidades, al menos anual):
  - Solicitud de nuevos informes a los departamentos.
  - Reunión de equipo multidisciplinar para revisión de Historia y Proyecto Vital y Plan de Atención Integral.
  - Información y aportaciones de usuario/familia.
- 10. Informar anualmente del seguimiento de los planes a usuario y/o familia.

Cambio de técnico de referencia a petición de residente o del mismo técnico s/p.

Si se detecta algún cambio de importancia 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	
Documento/registro	Plan de Atención Integral	
Documento/registro	Historia y Proyecto Vital	
Documento/registro	Seguimiento de ACP	
Documento/registro	Listado de asignación de profesionales de referencia	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	Historia y Proyecto Vital	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

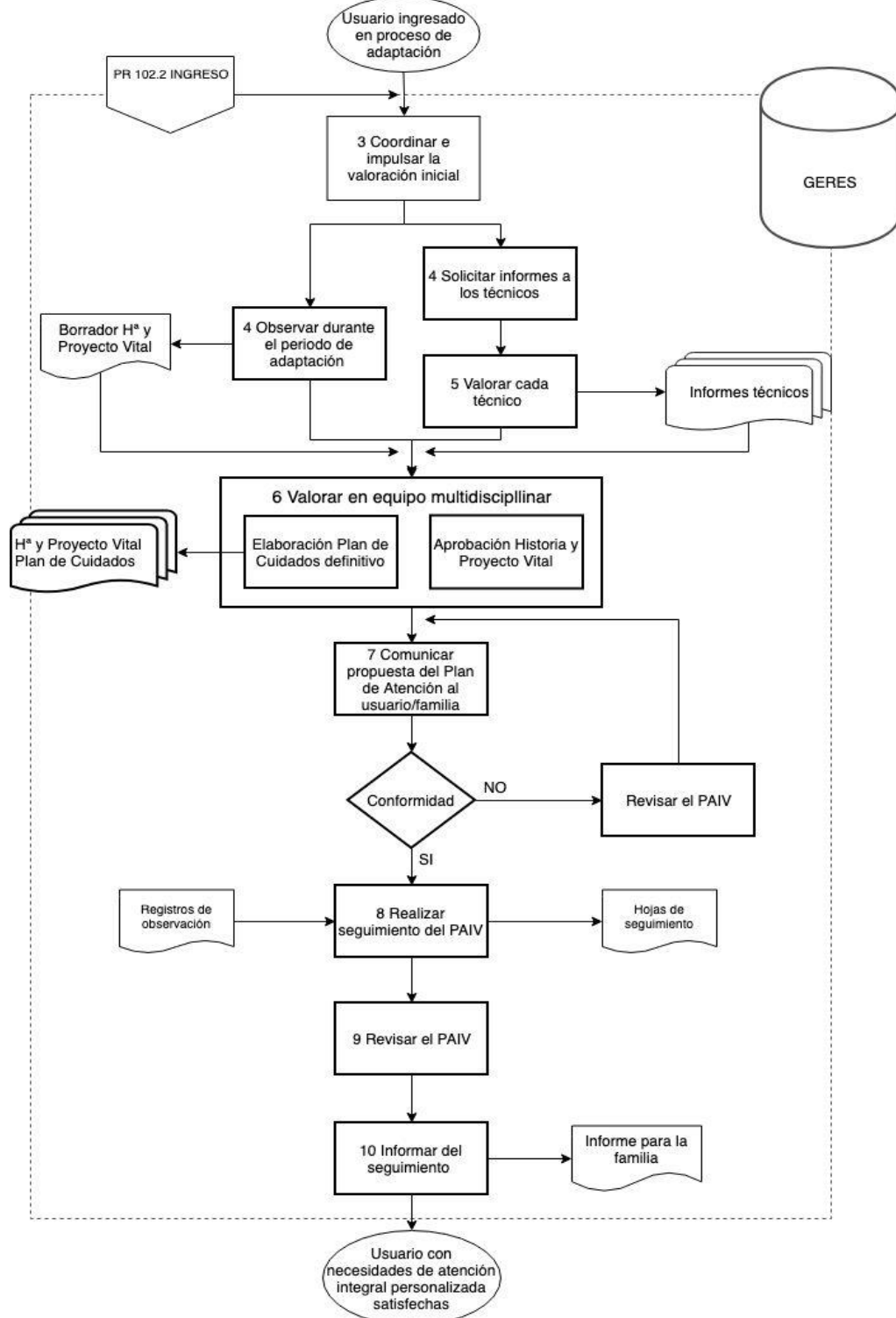
Nombre	Descripción	Responsable
Historias de Vida	% de residentes con Hª de Vida registrada	Trabajadora social
Revisión del PAIV	% de usuarios con plan actualizado en el último año.	RAAR
Comunicación de plan de cuidados	% de planes de cuidados comunicados a usuario/familia.	Dirección, RAAR
Plan de Cuidados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

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD C A EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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>PR104</b>
	<b>BAJA DE RESIDENTE EN EL CENTRO</b>	Fecha: 4/12/18
		Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR	
AMBITO DE APLICACIÓN: CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR	VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

### MISIÓN

Acompañar al usuario 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 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: trabajadora social.
- Otros implicados: dirección, administración, PSA, médico, enfermería, TCAE, profesionales de referencia, gobernanta, PESD y otros 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, Juzgado y Tutelas.</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>• DP o Gerencia.</li> <li>• Tutelas.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

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

1. Certificar defunción. Médico del centro, de AP o forense (en función del turno).
2. Acomodar al difunto. En su habitación si es individual, en otra de su planta o enfermería.

3. Comunicar circunstancia a Dirección e inmediatamente después a los familiares-tutores de la persona fallecida (médico o enfermería según el turno).
4. Comunicar con la compañía de seguros en caso de tener póliza de decesos o directamente con la funeraria (familia, TS o enfermería en su ausencia).
5. Acompañar a familia en el proceso. Responsables del centro y del equipo técnico y profesionales de referencia.
6. Trasladar a tanatorio.
7. La TS procede al cierre administrativo de expediente:
  - Comunicación de la baja a dirección provincial y/o gerencia del IASS (según ficha modelo) y otros posibles interesados (juzgados, tutelas, prestaciones económicas).
  - Da de baja al usuario en programa GERES, la registra en el libro de registro de ingresos y bajas, 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, personal TCAE y otros profesionales implicados, recogen ropa y enseres personales y entregan a TS.
9. La TS contacta con la familia para la entrega de los enseres personales.
10. Realizar misa funeral en el centro. Participación de residentes y familia.

### **Finalización de la estancia temporal.**

1. Acordar con la familia día de finalización de la estancia si no estaba fijada de antemano (caso descanso de cuidador por situación sobrevenida). TS.
2. Comunicar a los diferentes profesionales del centro, día de finalización de la estancia temporal.
3. Preparar enseres personales del usuario, documentación y medicación para el día de baja.
4. Acompañar a la familia en la despedida. Entrega de enseres, documentación, etc. TS o enfermería en su ausencia.
5. Realizar cierre administrativo de expediente, como punto 6 de defunción.

### **Traslado a otro centro (ver protocolo de traslado).**

1. Recibir demanda de traslado de residente en caso de demanda familiar.
2. Realizar entrevista con la familia para conocer los motivos y orientar en cada caso sobre la pertinencia del cambio y sobre el recurso más adecuado si procede.
3. Formalizar la petición en el modelo de solicitud de traslado y envío a los Servicios Centrales acompañada de informes técnicos si precisa.
4. Recibir la resolución administrativa autorizando el traslado.
5. Comunicarse con la familia y con la trabajadora social del nuevo centro para coordinar las actuaciones, fijando el día del traslado y el medio de transporte.
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 (social, psicológico y médico) y documentación (sentencia de incapacitación, grado y nivel de dependencia, grado de discapacidad) unos días antes del traslado.
8. Preparar equipaje con todos los enseres personales del residente y cumplimentación de inventario.
9. Trasladar al 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. Realizar cierre administrativo de expediente si este es definitivo, como punto 6 de defunción.

### **Renuncia**

1. Recibir demanda de renuncia de residente.
2. Entrevistarse con la familia para conocer/informar del motivo de la renuncia.
  - Orientar del recurso más idóneo del sistema.
  - Asesorar y ayudar en la gestión de cambio de PIA.
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 el equipaje con todos los enseres personales del residente y cumplimentación de inventario.
6. Entregar a usuario/familia informes y documentación.
7. Salida de residente. Despedida por TS o enfermería en su ausencia.
8. Realizar cierre administrativo de expediente, como punto 6 de defunción.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de Atención Integral	
Documento/registro	Ficha modelo altas-bajas	
Documento/registro	Certificado de defunción	
Documento/registro	Autorizaciones de familiares para trámites si no se les localiza	
Documento/registro	Ficha de residente para administración	
Base informática	GERES	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"><li>• P. de traslado de residente</li><li>• P. en caso de fallecimiento.</li><li>• Guía de actuación de comunicación con la familia.</li><li>• P. de inventario.</li></ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa Vigente. Instrucciones del centro, gerencia o dirección provincial.
- Proyecto de gestión del centro.
- Código deontológico profesional

**INDICADORES**

Nombre	Descripción	Responsable
Bajas por defunción	Nº de bajas por fallecimiento	Trabajador social
Traslados	Nº de bajas por traslado	Trabajador social
Residentes pendientes de traslado	Nº de residentes pendientes de traslado desde hace más de 3 meses	Trabajador social
Renuncias	Nº de bajas por renuncia	Trabajador social
Estancia media	Duración media de la estancia en el centro	Trabajador social
Información al traslado	% de traslados con información completa	Trabajador social
Comunicación de baja	% de comunicaciones de baja a servicios centrales en menos de 48h	Trabajador social

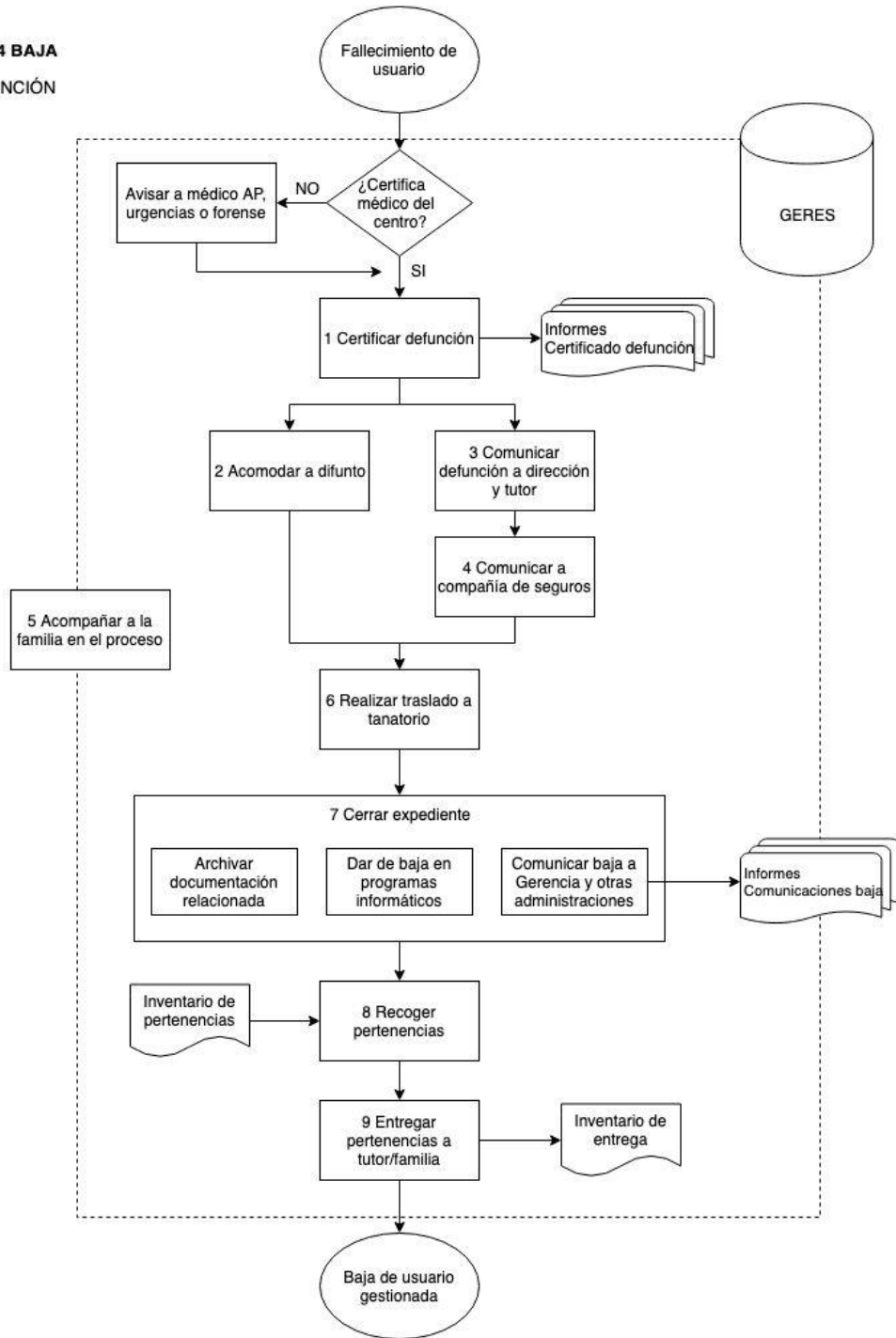
AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**

**PR104 BAJA DEFUNCIÓN**

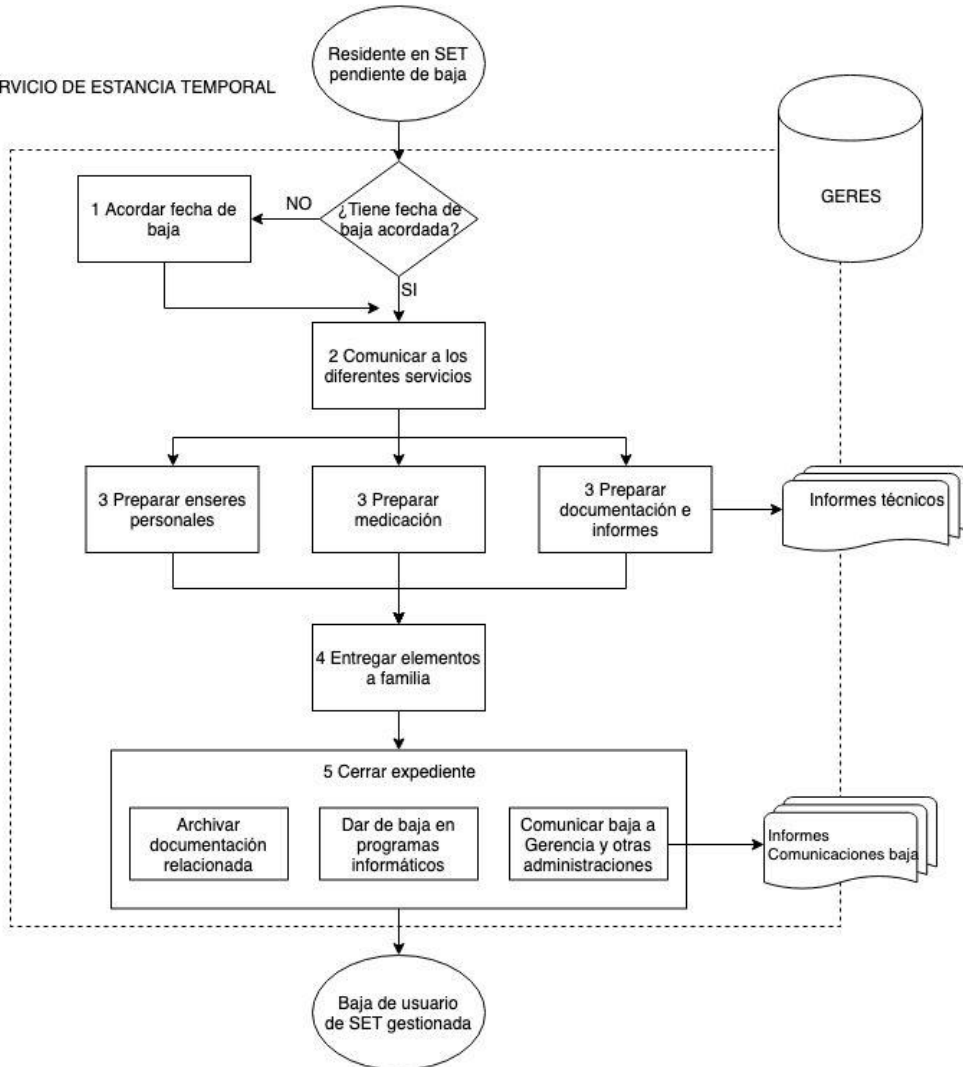


La numeración se corresponde con las fases descritas en la ficha del proceso



**PR104 BAJA**

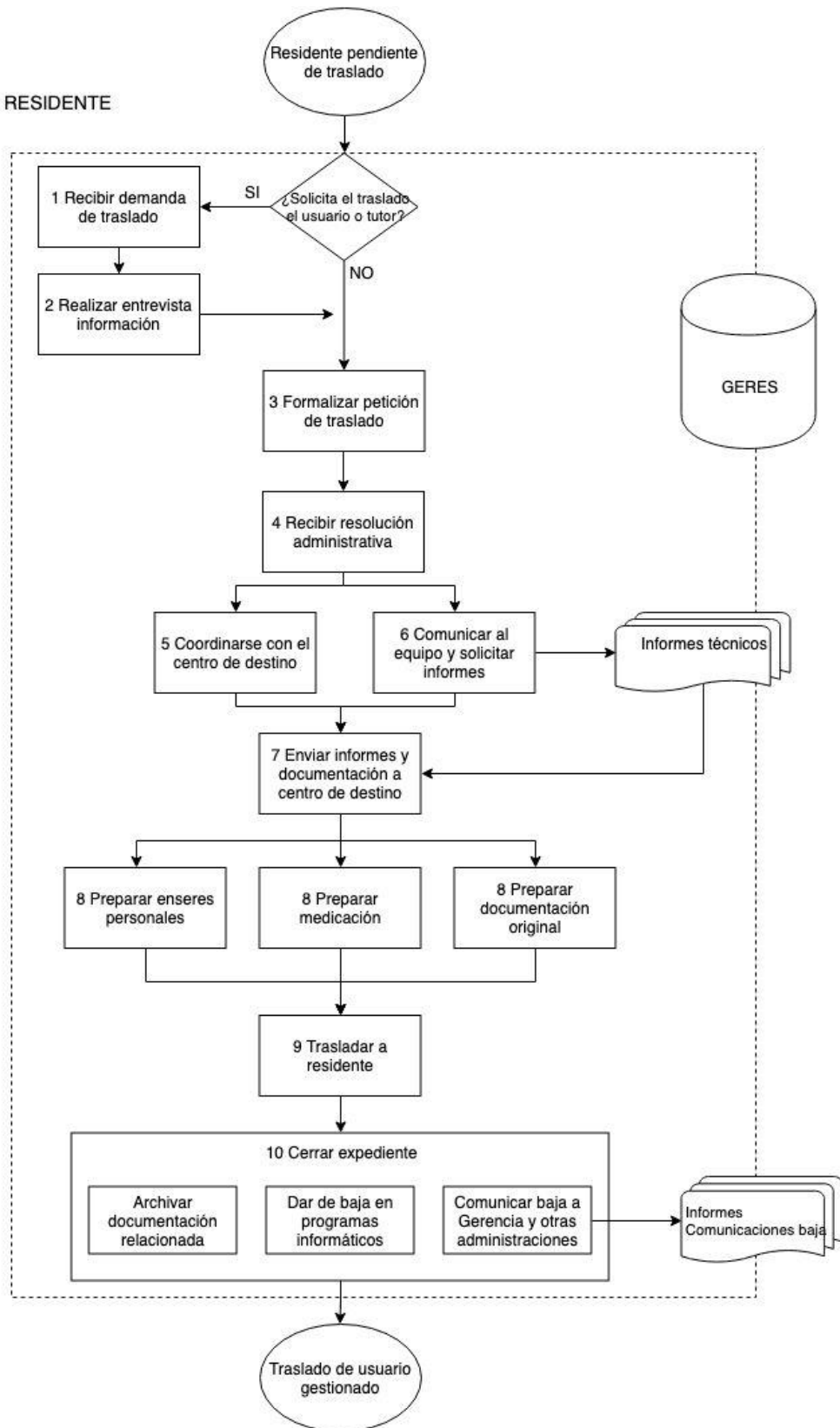
USUARIO DE SERVICIO DE ESTANCIA TEMPORAL




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: 07/03/18
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CA EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Promoción y protección de la salud de los residentes. Prevención y detección precoz de posibles enfermedades.

### 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 del residente que permita una rápida identificación de alteraciones del mismo.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: médico del centro.
- Otros implicados: RAAR, enfermería, TCAE y resto de profesionales implicados en la atención de los usuarios.

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 TS o Dirección.
2. Estudiar informes preingreso. Solicitud de información adicional o entrevista si procede.

3. Abrir historia clínica y ficha preingreso (se pasan a psicóloga, ver *Proceso PR102.1 Admisión y preingreso*).
4. Realizar anamnesis con residente/familia en el centro. Normalmente el día de ingreso.
5. Realizar valoración con exploración, constantes, etc en las primeras 24-48h tras ingreso.
6. Planificar atención y registrar la parte sanitaria de la ficha al ingreso y trasladar a RAAR (ver *Proceso PR102.2 Ingreso y acogida*).
7. Complimentar la historia (plan de atención) en programa informático y registrar pautas.
8. Comunicar las pautas:
  - A enfermería: de control de constantes, analíticas, tratamientos, curas...
  - Comunicación a TCAE de pautas concretas.
  - Solicitud de otras pruebas complementarias (rx, otros...).
  - Derivación a especialistas.
9. Realizar seguimiento de la evolución
  - Registros clínicos (constantes, eliminación, conducta... )
  - Revisiones según informes y pautas de especialistas.
  - Revisiones programadas por Sº Sanitario del Centro.
10. Realizar evaluación continua para adaptar el plan terapéutico y pautas de actuación en función de la evolución.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Hª clínica del IASS	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Hoja interconsulta seguimiento especialista.	
Documento/registro	Derivación otros profesionales (fisioterapeuta o terapeuta ocupacional).	
Documento/registro	Hoja solicitud Rx	
Documento/registro	Volante analítica	
Documento/registro	Comunicaciones en libros plantas	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos clínicos patologías crónicas.</li> <li>• Protocolo de cribado de CA de mama y colon.</li> <li>• Protocolo Sujeciones Físicas.</li> <li>• Comunicación con familias.</li> <li>• Acompañamiento a consultas.</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
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, coordinador de calidad

AREA:

**CENTROS**

ELABORADO POR:

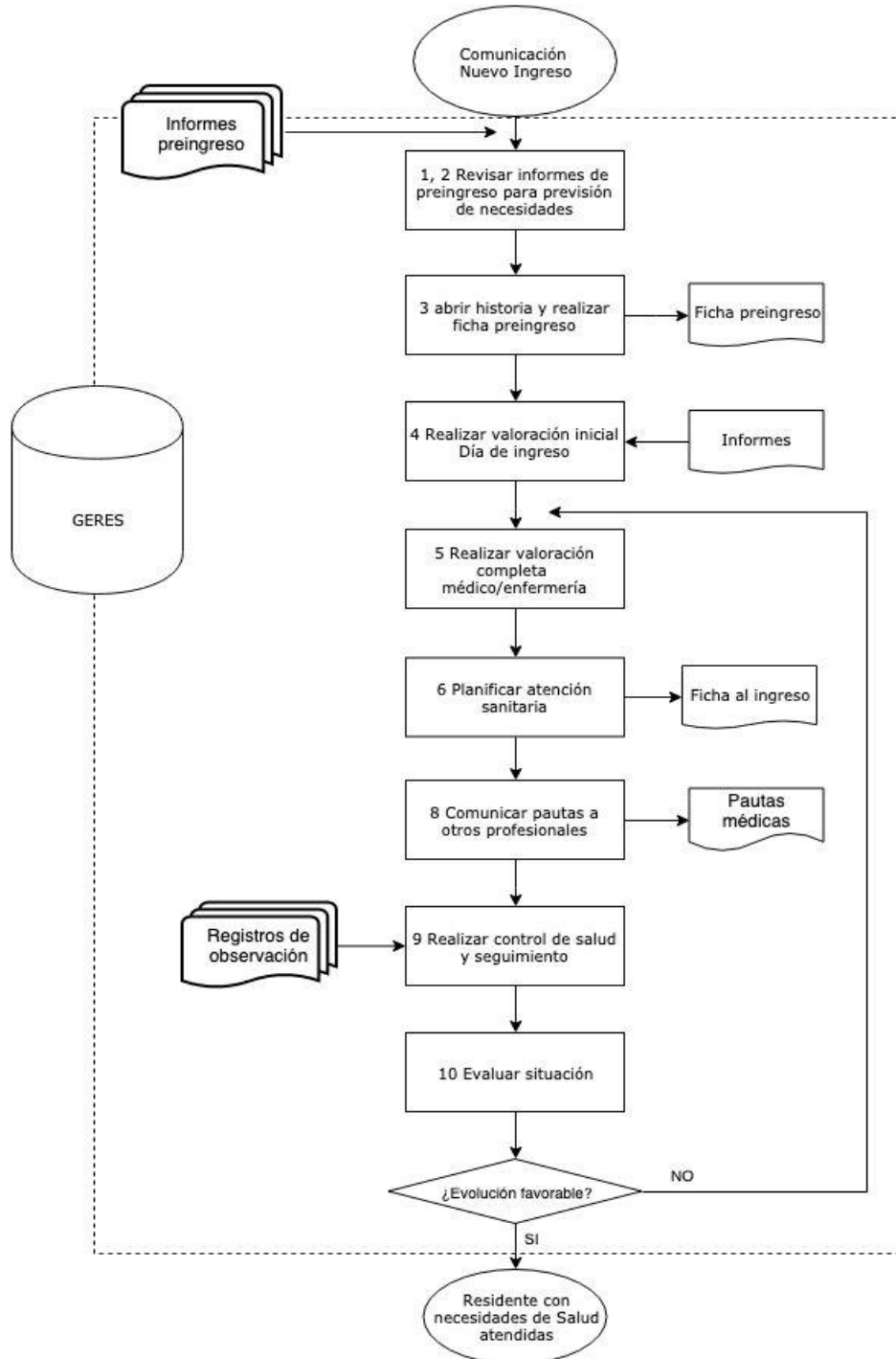
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN:

**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


VALIDADO POR:

**GERENCIA IASS**



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: 21/02/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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

- Adecuada identificación de las necesidades secundarias al estado de salud del residente, sus procesos crónicos y las respuestas ante los mismos.
- Elaboración de un plan de atención integral que se adapte a dichas necesidades y a la evolución de las mismas a lo largo de la estancia.
- Identificación temprana de alteraciones de salud y respuestas ante las mismas, para poder actuar a la mayor brevedad posible.
- Promoción de la salud y autonomía de los usuarios.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: enfermería.
- Otros implicados: RAAR, T.S., psicóloga, médico, Coordinadora TCAE, TCAE, otros técnicos.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
Comunicación de ingreso de residente.	Proceso permanente. Fin de estancia de residente.
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> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia (S. Centros).</li> <li>• Familia.</li> <li>• Especialistas.</li> <li>• Médico.</li> <li>• Otros técnicos del centro</li> <li>• TCAE</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 informes preingreso a través de TS, directora, RAAR
2. Realizar valoración inicial multidisciplinar y pautas preingreso.
3. Realizar anamnesis con residente/familia en el centro. Normalmente el día de ingreso. Rellenamos los datos que nos faltan del punto 2.
4. Planificar cuidados y registrar hoja de cuidados inicial para la planta, se avisa a cocina de la dieta,

se comprueba y pide medicación.

5. Recibir, registrar, programar y ejecutar pautas médicas: controles de salud, analíticas y otras pruebas, tratamientos, vacunas, pautas concretas...
6. Complimentar historia (plan de atención) en programa informático y registrar pautas iniciales al ingreso y ficha sociosanitaria.
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.
  - A otros profesionales: cuidados derivados del estado de salud durante las actividades.
8. Recibir o cursar solicitud de 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. Completar la historia de enfermería, PAE y las pautas, con las comunicaciones oportunas descritas en punto 7 y 8
11. Realizar seguimiento y actualización del plan de cuidados, ejecución y/o colaboración en problemas dependientes que nos derivan otros profesionales y de problemas interdependientes
12. Realizar evaluación (del principio al final de enfermedades agudas y periódica de procesos crónicos), detección de errores si los hay y propuestas de mejora.
13. Revisar el PAE y pautas según la evaluación.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Valoración inicial multidisciplinar	
Documento/registro	Hª de enfermería del IASS	
Documento/registro	Control deposiciones, ataques epilépticos, menstruación.	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Escalas (Barthel, Norton...)	
Documento/registro	Agenda de enfermería	
Documento/registro	Plan de cuidados para TCAE	
Documento/registro	Ficha sociosanitaria	
Protocolos asociados		

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Proyecto de gestión.
- 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
Satisfacción con el servicio	Medida en encuesta de calidad a usuarias/familias	Dirección, coordinador de calidad

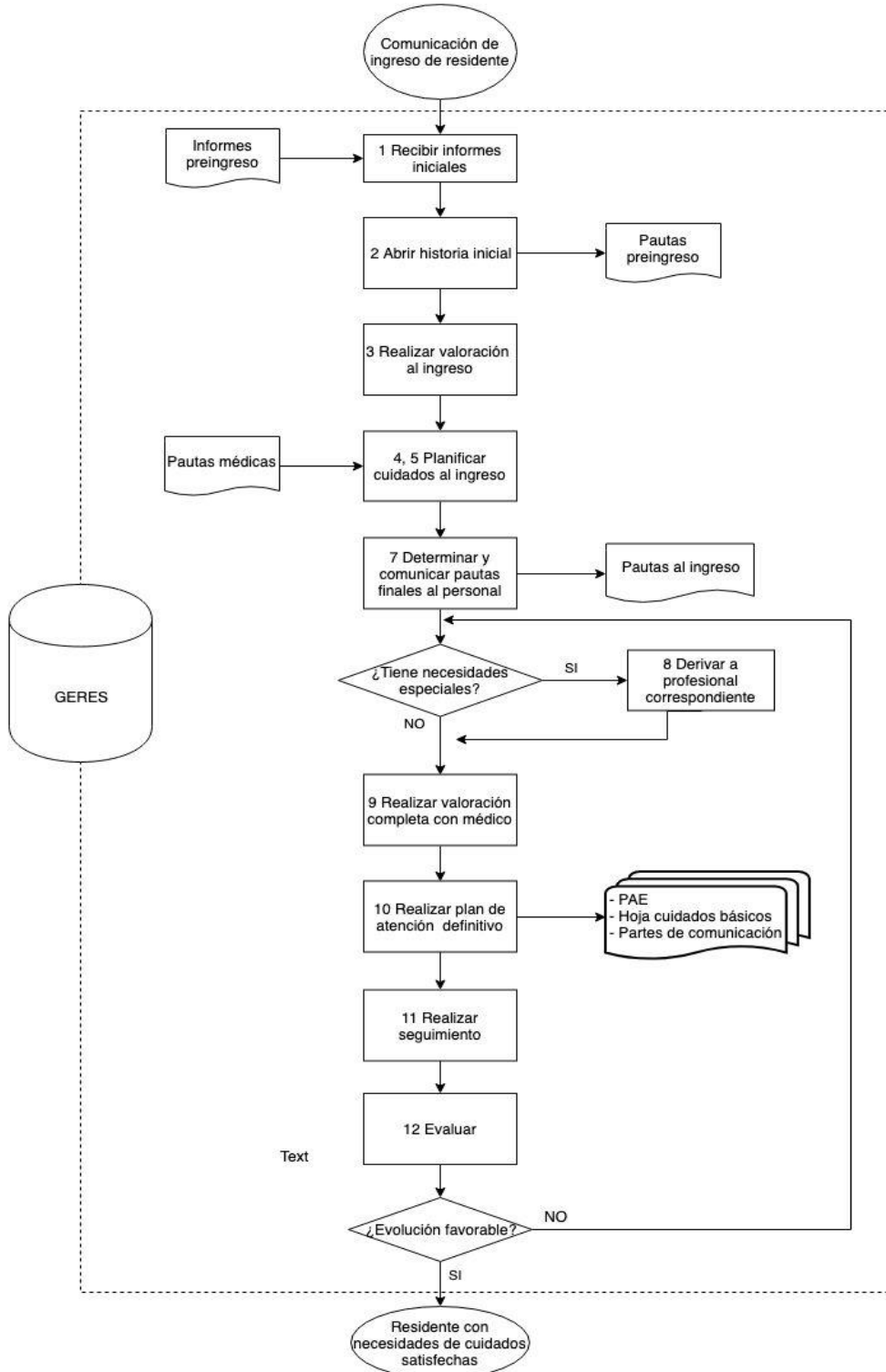


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.3</b>
	<b>ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS</b>		Fecha: 08/05/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### 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: médico del centro.
- Otros implicados: enfermería, RAAR, TS, psicóloga, coordinadora TCAE, TCAE, otros...

#### INICIO DEL PROCESO

- Comunicación de posible incidencia relacionada con el estado de salud de un residente.

#### FINAL DEL PROCESO

- Alta del proceso agudo.

#### ENTRADAS

- Demanda del residente, familia u otros profesionales.

#### SALIDAS

- Registros de valoración y seguimiento
- Plan de atención.
- Pautas a profesionales y familia.
- Derivación a otros profesionales.
- Informes.

#### PROVEEDORES

- Residentes.
- Familias.
- Trabajadores del centro
- Otros profesionales externos.

#### DESTINATARIOS

- Residentes del centro.
- Familiares.
- Otros profesionales del centro.
- Profesionales externos.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir demanda por parte del equipo de salud. Puede ser:
  - De familias (teléfono o en persona).
  - De otros profesionales del centro: verbal o escrita.
  - Propio Paciente.
2. Valorar la situación. La valoración inicial se realizará por la enfermera en consulta o en planta en función de la situación y según criterio del equipo de salud.
3. Cribar la situación. Normalmente enfermería.
4. Elaborar plan de actuación.  
Según la valoración, la enfermera actuará de forma autónoma-con información posterior a médico- o puede ser necesaria la valoración y pautas médicas:
  - Actuación médica ante demanda no urgente:

- Atención directa, según guías médicas
  - Pautas a otros profesionales (enfermería, TCAE u otros). Seguimiento y registros clínicos.
  - Derivación para realización de pruebas.
  - Derivación para valoración por otros profesionales del centro (fisioterapeuta, psicóloga, enfermería).
  - Actuación médica ante demanda Urgente.
    - Actuación según protocolo de urgencias.
    - Médico del centro presente. Valoración y derivación a urgencias o 061 si precisa.
    - Médico del centro ausente. Enfermería contacta con CS o con 061.
5. Si precisa, derivar a paciente con Hª Clínica cumplimentada (AP, enfermedad actual, exploración y tratamientos).  
Acompañamiento a consultas o urgencias, según protocolo del centro (TCAE o gestión por parte de trabajadora social si permanece en el centro)
6. Registrar en GERES (enfermería-médico)
7. Comunicar a la familia (médico, enfermería), según el protocolo del centro.
8. Realizar seguimiento del proceso:
  - Tras atención en el propio centro.
  - Tras atención en urgencias.
  - Durante el ingreso en Hospital.
 Coordinación con servicio sanitario por médico o RAAR.
9. Reevaluar y actualizar pautas y ttos y plan de actuación si procede.
10. Informar a familia: médico/enfermería, apoyo de trabajadora social (puede pasar llamadas a planta).

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Programa/base de datos	GERES, evolución, diagnósticos, tratamientos...	
Documento/registro	Plan de atención del residente	
Documento/registro	Hoja solicitud consulta especialista	
Documento/registro	Hoja de Derivación Urgencias	
Documento/registro	Hoja solicitud Rx	
Documento/registro	Volante analítica	
Documento/registro	Parte de comunicaciones/pautas...	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de conductas agresivas. Protocolo de comunicación con familiares. Protocolo de sujeciones físicas.</li> <li>• Guía de acompañamiento a consultas externas y urgencias.</li> </ul>	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de referencia (médicas, otras).
- Proyecto de gestión del centro.

### 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:

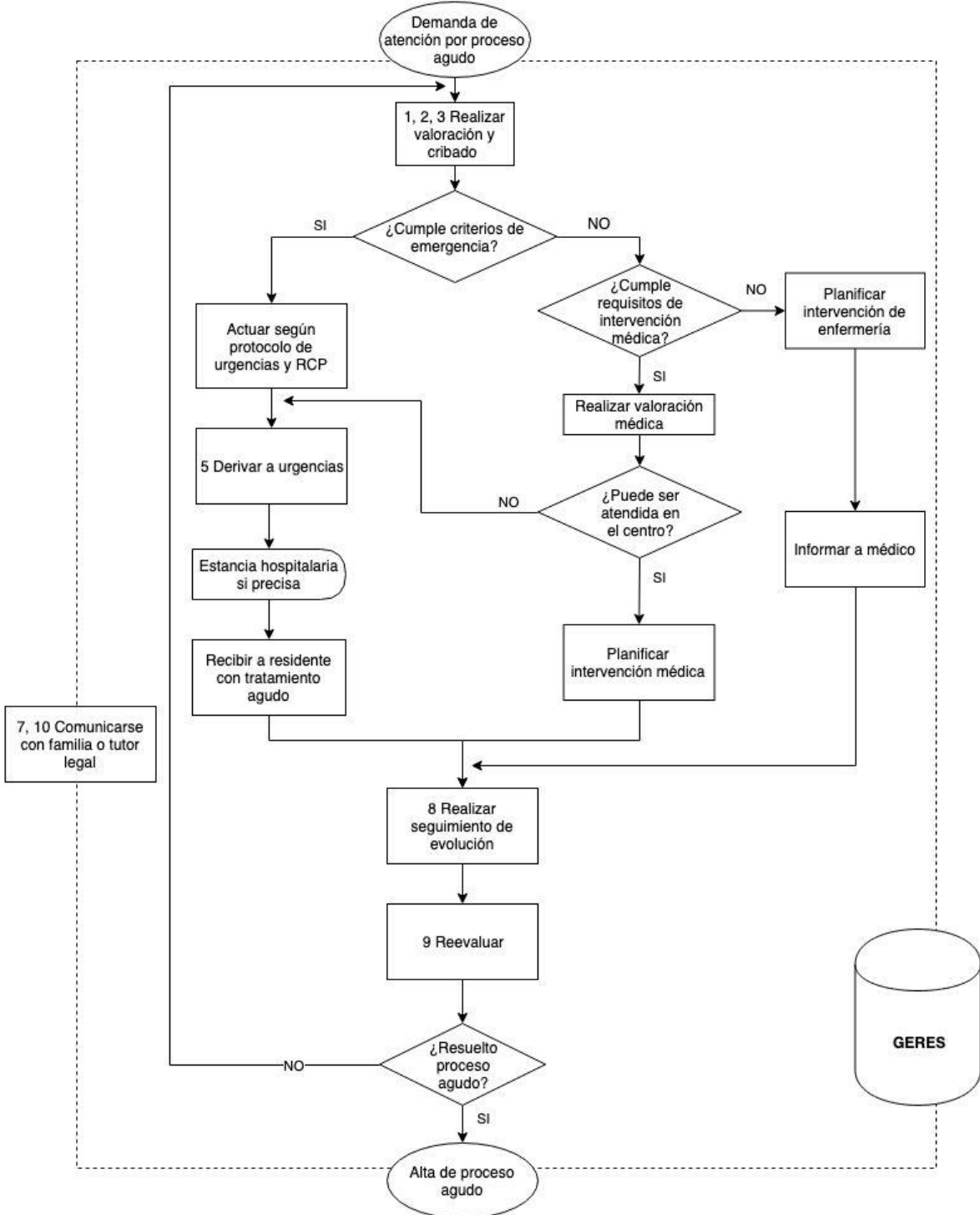
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN:

**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


VALIDADO POR:

**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR105.2.1</b>
	<b>VALORACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA</b>	Fecha: 07/03/18 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Prevenición, curación y recuperación funcional de las patologías neuromusculares que afectan al tono, a la postura y al movimiento. Promoción de la autonomía personal y del ejercicio físico.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener y/o mejorar la condición fisiológica general: psicomotora, cardiovascular y respiratoria.</li> <li>• Mejorar el funcionamiento de sistemas locomotor, nervioso, endocrino y trófico.</li> <li>• Prevenir los problemas derivados del sedentarismo y de la falta de ejercicio físico.</li> <li>• Mejorar la motricidad y los aspectos senso-perceptivos.</li> <li>• Favorecer el control motor: conciencia de las posibilidades y de las limitaciones.</li> <li>• Tratar las patologías específicas: degenerativas, neurológicas, reumáticas.</li> <li>• Adquirir buenos hábitos posturales.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: fisioterapeuta.</li> <li>• Otros implicados: RAAR, médico, enfermería, TO, TCAE y otros profesionales implicados en la atención del usuario.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de información de ingreso de residente.</li> <li>• Detección de necesidad o derivación de otro profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente con tratamiento aplicado.</li> <li>• Residente valorado sin necesidad de tratamiento.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
1. Recibir informes preingreso a través de TS o directora.

2. Analizar informes, abrir historia de fisioterapia.
3. Participar en la valoración preingreso.
4. Realizar anamnesis con residente/familia si procede, normalmente el día de ingreso.
5. Registrar historia y de pautas iniciales al ingreso si es pertinente.
6. Planificar actuaciones. Participar en la reunión multidisciplinar tras ingreso, puesta en común de pautas.
7. Comunicar pautas a personal de atención directa.
8. Recibir solicitud de colaboración de otros técnicos ante problemas detectados.
9. Completar la historia de fisioterapia: datos, anamnesis, dx, exploraciones, valoración funcional, test, observaciones, fotografías...
10. Elaborar el plan terapéutico.
11. Elaborar pautas de fisioterapia e informes técnicos (cuando sea necesario).
12. Ejecutar apoyos, coordinarse con otros servicios para inclusión en agenda y comunicar agenda a otros profesionales.
13. Realizar seguimiento de la evolución, cambios de pautas o tratamientos, etc.
14. Evaluar.
15. Revisar el plan según la evaluación.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Hª de fisioterapia.	
Documento/registro	Documento de pautas preingreso	
Documento/registro	Documento de pautas al ingreso.	
Documento/registro	Agenda de fisioterapia.	
Documento/registro	Pautas de Fisioterapia	
Documento/registro	Horarios del servicio.	
Documento/registro	Hoja de derivación interprofesional	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de movilidad, traslado y transferencias.</li> <li>• Programa de movilidad y paseos.</li> <li>• Protocolo de sujeciones físicas.</li> </ul>	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes.
- Proyecto de gestión.
- 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, coordinador de calidad.

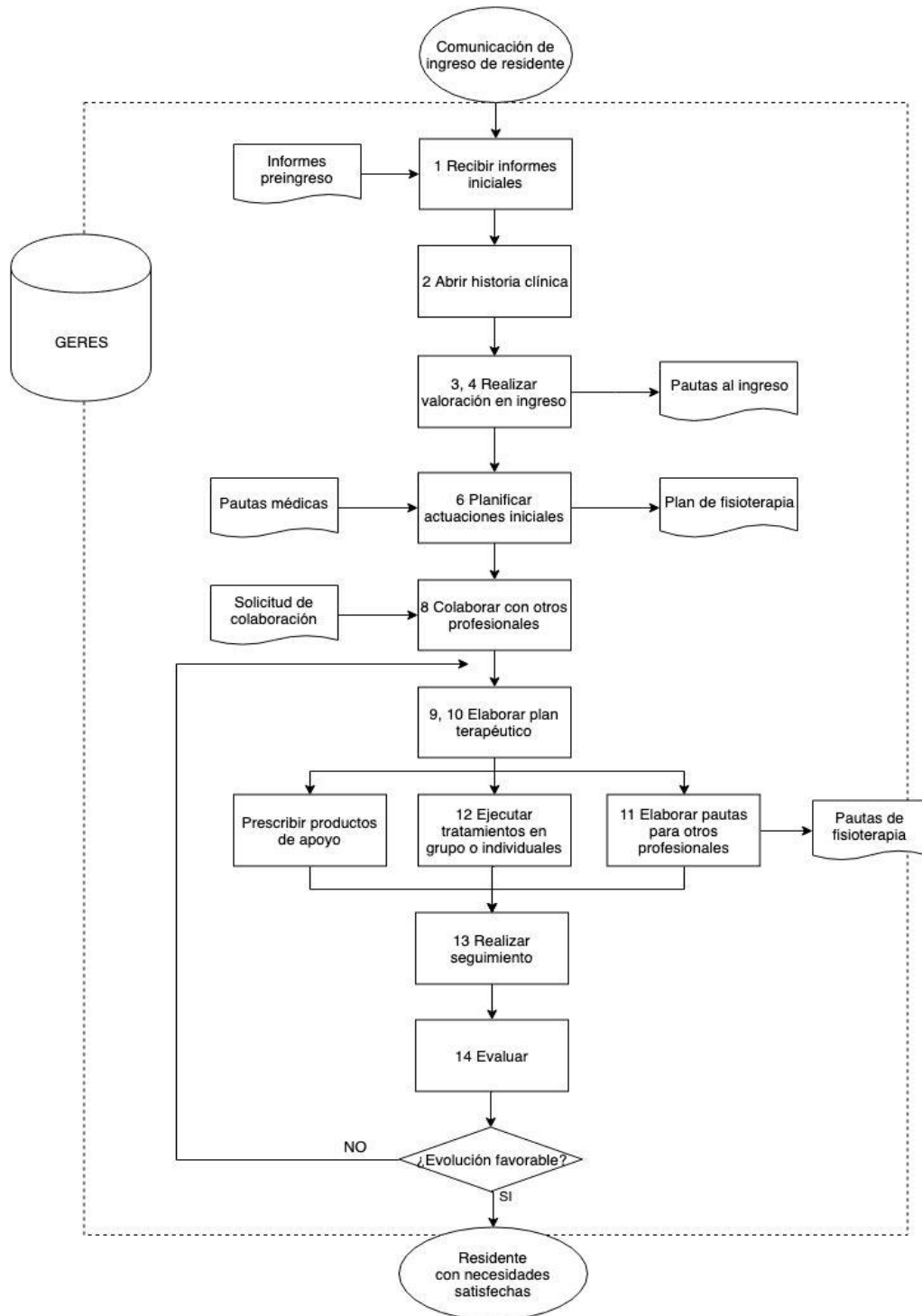


AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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>PR105.2.2</b>
	<b>FISIOTERAPIA</b>		Fecha: 06/05/2018
	<b>REHABILITACIÓN DE PROCESOS AGUDOS</b>		Versión <b>1</b>
AREA:	CENTROS	ELABORADO POR:	EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR
AMBITO DE APLICACIÓN:	CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR	VALIDADO POR:	GERENCIA IASS

<b>MISIÓN</b>
Curación y recuperación funcional del proceso agudo.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguir el alivio o mejora de la patología.</li> <li>• Prevenir complicaciones que agraven la situación del proceso agudo.</li> <li>• Instaurar medidas destinadas a mantener la autonomía del paciente.</li> <li>• Obtener la recuperación funcional.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: fisioterapeuta.</li> <li>• Otros implicados: RAAR, T.S., TO, psicóloga, médico, enfermería, coordinadora TCAE, TCAE, otros técnicos...</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de la lesión o proceso agudo por parte de médico del centro o enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario valorado y con tratamiento aplicado</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de médico/enfermería.</li> <li>• Informes de médico o especialista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos realizados.</li> <li>• Pautas a otros profesionales.</li> <li>• Informes elaborados.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<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>• Usuarios/Familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: personal de atención directa, otros técnicos del centro y familiares.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir la demanda por parte de médico del centro o enfermería.</li> <li>2. Valorar el proceso agudo del paciente.</li> <li>3. Informar de la valoración a médico del centro o enfermería con necesidad o no de tratamiento.</li> <li>4. Elaborar el plan terapéutico.</li> <li>5. Comunicarse y coordinarse con otros profesionales del centro para inclusión en horario de</li> </ol>

- fisioterapia como tratamiento temporal.  
 6. Si se requiere, realizar pautas de fisioterapia para TCAE en la unidad.  
 7. Ejecutar al plan terapéutico.  
 8. Realizar evaluación continua.  
 9. Según evolución del proceso agudo:  
     A. Si el proceso agudo remite, alta.  
     B. Modificación de tratamiento.  
     C. Derivación a médico del centro.  
 10. Registrar en historia de fisioterapia.  
 11. Actualizar el plan de cuidados.  
 12. Elaborar informes a especialistas si se requiere.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Hª de fisioterapia	
Documento/registro	Agenda de fisioterapia	
Documento/registro	Pautas de Fisioterapia	
Documento/registro	Informes de fisioterapia	
Protocolos		

#### 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 procesos agudos en fisioterapia	% de usuarios atendidos por proceso agudo	Fisioterapeuta
Nº sesiones de tratamiento	Nº sesiones totales en cada proceso agudo	Fisioterapeuta
Recuperación funcional tras procesos agudos	% de usuarios que se recuperan tras la atención de fisioterapia por un proceso agudo	Fisioterapeuta

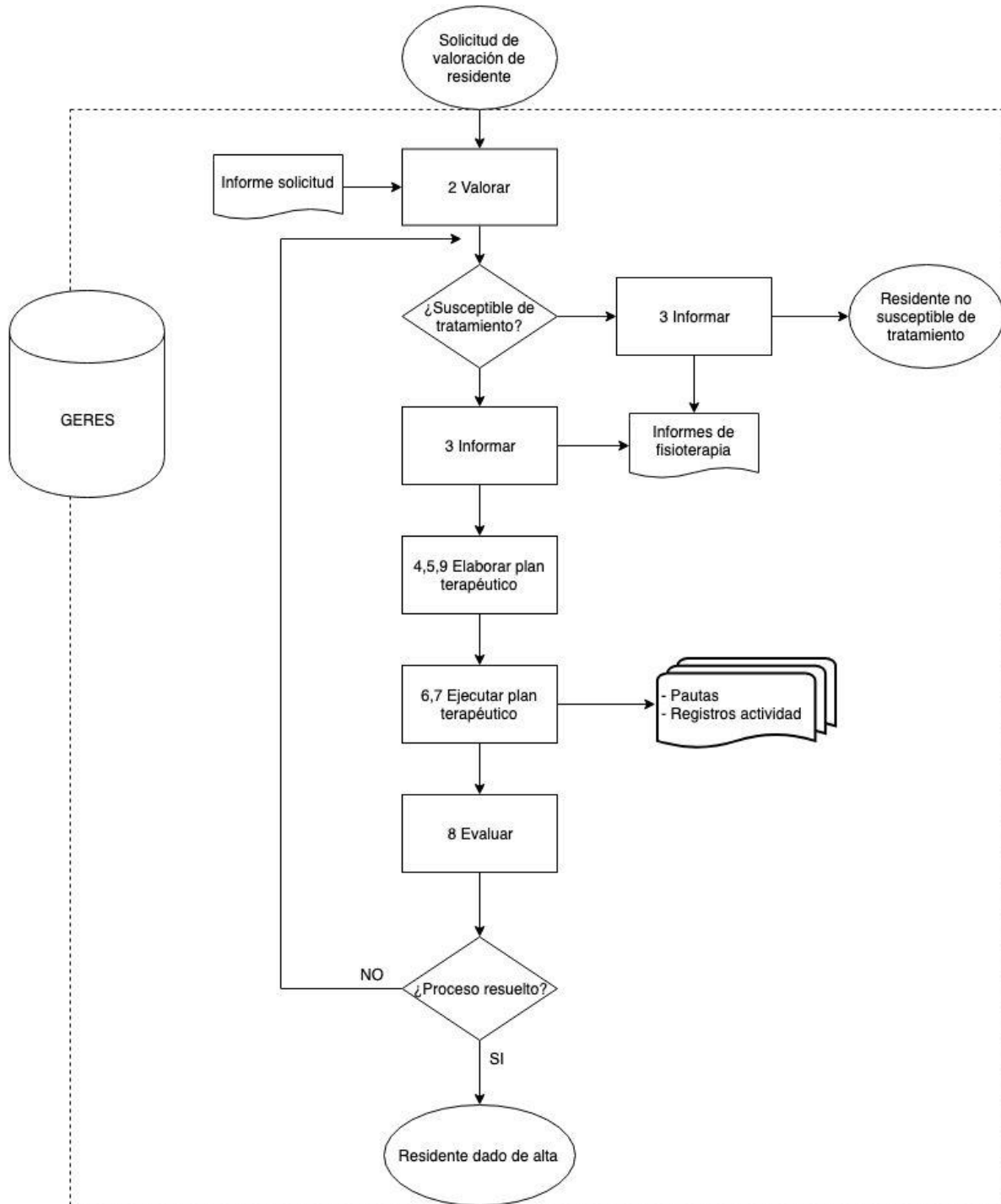
**FISIOTERAPIA  
REHABILITACIÓN DE PROCESOS AGUDOS**

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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>PR106.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES</b>		Fecha: 17/04/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración y diagnóstico del residente: nivel de funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo, conducta y otras necesidades psicológicas y de relación social que puedan observarse.</li> <li>• Establecer medidas de carácter psicológico y terapéutico.</li> <li>• Mantener informada a la familia de la adaptación del usuario al centro.</li> <li>• Planificar estrategias de intervención ante problemas de conducta, emocionales presentes en las personas con discapacidad intelectual atendidas en este recurso.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: psicóloga.</li> <li>• Otros implicados: RAAR, TS, médico, enfermería, TCAE, otros técnicos...</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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 internos o externos.</li> <li>• Normativa, instrucciones...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración psicológica del residente.</li> <li>• Planes de actuación conductual</li> <li>• Pautas a otros profesionales</li> <li>• Terapias.</li> <li>• Informes psicológicos</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia, D. Provincial (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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir informes preingreso a través de T.S o directora.</li> <li>2. Realizar análisis de informes. Solicitud de información adicional si se precisa.</li> <li>3. Abrir historia y elaborar pautas preingreso (ver proceso <i>PR102.1 Admisión y preingreso</i>).</li> <li>4. Comunicar pautas preingreso a personal de atención directa.</li> </ol>

5. Realizar valoración inicial (al ingreso, máximo un mes).
  - Entrevista con familia, el día del ingreso.
  - Cumplimentación de historia (plan de atención) en programa informático y registro de pautas iniciales al ingreso.
  - Periodo de observación de conducta o adaptación tras el ingreso.
  - Elaboración de registros de observación si se considera necesario.
  - Sesiones iniciales de valoración, seguimiento de la adaptación y favorecer la vinculación al centro.
6. Recibir o solicitar colaboración a otros profesionales ante problemas detectados.
7. Elaborar el plan terapéutico s/p.
8. Participar en la elaboración del plan de atención del residente (*ver proceso PAIV*). Estudio y coordinación para la inclusión en actividades realizadas en el centro.
9. Comunicar los planes de actuación, pautas u orientaciones a módulos u otros servicios.
10. Realizar sesiones de terapia en consulta o módulo.
11. Realizar seguimiento de la evolución: lectura de libro de incidencias de TCAE e información de los profesionales, registros de observación, observación directa...
12. Evaluar evolución.
13. Revisar el plan de actuación y sus pautas según la evaluación.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Documento de valoración ICAP	
Documento/registro	Test ABC-R2	
Documento/registro	Hª de psicología	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Documento de pautas preingreso	
Documento/registro	Documento de pautas iniciales	
Documento/registro	Registro de observación	
Documento/registro	Documento de pautas a módulo	
Documento/registro	Registro de actividad	
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 apoyos psicológicos	% de usuarios con plan de atención.	Psicóloga
Usuarios con alteraciones de conducta	% de usuarios con agitación psicomotriz o incidencias de conducta en el último mes	Psicóloga
Nº de alteraciones de conducta	Nº de alteraciones de conducta detectadas (agitación, insomnio, etc.)	Psicóloga
Bienestar emocional	Medida en encuesta de calidad a usuarios/familias	Dirección, coordinador de calidad

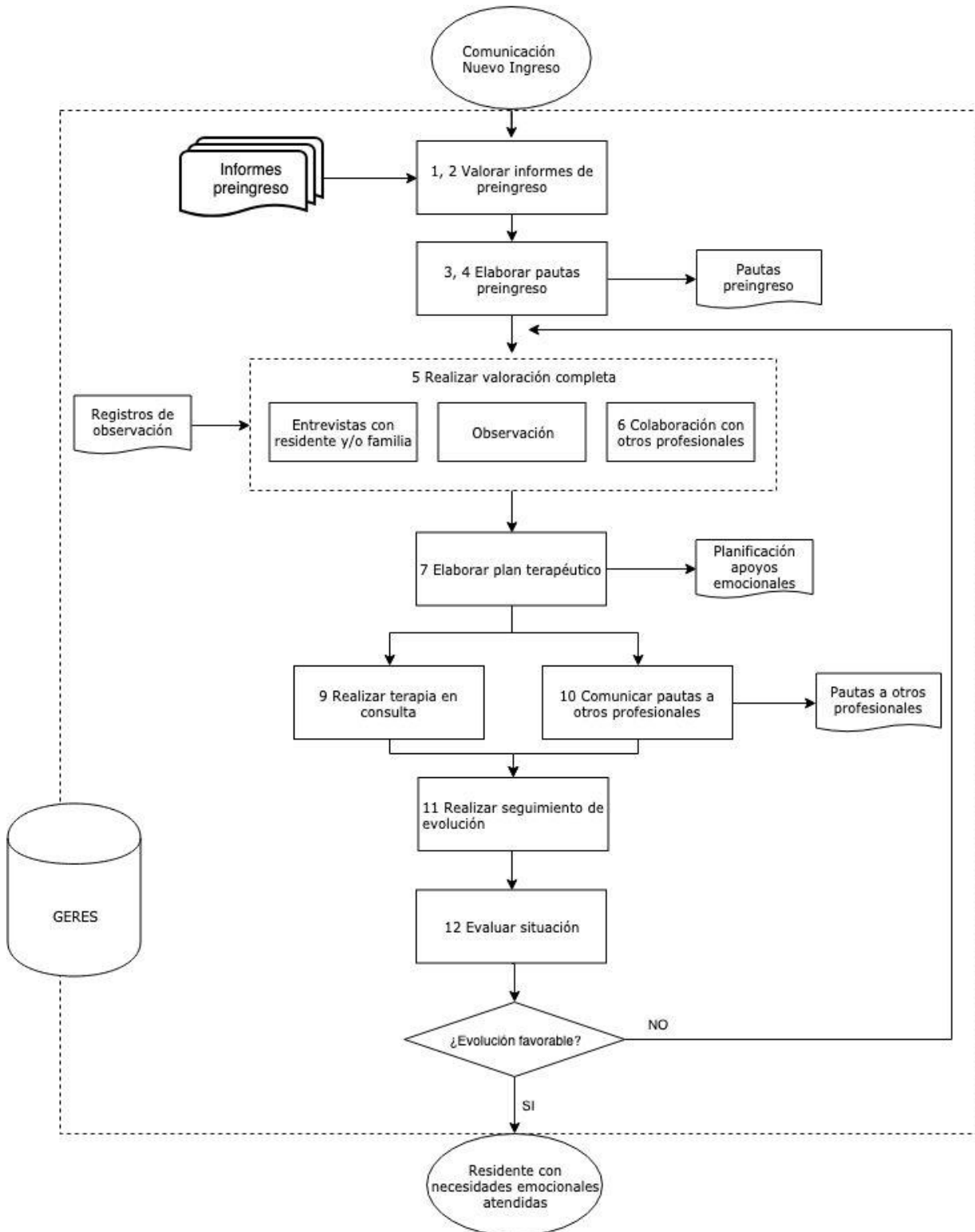


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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>PR106.2</b>
	<b>ATENCIÓN A PROBLEMAS DE CONDUCTA</b>	Fecha: 05/06/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Identificar y atender los problemas de conducta de los usuarios. 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 DI y problemas de conducta.</li> <li>• Mejorar la atención que se presta a las personas con DI y problemas de conducta.</li> <li>• Preservar la convivencia armoniosa en la planta.</li> <li>• Realizar un abordaje unificado ante las conductas problema</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: psicóloga.</li> <li>• Otros implicados: TCAE, enfermería, médico.</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>• Historia psicológica 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 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 de libro de incidencias.</li> <li>• Observación directa del incidente.</li> <li>• Parte de incidencias.</li> <li>• Comunicación de familia (verbal).</li> </ul> </li> <li>4. Valorar la problemática por parte de la psicóloga (enfermería en su ausencia).</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.
    - Derivación a psiquiatría.
    - Valoración por equipo multidisciplinar, con participación de profesionales de referencia.
  6. Elaborar plan de 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 registro de la implantación de las pautas. Elaboración de registros de seguimiento s/precisa.
  9. Evaluar la eficacia del plan.
  10. Reajustar el plan si se precisa.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Parte de incidencias	
Documento/registro	Pautas generales de actuación	
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 intervenciones físicas Protocolo de actuación ante problemas de conducta	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

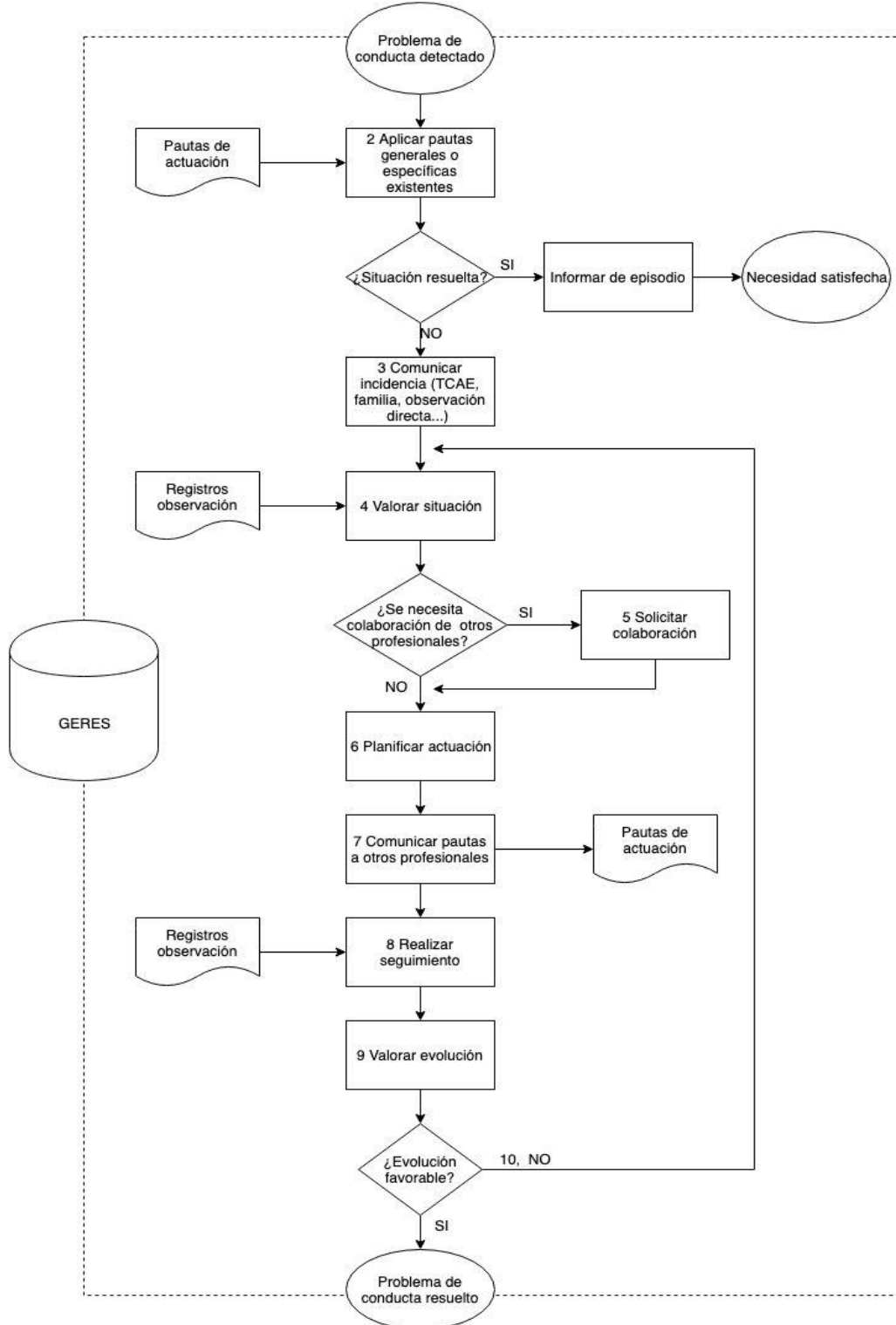
Nombre	Descripción	Responsable
Usuarios con alteraciones de conducta	% de usuarios con agitación psicomotriz o incidencias de conducta en el último mes	Psicóloga
Nº de alteraciones de conducta	Nº de alteraciones de conducta detectadas (agitación, insomnio, etc)	Psicóloga

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN DE APOYOS TERAPÉUTICOS INDIVIDUALES</b>	Fecha: 23/03/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO DE CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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

- Instaurar, restaurar, potenciar y mantener las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible, compensando los déficits cognitivos, motrices y sensoriales.
- Asesorar y adiestrar en el uso de productos de apoyo, adecuar las tareas y realizar la adaptación del entorno.
- Adiestrar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- 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.
- Facilitar y apoyar la participación en actividades de ocio y tiempo libre para cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración y de integración social.
- Promover la salud.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: terapeuta ocupacional.
- Otros implicados: RAAR, T.S., psicóloga, médico, enfermería, fisioterapeuta, coordinadora TCAE, TCAE, otros profesionales implicados en la atención del usuario.

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>• Residente valorado sin necesidad de tratamiento.</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 actividades.</li> <li>• Prescripción de productos de apoyo.</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>• 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 TS o dirección.
2. Analizar informes, abrir historia de terapia ocupacional y si procede elaboración de pautas preingreso.
3. Participar en la valoración preingreso. Elaboración de pautas preingreso si procede (a RAAR).
4. Realizar anamnesis con residente/familia, si es necesario, normalmente el día de ingreso.
5. Participación en reunión multidisciplinar tras ingreso. Puesta en común de pautas.
6. Recibir solicitud de colaboración de otros técnicos ante necesidades de apoyo o problemas detectados.
7. Realizar valoración (completa si es tras ingreso).
8. Registrar historia terapéutica: anamnesis, dx, exploraciones, test, observaciones...
9. Elaborar el plan terapéutico y prescribir productos de apoyo.
10. Participar en la elaboración del plan de atención del residente (ver proceso *PR103 PAIV*).
11. Coordinarse con otros técnicos para inclusión en agendas y comunicación a otros profesionales.
12. Comunicar e informar acerca de pautas de productos de apoyo (ver proceso correspondiente)
13. Realizar seguimiento de la evolución, cambios de pautas o tratamientos, etc.
14. Evaluar.
15. Revisar el plan según la evaluación.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Hª de terapia ocupacional.	
Documento/registro	Documento de pautas preingreso.	
Documento/registro	Documento de pautas al ingreso.	
Documento/registro	Agenda de terapia.	
Documento/registro	Horarios del servicio.	
Documento/registro	Parte de comunicaciones. Derivación interprofesional.	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	Protocolo de movilidad, traslado y transferencias.	

## 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, coordinador equipo calidad

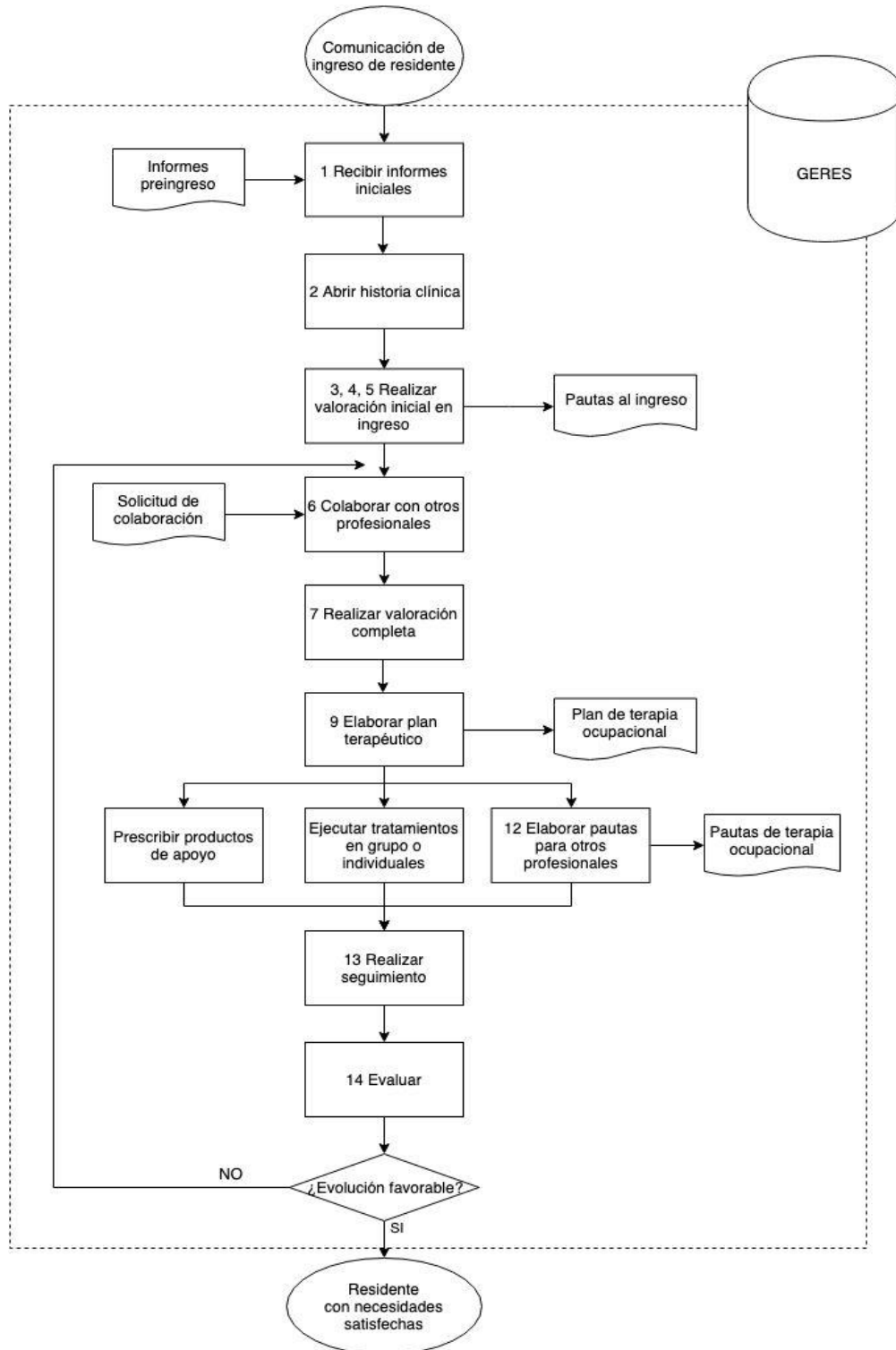


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO DE CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR107.3</b>
	<b>PROGRAMA DE AUTONOMIA EN LAS AVD BÁSICAS</b>		Fecha: 20/11/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Mantener e incrementar la autonomía e independencia personal de los 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 al 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).
- Otros implicados: TCAE, médico-enfermería y otros técnicos.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión en el de programa de autonomía en la fase de admisión e ingreso.</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 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 tras su ingreso. TO.
2. Planificar los apoyos necesarios para mantener o desarrollar las capacidades.

3. Comunicar 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. Ejecutar los apoyos.
5. Realizar seguimiento de la evolución.
6. Comunicar posibles variaciones en las capacidades para las ABVD (TCAE, otros profesionales).
7. Revisar y evaluar, siempre que sea necesario y al menos semestralmente.
8. Actualizar las 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	Plan de Atención Integral	
Documento/registro	Escala de valoración Barthel	
Documento/registro	Historia y proyecto vital del residente	
Documento/registro	Ficha de apoyos en las ABVD (en elaboración)	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

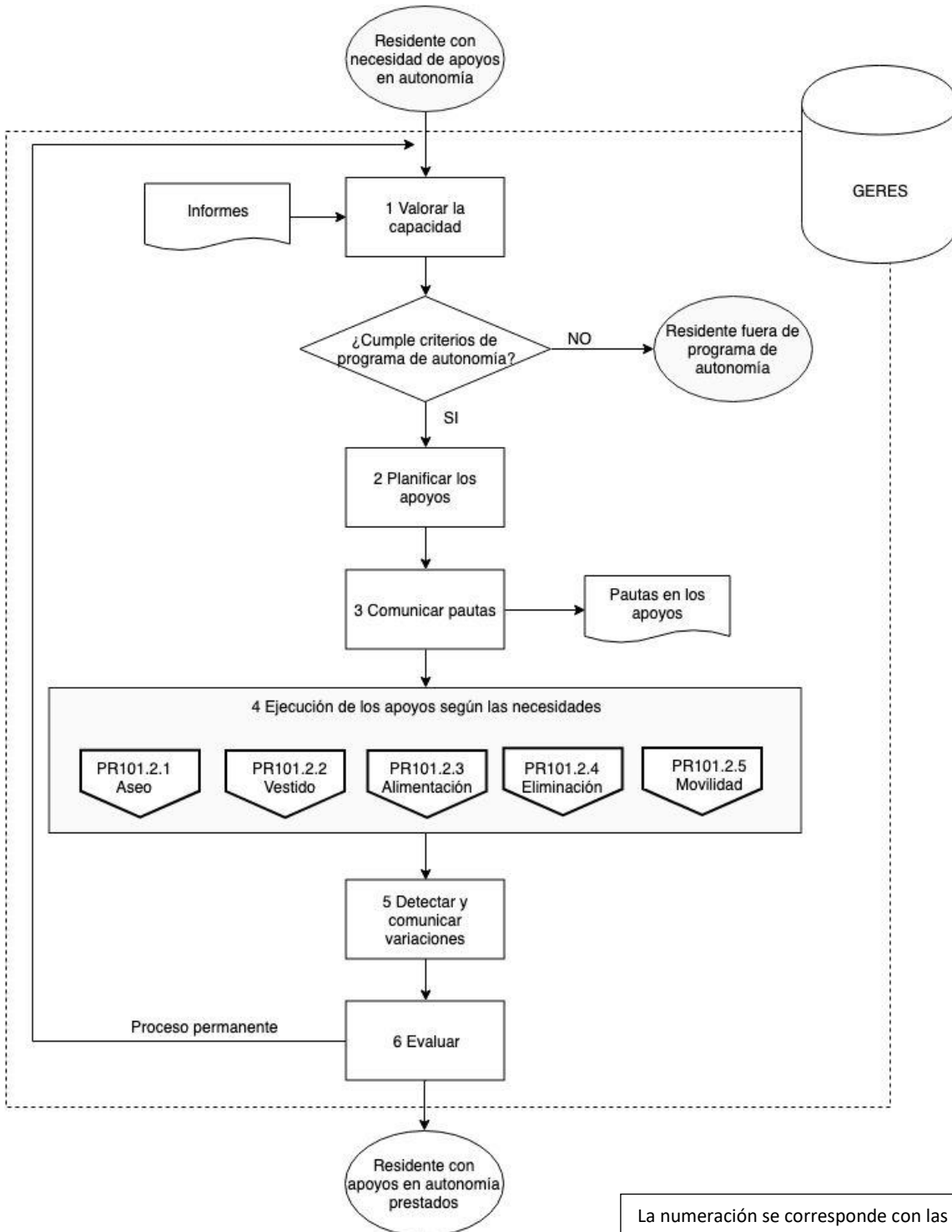
Nombre	Descripción	Responsable
% residentes en programa de autonomía	% de residentes incluidos en programa de autonomía	TO
Barthel en programa de autonomía	Barthel medio de residentes incluidos en programa	TO

AREA: **CENTROS**


ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.4</b>
	<b>PRODUCTOS DE APOYO</b>	Fecha: 08/05/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Proporcionar al usuario la mayor autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria y así mejorar su calidad de vida.

### OBJETIVOS

- Valorar las necesidades reales del usuario.
- Asesorar y adiestrar en el uso de productos de apoyo.
- Prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación.
- Prevención y recuperación funcional de las patologías neuromusculares que afectan al tono, a la postura y al movimiento.
- Favorecer la movilidad y la autonomía.
- Mejorar el posicionamiento y el control postural.
- Promover la salud y satisfacer el derecho a una vida plena.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.
- Otros implicados: RAAR, médico/enfermería, TCAE, otros profesionales...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de la necesidad de algún producto de apoyo por parte de otros profesionales.</li> <li>• Por observación directa por parte de terapia ocupacional o fisioterapia.</li> <li>• Demanda por parte del usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente utilizando producto de apoyo. Proceso permanente de revisión de la necesidad.</li> <li>• Residente valorado sin necesidad de producto de apoyo.</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.</li> <li>• Necesidades del usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento ortopédico y producto de apoyo instaurado.</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>• Otros profesionales del centro.</li> <li>• Familias y usuarios</li> <li>• Profesionales externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: residentes del centro.</li> <li>• Indirectos: personal de atención directa, otros profesionales del centro y familiares.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Detectar la necesidad del producto de apoyo por fisioterapeuta y/o TO, o recibir demanda de otros profesionales.

2. Valorar la necesidad con el residente y toma de decisión de la indicación del producto de apoyo.
3. Comunicar valoración:
  - A RAAR. Si no es necesario el producto de apoyo, fin del proceso.
  - A médico si es necesaria prescripción. El médico solicita interconsulta a facultativo especialista (H. Obispo Polanco) junto con informe del servicio de fisioterapia.
4. Consultar con técnico ortopédico (externo) y solicitud de presupuesto si procede.
5. Según el producto de apoyo:
  - Para los productos de las actividades de la vida diaria:
    - Valorar la posibilidad de la compra con la trabajadora social que lo comunica a la familia (si el producto es propiedad de un usuario concreto, ver proceso *PR108.3 Gestión de pertenencias*) o con el Administrador del centro (si es un producto para el centro).
  - Para los productos de movilidad y órtesis:
    - Recibir informe y volante de prescripción (si procede) por parte de enfermería o médico del centro.
    - Comunicar a TS, que gestiona subvenciones a familias (ver proceso *PR108.3 Gestión de pertenencias* y *PR108.2 Apoyo en las gestiones*).
6. Recibir y/o elaborar el material. Periodo de prueba y comunicación en planta a TCAE y otros profesionales.
7. Fin del periodo de prueba y establecimiento del producto de apoyo definitivo.
8. Comunicar acuerdos y pautas a otros profesionales.
9. Realizar revisiones. Proceso permanente.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informe del servicio de fisioterapia	
Documento/registro	Prescripción de producto de apoyo y de informe de médico especialista (Rehabilitador/Traumatólogo)	
Documento/registro	Documentos del producto y presupuestos servicio ortopédico externo.	
Documento/registro	Acuerdos y pautas para otros profesionales.	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	Protocolo de movilidad, traslado y transferencias.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Productos de apoyo	% de residentes con productos de apoyo	TO, fisioterapeuta
Productos de apoyo para movilidad	% de residentes con productos de apoyo para la movilidad	TO, fisioterapeuta
Satisfacción con el servicio	Medida en encuesta de calidad	Dirección, coordinador de calidad

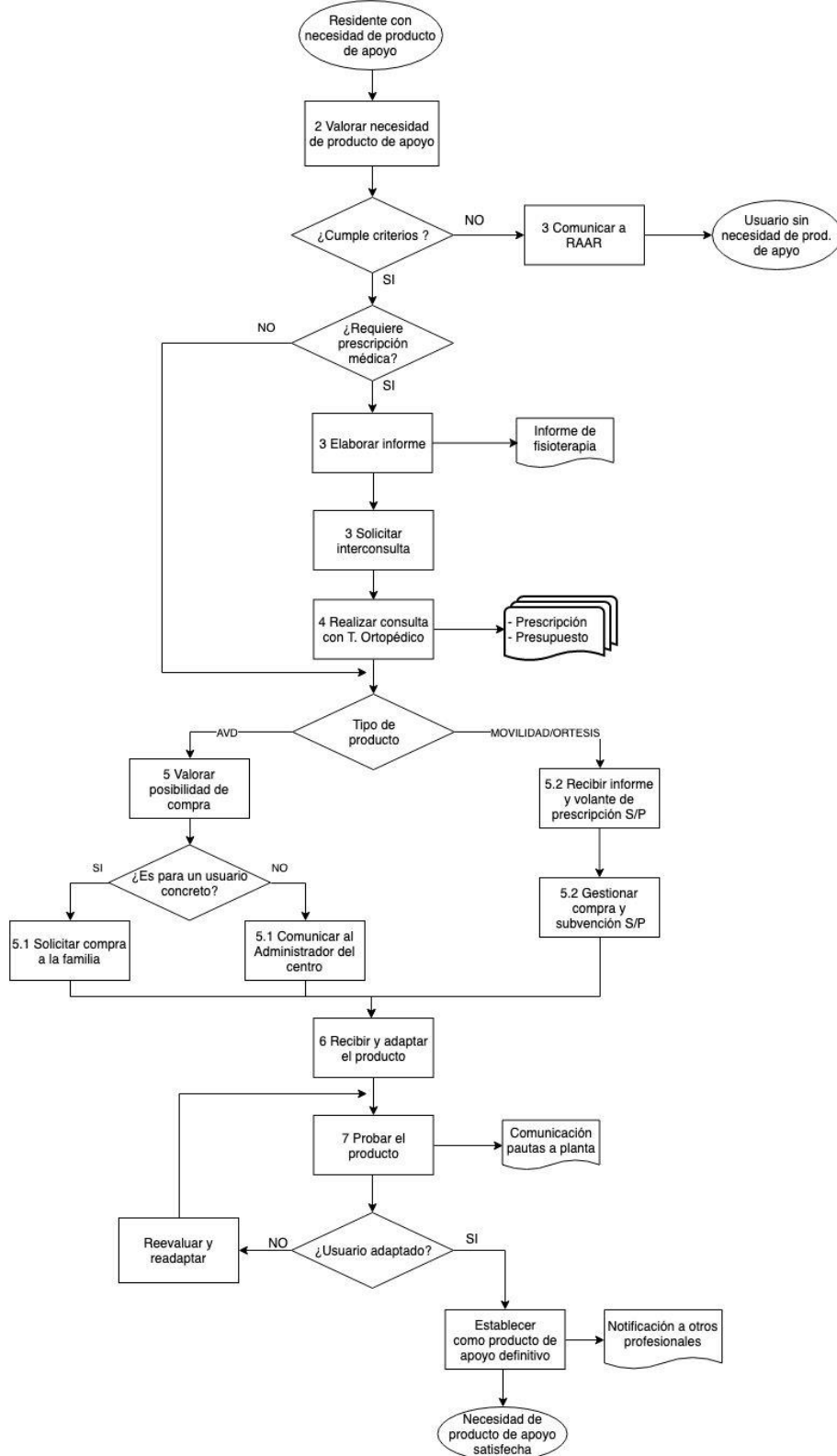


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.5</b>
	<b>ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES</b>	Fecha: 27/09/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

- Ofrecer una programación de ocio acorde a los usuarios.
- Mejorar la orientación témporo-espacial de los usuarios a través de las actividades de ocio.
- Fomentar la inclusión del mayor número posible de usuarios a través de actividades de ocio externo.
- Hacer visibles a las personas con discapacidad intelectual en la sociedad.
- Fomentar la participación de las familias en las actividades de ocio del centro.
- Favorecer la socialización entre los usuarios.
- Ofrecer momentos de esparcimiento y diversión que rompen la rutina diaria.
- Aumentar sus capacidades a través de nuevas experiencias.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: psicóloga responsable de actividades.
- Otros implicados: TASOC, TO, trabajadora social, TCAE, coordinadora, RAAR y otros técnicos.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión de ocio trimestral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de carácter continuo sometido a evaluación y revisiones periódicas.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas de usuarios y familias</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 usuarios y familias.</li> <li>• Actividades programadas realizadas y evaluadas.</li> <li>• Concertación de servicios.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales del centro.</li> <li>• Familias.</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 cuatrimestral: equipo de ocio (dirección, administrador, psicóloga coordinadora, TO, TS, TASOC, RAAR, ...).
2. Realizar programación teniendo en cuenta a toda la población atendida: equipo de ocio.
3. Comunicar programación a todos los servicios: PSA.
4. Gestionar los recursos y logística para cada actividad: TS, psicóloga coordinadora y técnico

- responsable de la actividad
5. Preparar hoja de salida en caso de actividad exterior, con listado de usuarios y recursos necesarios (humanos y materiales) de cada actividad: TASOC.
  6. Solicitar autorización y recursos económicos a familias si procede (TS, RAAR en ausencia).
  7. Comunicar listados de cada actividad a todos los servicios: PSA.
  8. Asignar personal acompañante: coordinadora TCAE/RAAR
  9. Preparar material necesario, si procede, en cada ocasión (nieve, playa, paseo etc): participación de servicios en función de las necesidades: colectivos implicados.
  10. Realizar la actividad.
  11. Hacer registros de la misma, de asistencia e incidencias: TASOC, TCAE, técnico y enfermera.
  12. Valorar la actividad por los profesionales implicados.
  13. Divulgar la actividad a familias/medios interesados si procede. Psicóloga coordinadora, TS. Ver proceso *PR001.2 Información y comunicación, PR108.1 Participación familiar*.

Realizar todas aquellas reuniones de coordinación entre profesionales que sean necesarias para poder realizar las actividades. RAAR, TASOC, psicóloga responsable.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Autorización a trabajadores de DP.	
Documento/registro	Programación trimestral	
Documento/registro	Instrucciones para excursiones	
Documento/registro	Listado de material para excursiones largas.	
Documento/registro	Hoja de salida	
Documento/registro	Evaluación de la actividad	
Documento/registro	Autorizaciones	
Programa/base de datos	GERES: - Registro de autorizaciones - Registro de gastos e ingresos	
Documento/registro	Control de gastos e ingresos	
Protocolos asociados	Instrucción de planificación de excursiones	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa de referencia. Normas e instrucciones del centro o DP.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.

#### INDICADORES

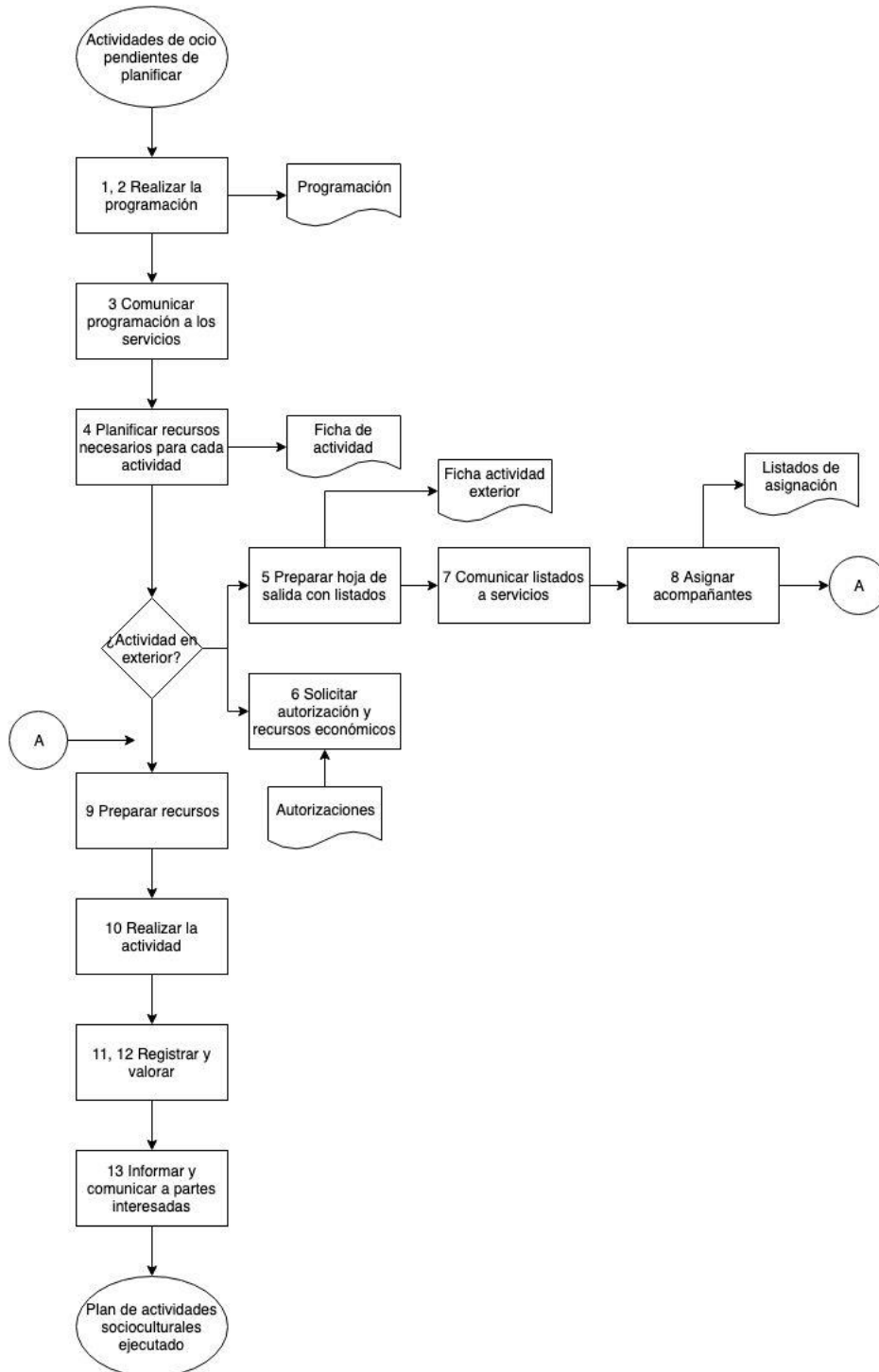
Nombre	Descripción	Responsable
Actividades socioculturales	Nº de actividades socioculturales realizadas: celebraciones, excursiones, etc	TO
Porcentaje de usuarios que se benefician del ocio mensual	% de usuarios que participan en el ocio mensual	TO
Participación en actividades	% de usuarios que participan al menos en 4 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 EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR107.6</b>
	<b>APOYOS EN ACTIVIDADES EN AULAS Y TALLERES</b>		Fecha: 27/09/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
<p>Desarrollar y mantener las habilidades intelectuales, sociales, adaptativas y de autonomía personal de los usuarios, en un contexto socioeducativo, adaptando las actividades propuestas a sus gustos, capacidades y necesidades.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar y mantener las capacidades de los usuarios mediante estimulación multisensorial.</li> <li>• Desarrollar y mantener las capacidades expresivas mediante actividades de expresión oral, musical, plástica, de dramatización, relación y comunicación.</li> <li>• Desarrollar y mantener habilidades básicas mediante actividades en contacto con la naturaleza y el cultivo de plantas.</li> <li>• Desarrollar y mantener las capacidades motrices (coordinación, orientación espacio-temporal, esquema corporal...).</li> <li>• Desarrollar y mantener las habilidades sociales que les permitan una convivencia sana y agradable.</li> <li>• Potenciar y respetar la elección de actividades y de descanso de los usuarios en función de sus gustos e intereses.</li> <li>• Proporcionar espacios y tiempo de ocio y esparcimiento adaptados a sus necesidades y preferencias.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: TO.</li> <li>• Otros implicados: psicóloga, psicomotricista, maestros de taller, TASOC, RAAR, TCAE.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de actividad al usuario según Plan de Atención Integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de objetivos</li> <li>• Reformulación de los objetivos definidos para el usuario con las actividades de apoyo en aula.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas del usuario/familia</li> <li>• Plan de Atención Integral</li> <li>• Valoración TO/psicóloga tras observación</li> <li>• Información de otros profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción del usuario</li> <li>• Residentes con objetivos socioeducativos conseguidos.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicóloga</li> <li>• TO</li> <li>• TCAE</li> <li>• Otros técnicos</li> <li>• Familia/usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios 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 y detección de necesidades, capacidades y preferencias de los usuarios (psicóloga, TO).
2. Incluir al usuario en las actividades acordes a la evaluación inicial:
  - Actividades de ocio (TASOC).
  - Psicomotricidad.
  - Taller ocupacional.
3. Planificar las actividades.
4. Ejecutar las distintas actividades según programación del aula o taller (cada técnico).
5. Registrar las actividades realizadas.
6. Evaluar la evolución de los usuarios en cada actividad (técnico correspondiente, psicóloga, TO).
7. Revisar y evaluar semestralmente las actividades y talleres (psicóloga, TO, RAAR).
8. Actualizar la planificación en función de la revisión.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento /registro	Plan de Atención Integral	
Documento/registro	Informe de habilidades	
Documento/registro	Hoja de evolución individual	
Documento/registro	Control de asistencia diario	
Documento/registro	Horarios de actividades	
Documento/registro	Programación de aula/taller	
Documento/registro	Hoja de seguimiento de aula/taller	

## 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 de actividades en aulas y talleres	% de usuarios que asisten a cada una de las actividades.	Psicóloga/TO
Alcance de actividades en aulas y talleres individual	% de usuarios con atención individualizada en cada una de las actividades.	Psicóloga/TO
Satisfacción con la actividad	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección, coordinador del equipo de calidad

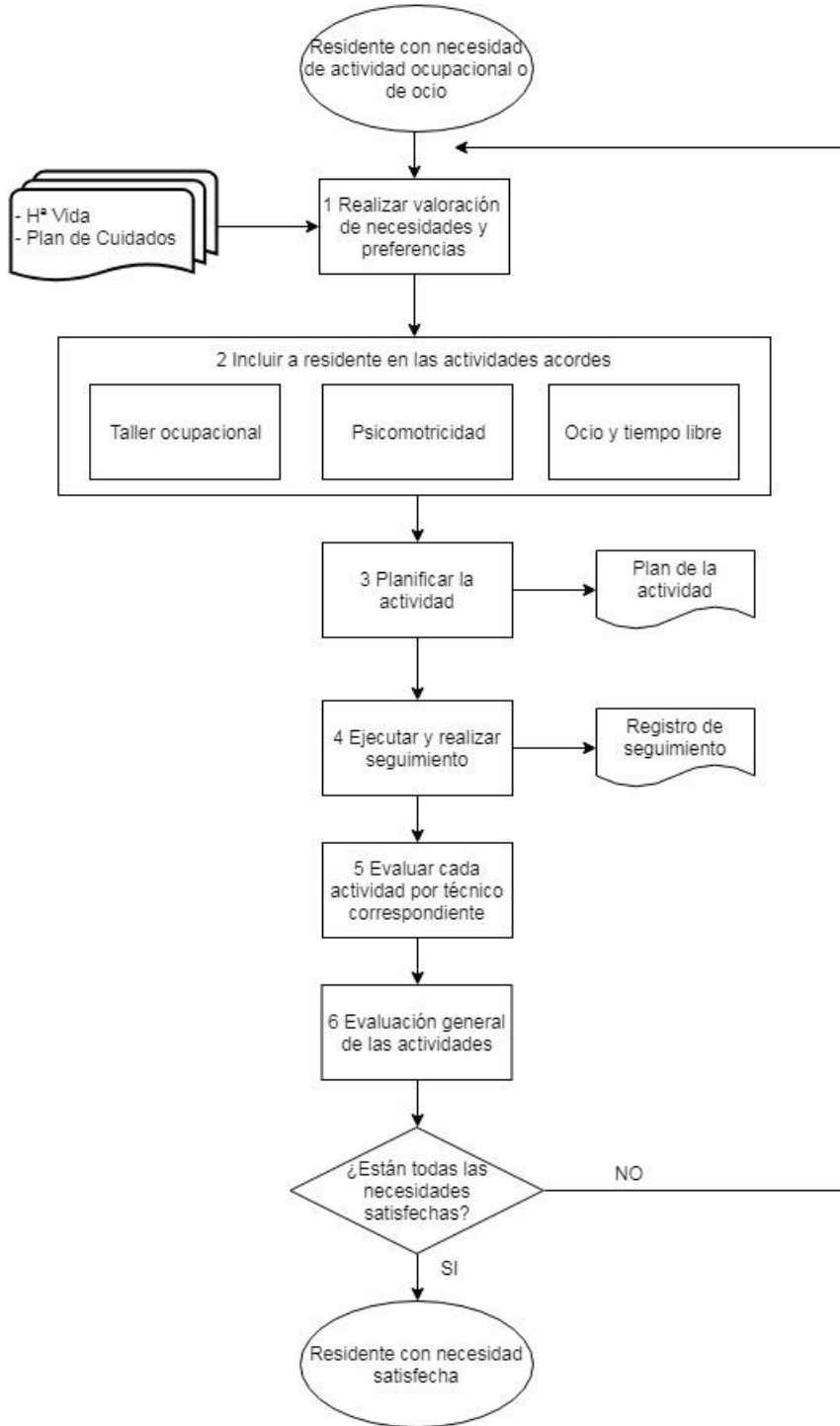


AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

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: 4/12/2018
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Conocer la situación social y personal de los familiares del usuario y establecer canales de comunicación y participación claros y fluidos con ellos, 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.
- Posibilitar la participación indirecta del usuario en su plan de atención, en el caso que no pueda hacerlo de forma directa.
- 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: trabajadora social.
- Otros profesionales implicados: PSA, psicóloga, dirección, responsables, otros profesionales implicados en la atención del usuario.

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista preingreso.</li> <li>• Comunicación de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de la estancia.</li> <li>• Necesidad resuelta.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<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. Realizar entrevistas con usuario y familiares: previa, el día de ingreso y cuando sea preciso.
2. Realizar valoración y elaboración de la historia social e Historia y Proyecto Vital del usuario.

A través de las entrevistas y con los datos que figuran en el expediente.

3. Planificar la comunicación y participación familiar:
  - Apoyos sociales y comunicación con la familia.
  - Participación de la familia en los apoyos al usuario.
  - Planificación de actividades del centro en las que pueda participar la familia.
  - Participación en la asociación «Amigos del Pinar»
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. Se mantendrán como mínimo una entrevista anual con cada familia.
  - Información y participación en el Plan de Atención Integral.
  - Apoyos sociales a familias en las necesidades relacionadas con el usuario.
  - Participación de familiares en los apoyos al usuario.
  - Pautas a otros profesionales a la hora de prestar apoyos (en función de la historia social o para facilitar la participación familiar en algunas tareas o actividades).
  - Realización de actividades de ocio en las que pueda participar la familia.
  - Colaboración con la asociación «Amigos del Pinar».
5. Realizar seguimiento.
6. Revisar y evaluar las actuaciones planificadas. Programada, al mismo tiempo que la revisión del Plan de Atención Integral, o siempre que se requiera.
7. Actualizar la historia social, Historia y Proyecto Vital y planificación consecuente.
8. 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	Plan de Atención Integral	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de actividades de ocio. Documentación de las actividades	
Protocolos	Guía de actuación de comunicación con familias	

#### 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

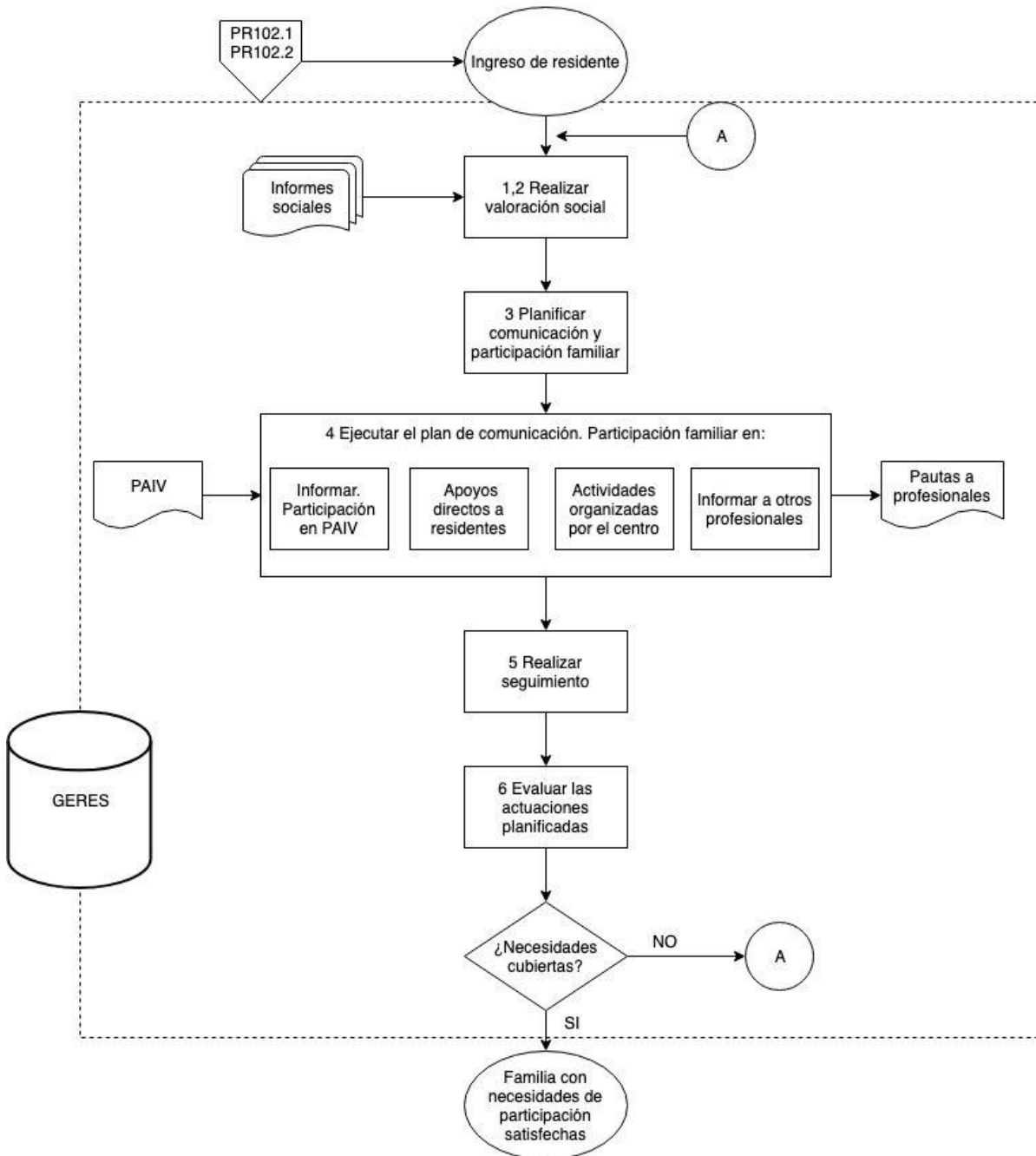
Nombre	Descripción	Responsable
Participación familiar	% de familias que participan en las actividades del centro o en apoyos a los usuarios.	Trabajador social
Contacto con familias	% de familias con las que hay contacto frecuente (igual o mayor a 1 x mes)	Trabajador social
Satisfacción con la comunicación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

AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR108.2</b>
	<b>APOYO EN LAS GESTIONES</b>		Fecha: 4/12/2018
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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 el usuario.
- Mantener la documentación del residente 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.
- Prestar los apoyos sociales necesarios al usuario o su familia.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: trabajadora social.
- Otros profesionales implicados: PSA, dirección, administración, RAAR, otros...

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista preingreso.</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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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 del usuario actualizada.</li> <li>• Coordinación con familias, Comisión de Tutelas y Juzgados.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias</li> <li>• Comisión de Tutelas, Juzgados</li> <li>• Entidades bancarias</li> <li>• Otros profesionales o instituciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: familias y usuarios</li> <li>• Indirectos: Comisión de 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 usuarios/familias: situación, necesidades...
  - Recibir informes de tutelas u otros profesionales.
  - Comprobar documentación.

- Solicitar autorización de familias para realización de gestiones.
2. Valorar:
    - Situación y necesidades administrativas o legales.
    - Capacidad de usuario/familia para realizar los diferentes trámites.
    - Necesidad de realizar gestiones económicas delegadas.
  3. Planificar apoyos en los diferentes trámites relacionados con el usuario:
    - Gestiones económicas: trámites bancarios, manejo de dinero en metálico.
    - Trámites administrativos o de documentación.
    - Trámites relacionados con incapacidad o tutelas.
    - Trámites relacionados con la situación social del usuario o su familia.
  4. Ejecutar apoyos planificados.
    - Supervisión u orientación.
    - Apoyo en trámites.
    - Gestiones delegadas.
    - Apoyo social a través de recursos propios o de la comunidad.
  5. Registro de actuaciones. Registro de entradas, salidas y balance de cuentas de dinero en metálico. Balance de cuentas para juzgados.
  6. Seguir la evolución de situación.  
Comunicar información relevante a dirección o al técnico de referencia.
  7. Actualizar la valoración y planificación. Continúa en punto 2.

REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS		
Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informe social	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Balance final de contabilidad	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de actuación de comunicación con familias</li> <li>• Guía de acompañamiento hospitalario</li> <li>• Guía de inventario</li> <li>• Protocolo de fallecimiento</li> </ul>	

NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.</li> <li>• Proyecto de gestión del centro.</li> <li>• Guías de buenas prácticas</li> </ul>

INDICADORES		
Nombre	Descripción	Responsable
Capacidad modificada judicialmente	% de usuarios con capacidad modificada judicialmente	Trabajador social
Tutelados por Gobierno de Aragón	% de usuarios tutelados por Gobierno de Aragón	Trabajador social
Satisfacción de usuarios/familias con el apoyo en las gestiones	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección, coordinador de equipo de calidad

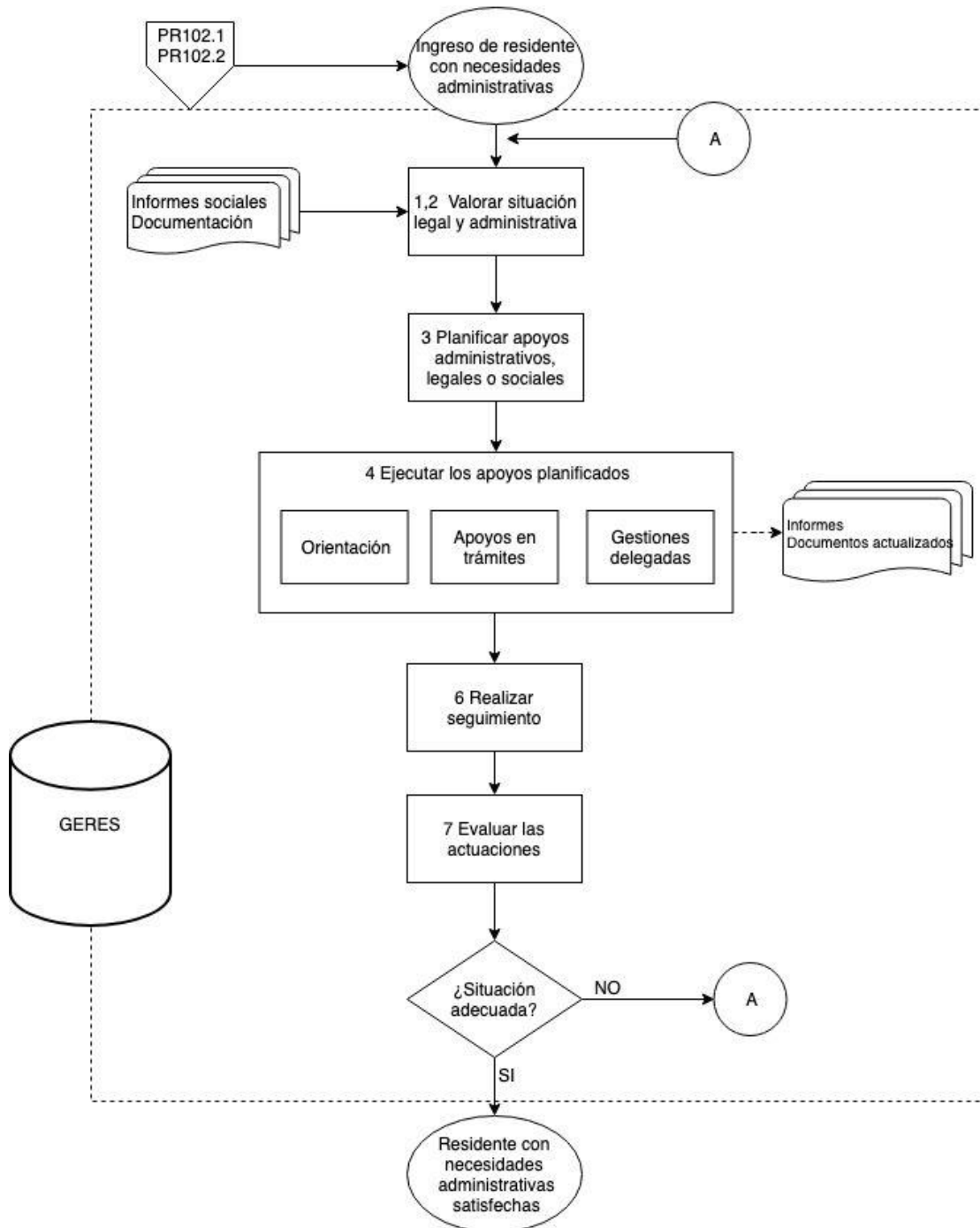


AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR108.3</b>
	<b>GESTIÓN DE LAS PERTENENCIAS DEL RESIDENTE</b>	Fecha: 23/03/2018
		Versión: <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR	
AMBITO DE APLICACIÓN: CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR	VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

### MISIÓN

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.

### OBJETIVOS

- Promover la continuidad del proyecto vital del residente en la medida de las posibilidades.
- Facilitar la entrada y cuidado de enseres personales que proporcionen un entorno próximo significativo y acogedor.
- Lograr que el residente vaya vestido adecuadamente, facilitando sus preferencias.
- Lograr que la ropa y otros elementos personales estén adaptados a necesidades especiales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: Trabajadora social.
- Otros implicados: PSA, gobernanta, PESD, RAAR, psicóloga, enfermería, coordinadora de TCAE, técnico de referencia, cuidador de referencia.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<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>
ENTRADAS	SALIDAS
<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 y vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente con entorno significativo.</li> <li>• Residente vestido adecuadamente y según sus preferencias.</li> <li>• Satisfacción y mejora de autoestima.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<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>• Gobernanta/PESD, cuidador de referencia y otros profesionales implicados en la atención del residente.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Asignar número de residente (la T.S.) y auxiliar de referencia (RAAR/coordinadora de TCAE) que controlará pertenencias y armario. Ver proceso *PR102.2 Admisión y preingreso*.
2. Comunicar a familia: orientación acerca de posibles pertenencias, comunicación/entrega de listado de enseres y ropa mínimos al ingreso... TS
3. Realizar entrevista al ingreso con registro de información social y de documento de historia de vida (preferencias). T.S., psicóloga, técnico y cuidadora de referencia.

4. Ingreso:
  - Recepción y comprobación de estado y marcado de pertenencias (TS).
  - Realización de inventario (TS).
  - Colaboración-colocación en habitación/armario (cuidadora de referencia).
  - Solicitud de autorización de desecho de ropa u otros elementos deteriorados (TS).
5. Marcar elementos que lo precisen (en el centro a través de subgobernanta, o fuera a cargo de la familia/tutor). TS/subgobernanta.
6. Adaptar elementos que lo precisen. Se podrá requerir opinión o informe técnico previo. Se realiza igualmente en el centro o fuera a cargo de familia/tutor.
7. Realizar revisión periódica de estado de pertenencias y necesidades. Revisión de armarios y pertenencias por TCAE de referencia con participación de familia (si esta lo solicita), en cambio de temporada.
8. Reponer o reparar elementos dañados o desgastados en el centro dentro de las posibilidades. Los trabajadores lo comunican a subgobernanta o mantenimiento (según el elemento dañado) y estos deben comunicarlo a la trabajadora social.
9. Solicitar reparación/reposición a familia/tutor o comunicación de necesidad a tutelados, en caso de no poder repararse en el centro. Trabajadora social.
10. Realizar compra o reparación externa. Lo hace la familia o la trabajadora social (si es posible colaboran las TCAE) previa autorización (algunas familias y tutelados).
11. Registrar pagos y facturas s/p en programa GERES.
12. Recibir elementos por parte de PSA, que traslada a TS.
13. Comprobar el estado/marcado. Lo hace la T.S. con TCAE.
14. 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	Documento de historia de vida	
Documento/registro	Listado de reparto de residentes y profesionales de referencia.	
Documento/registro	Solicitud de reposición	
Documento/registro	Plan de atención	
Documento/registro	Parte de comunicación	
Protocolos asociados	Guía/protocolo de comunicación con familias.	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

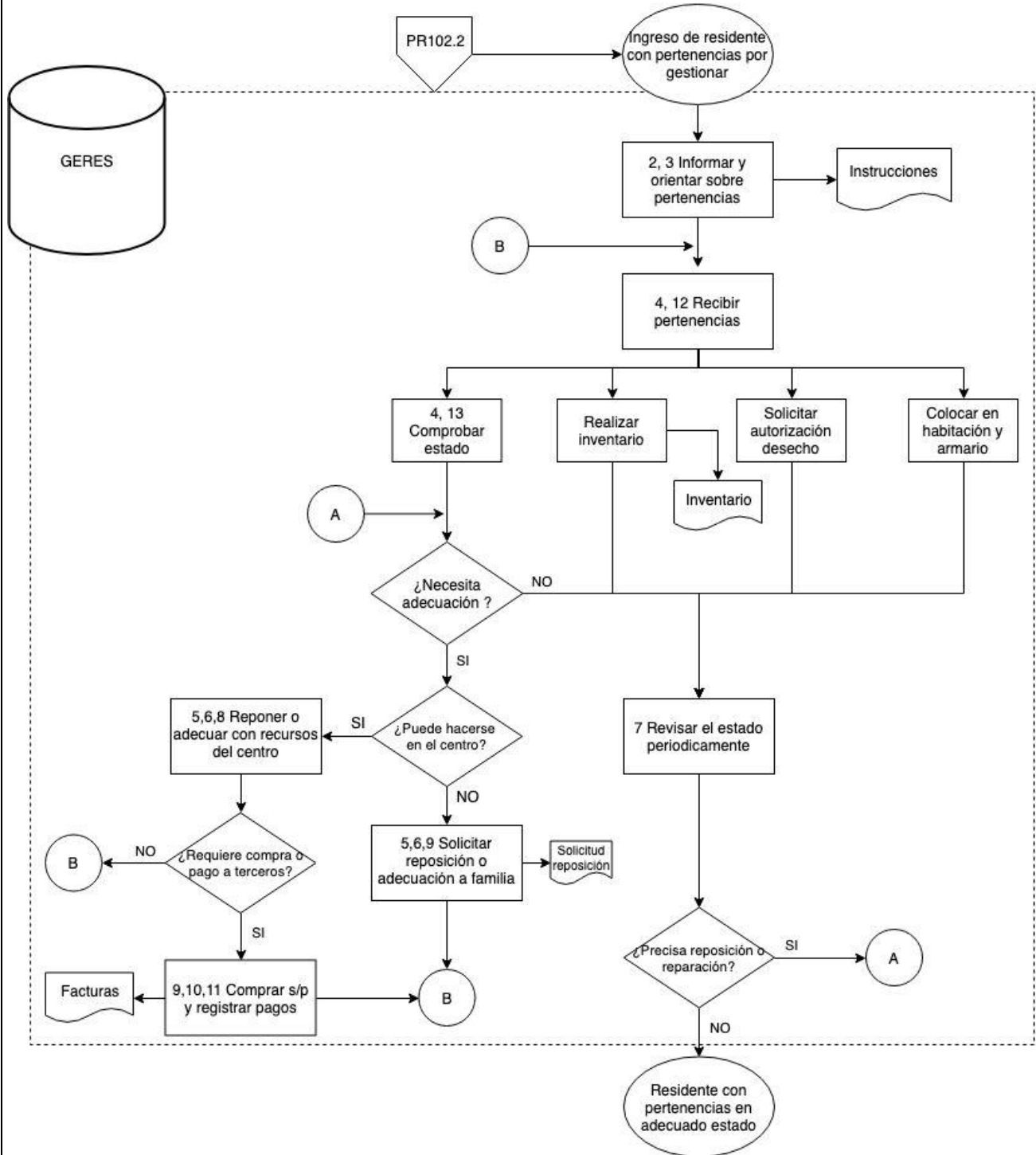
Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con pertenencias	Nº de quejas formales o incidencias registradas (extravío, rotura) en proporción al nº de residentes	Trabajador social
Actualización de inventarios	% de inventarios de pertenencias de usuarios actualizados en los últimos 6 meses	Trabajador social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

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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




### 3.3 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: 26/02/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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: administrador, dirección.
- 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.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base/programa informático	GERES	
Base/programa informático	SERPA	
Base/programa informático	ALMACÉN	
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...	
Documento/registro	Otros en función de subprocesos	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Coste de plaza residencial	Coste medio de cada plaza teniendo en cuenta gastos corrientes y de personal.	Administrador
Coste de estancia	Coste medio de las estancias efectivas teniendo en cuenta gastos corrientes y de personal.	Administrador
Los propios de cada subproceso		

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201.1</b>
	<b>PROVISIÓN DE INGRESOS</b>		Fecha: 26/02/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previsión de los recursos económicos necesarios en función de la planificación de la gestión y priorización de necesidades.</li> <li>• Aprobación de Gerencia de un presupuesto para el centro adecuado a las necesidades reales.</li> <li>• Elaboración de una propuesta de inversiones para el centro (capítulo VI).</li> <li>• Gestión del cobro de la participación de los residentes en la financiación de sus estancias.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: administrador, dirección.</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>• Análisis de necesidades del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación de presupuesto para el próximo ejercicio por parte de Gerencia.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES</b>
<p><b>Elaboración de presupuestos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de necesidades y prioridades según el plan de gestión del centro.</li> <li>2. Análisis de la ejecución presupuestaria del ejercicio anterior.</li> </ol>

3. Realización de ajustes, actualización y concreción de las necesidades de gasto corriente (capítulo II).
4. Concreción y priorización de necesidades de inversiones para el próximo ejercicio (capítulo VI).
5. Elaboración de memoria económica de necesidades (de gasto corriente y de inversiones).
6. Solicitud de crédito a Gerencia.
7. Validación de informes por parte de Gerencia.
8. Aprobación del crédito y emisión del certificado de existencia de crédito por el Departamento de Hacienda. Solo para los gastos de tramitación anticipada

### Gestión de ingresos directos

Gestión de cobro del copago de las plazas:

1. Comunicación de la cuota a pagar por cada residente del centro. Gerencia o Dirección Provincial, en la notificación de ingreso.
2. Registro en la base informática (GERES) de cuota, nº de cuenta, altas, bajas y movimientos de los residentes.
3. Cálculo de cuota mensual por residente.
4. Comunicación a entidad bancaria de cargos y números de cuenta de cada residente.
5. Informe mensual a intervención delegada.
6. Reclamación de impagos.

Gestión de otros ingresos: herencias y otros.

### 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...	
Documento/registro	Documentos contables y otros	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

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

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201.2</b>
	<b>CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA</b>		Fecha: 26/02/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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: administrador, dirección.
- 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>• 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). Recepción de certificado de existencia de crédito.
2. Elaboración de pliego de cláusulas administrativas (PCAP). \*
3. Elaboración de pliego de cláusulas técnicas (PPT).
4. Registro en el módulo RM. Envío de documento contable "R", de retención de crédito en SERPA, a

intervención delegada. Intervención contabiliza el R

5. Elaboración de 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. Constitución de mesa de contratación.
8. Recepción de ofertas, baremación y propuesta de contratación.
9. Requerimiento a empresa de documentación necesaria.
10. Propuesta de contratación a intervención con documento contable "D", de disposición de crédito.
11. Adjudicación de contrato. Formalización de contrato (fiscalización por intervención).
12. Información a profesionales del centro implicados (responsables, mantenimiento, almacén...)
13. Ejecución de contrato:
  - Realización de servicio o provisión de mercancías. Ver procesos de almacén.
  - Recepción, registro y cotejo de facturas con albaranes y contratos.
  - Gestión de incidencias.
  - Registro en SERPA.
  - Tramitación del pago a través de entidad bancaria.
14. Justificación de gastos.
  - Elaboración de documento contable "O", de reconocimiento de obligación.
  - Envío a intervención junto a facturas.
  - Fiscalización del gasto.
  - Gestión de disconformidades.
15. Abono de importe por tesorería.

\* No se realiza en caso de contrato menor.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base/programa informático	SERPA	
Base/programa informático	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.

#### INDICADORES

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

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201.3</b>
	<b>ANTICIPOS DE CAJA FIJA</b>		Fecha: 26/02/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Gestionar los anticipos de caja (pagos en metálico para gastos de pequeña cuantía y pago de facturas de importe inferior a 3.750,00€ desde la cuenta del centro habilitada al efecto).

### OBJETIVOS

- Disponer de un instrumento que permita dar solución a determinadas necesidades del centro que precisen repuesta inmediata.
- Agilizar el proceso administrativo de pago de facturas.
- Facilitar el trabajo de los profesionales, consiguiendo disponibilidad financiera inmediata para la adquisición de productos de bajo coste.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: administrador, dirección.
- 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>• Necesidad de pago inmediato de gastos de pequeña cuantía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación de la cuenta por la secretaría general y reposición de fondos.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<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>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<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>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

#### **Anticipos de caja fija.** Pago en metálico

1. Retirar efectivo de banco con talón (máximo en caja: 375,00 €).
2. Realizar solicitud de efectivo por trabajador del centro.

3. Valorar la necesidad e idoneidad de método de pago (administrador, dirección).
4. Entregar efectivo y firmar recibo.
5. Realizar compra.
6. Entregar factura correspondiente al abono realizado y devolución de metálico sobrante.
7. Registrar los movimientos en la contabilidad correspondiente.
8. Elaborar relación de facturas, registro en SERPA y elaboración de "ADO".
9. Enviar documentación a intervención delegada.
10. Realizar fiscalización (Intervención).
11. Aprobar la cuenta. Secretaría General, en función del informe de Intervención.
12. Reponer el importe en cuenta.

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

1. Solicitar el 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.
6. Elaborar relación de facturas, registrar en SERPA y ordenar transferencias al banco.
7. Justificar los pagos a intervención delegada. Realizar informe de relación de facturas y documento contable "ADO".
8. Fiscalización por Intervención.
9. Aprobación de cuentas por Secretaría General.

#### 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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR202</b>
	<b>GESTIÓN DE CONTEXTOS FÍSICOS</b>		Fecha: 26/02/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### 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 los espacios exteriores e interiores.
- 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: RAAR, responsable de servicios generales.
- Otros profesionales implicados: equipo de dirección, psicóloga, profesionales de referencia, gobernanta, personal de mantenimiento, resto de trabajadores del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la adecuación de espacios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los resultados de las actuaciones planificadas.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y preferencias de usuarios, familias y trabajadores.</li> <li>• Plan de gestión del centro.</li> <li>• Informes de necesidades de mantenimiento.</li> <li>• Informes de prevención de riesgos laborales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y preferencias satisfechas.</li> <li>• Obras de mantenimiento o mejora.</li> <li>• Actualización de equipamientos.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Personal de mantenimiento</li> <li>• Otros trabajadores del centro.</li> <li>• Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Supervisar y evaluar la adecuación de espacios, instalaciones y equipamientos a las necesidades de usuarios y trabajadores.

2. Identificar y recibir la propuesta de necesidades de reparación o de mejora de los mismos, tanto a nivel arquitectónico como ambiental.
  - 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 lo planificado:
  - 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 a servidor
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.

#### INDICADORES

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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.1</b>
	<b>LIMPIEZA DEL CENTRO</b>	Fecha: 25/06/2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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: subgobernanta.
- Otros implicados: PESD, RAAR y resto de profesionales del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de limpieza de una estancia o elemento del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancia o elemento 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 o elementos con déficit de higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancias o elementos limpios y en adecuado estado.</li> <li>• Satisfacción de usuarios y trabajadores.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Usuarios/familias.</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 genérica de actuaciones**

1. Planificación de tareas a realizar y periodicidad de las mismas.
2. Asignación y reparto de tareas diarias por planilla.
3. Ejecución y registro de tareas.
4. Actuación ante imprevistos o necesidades del servicio.

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

##### **Tareas ordinarias mañanas**

1. Limpieza hall y escaleras.
2. Limpieza de zonas comunes, salas y controles de auxiliares (PESD, mientras TCAE trabajan en las habitaciones).
3. Apertura de ventanas tras levantar/vestir a residentes (TCAE).

4. Limpieza y arreglo de habitación (cuando acaba el trabajo de TCAE).
  - Recogida de basuras.
  - Limpieza de mobiliario y elementos de habitaciones.
5. Limpieza de suelos.
6. Cerrar ventanas (PESD).
7. Limpieza baños (cuando acaba el trabajo de TCAE).
8. Limpieza office y comedor.
9. Traslado de basuras.

#### **Tareas ordinarias tardes**

1. Limpieza de baños. Limpieza de papeleras de todas las oficinas.
2. Fregado zona de enfermería y de actividades.

#### **Limpieza de planta baja y sótano**

1. Taller ocupacional
2. Salas de visita
3. Baños
4. Recepción
5. Conserjería
6. Limpieza de cafetería
7. Hall y escalera principal
8. Pasillos
9. Despacho Servicios Generales
10. Cuarto descanso limpiadoras
11. Baño residentes
12. Pasillo sótano
13. Vestuarios
14. Almacén víveres
15. Baño de residentes.

#### **Limpieza de lavadero**

1. Soplado secadoras y techos.
2. Repaso suelo.

Tareas extraordinarias, en función de planillas, según documento anexo.

### **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Agenda de limpieza del centro	
Documento/registro	Planillas de turnos	
Protocolos	Programación de zonas y tareas de limpieza	

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

- Proyecto de gestión.
- Normativa y guías vigentes.

### **INDICADORES**

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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR203.2</b>
	<b>LAVANDERÍA</b>		Fecha: 07/03/18
		Versión: <b>1</b>	
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Garantizar un adecuado estado de conservación y limpieza de la ropa de usuarios, trabajadores y lencería del centro, que ayude a conseguir la mayor seguridad, dignidad, autoestima y realización.

### OBJETIVOS

- Mantener un adecuado estado de limpieza de los diferentes elementos textiles.
- Contribuir a minimizar las incidencias por extravío.
- Colaborar en la conservación.
- Dar respuesta eficiente a las posibles necesidades de las partes interesadas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: subgobernanta.
- Otros implicados: RAAR, PESD, TCAE y otros profesionales del centro.

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

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Ropa de usuarios**

1. Recoger lencería y ropa sucia de los residentes en planta (TCAE).
  - Se retiran elementos no lavables.
  - Se almacena en sacos sin clasificar.
  - Se recoge material de contenciones aparte, en saco de rejilla.
2. Enviar la ropa a lavandería:
  - Las contenciones las llevan TCAE en mano.
  - Resto de ropa, en sacos a través de tobera (TCAE).
3. Recibir la ropa:
  - Recepción de contenciones en lavandería por PESD. Registro de entradas y salidas.

- Recogida de tobera y transporte a lavandería del resto de ropa (PESD).
4. Comprobar el estado y clasificado de ropa en lavandería (PESD):
    - Ropa de color de usuarios.
    - Ropa blanca de usuarios.
    - Lencería por tipos.
  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 del marcaje de la ropa.
  10. En caso de que esté deteriorada o mal marcada, se comunica a gobernanta y esta:
    - Decide si puede ser reparada en el centro por PESD.
    - Si no se puede reparar, la desecha y lo comunica a la T.S., que lo transmite a familia/tutor s/p y a planta/TCAE de referencia (*PR108.3 Gestión de pertenencias*).
  11. Doblar la ropa.
  12. Colocar ropa en carros por zonas (identificación por colores y números).
  13. Recoger carro por TCAE de cada planta en el lavadero.
  14. En planta, las TCAE ordenan la ropa y colocan en armario.
  15. PESD recoge el carro del hall de cada planta.

### Ropa de trabajadores

1. Recoger ropa en cubos:
  - En los vestuarios, clasificada por profesiones.
  - En cubos situados en lavandería para personal de cocina.
2. Trasladar a lavandería (cada colectivo) y recogida de ropa para lavar (PESD).
3. Realizar ciclo de lavado, como el anterior.
4. Reparar elementos sencillos deteriorados (criterio de gobernanta).
5. Colocar en perchas por categorías y número.
6. Recoger ropa limpia en lavandería, por cada trabajador.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listado con números de residentes	
Documento/registro	Listado con números de trabajadores	
Documento/registro	Listado de ropa/pertenencias de residentes	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- Proyecto de gestión del centro.

### INDICADORES

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

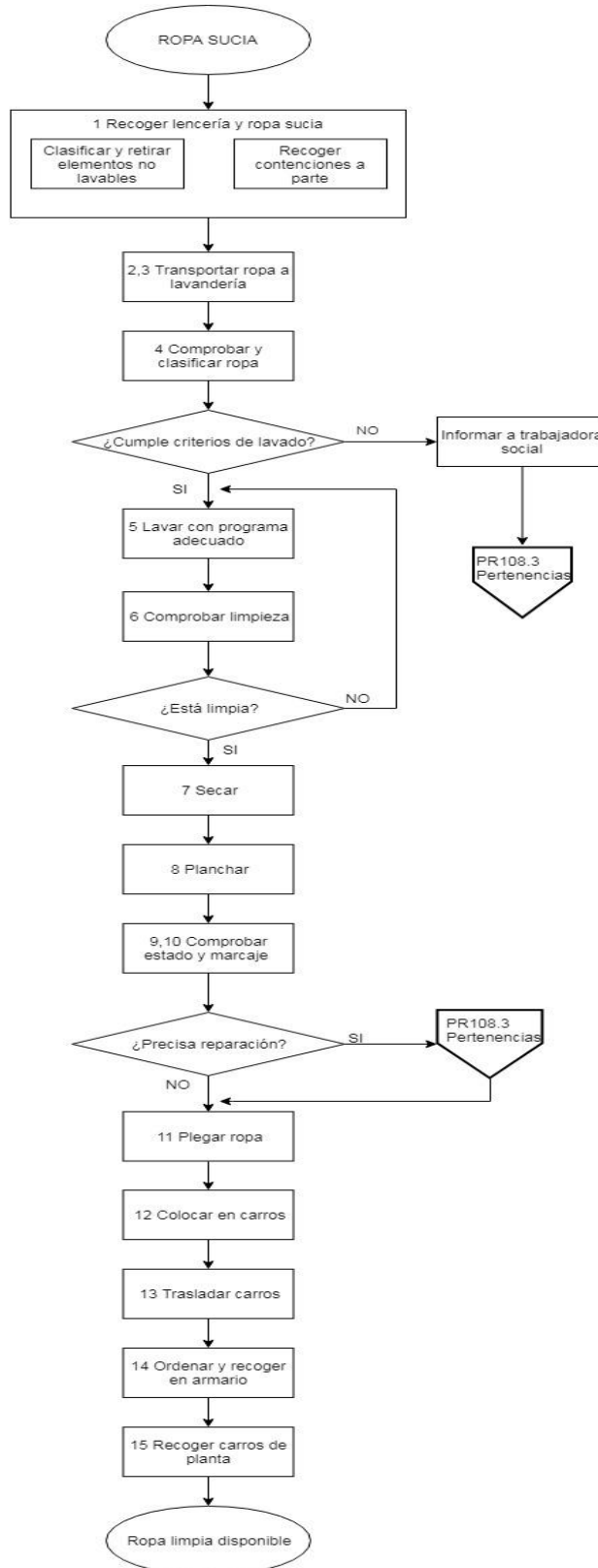
**LAVANDERÍA**

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**


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: 26/10/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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 los usuarios 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, PESD y TCAE para el ajuste de los tiempos y temperatura de los alimentos en el momento de comer.
- Proporcionar a cada usuario 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: subgobernanta, TCAE.
- Otros implicados: PESD, personal de cocina, terapeuta ocupacional (TO), médico, enfermería.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <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 usuarios comer saludablemente y según sus expectativas.</li> <li>• Recomendaciones nutricionales, alimentarias y de cocinado generales.</li> <li>• Recomendaciones plan Individual de cada usuario.</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 usuario/profesional necesite.</li> <li>• Alimentos servidos en las condiciones establecidas para cada usuario.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios/familias.</li> <li>• Médico, TO, enfermería.</li> <li>• Otros profesionales internos o externos.</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 previa de necesidades:**

- Planificar espacios y ubicaciones de usuarios (psicóloga, TCAE).

- Señalizar ubicaciones y necesidades de los usuarios en comedor.
- Estudiar y comunicar necesidades y pautas de los usuarios relacionadas con la actividad de comer (RAAR antes de ingreso, enfermería el día de ingreso, enfermería, psicóloga o TO en caso de nuevas pautas a lo largo de la estancia).
- Registrar las pautas o preferencias de cada residente en listados, identificación en mesa, etc...
- Preparar espacios y mesas (PESD).

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

1. Montar mesas con vajilla, productos de apoyo y cubiertos (PESD).
2. Montar bandejas en cocina por personal de cocina y PESD.
3. Colocar las bandejas en carros (PESD) por zonas-plantas.
4. Transportar carro al comedor correspondiente (PESD).
5. Ubicar a los usuarios en las mesas (TCAE).
6. Repartir bandejas (TCAE).
7. Atender las necesidades de usuarios o profesionales durante la comida (TCAE/PESD)
8. Recolocar las bandejas en los carros (TCAE).
9. Realizar limpieza de mesas e instalaciones (PESD).
10. Transportar los carros a office (PESD).
11. Limpiar y recoger las bandejas y cubiertos (PESD).

<b>DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS</b>		
Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listado de dietas y necesidades de residentes	
Documento/registro	Tarjetas con las necesidades de cada residente	
Documento/registro	Mapa del comedor	
Documento/registro	Horario de comedor	
Documento/registro	Menú semanal	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	

<b>NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de gestión.</li> <li>• Normativa y guías vigentes.</li> <li>• Proyecto de gestión del centro.</li> </ul>

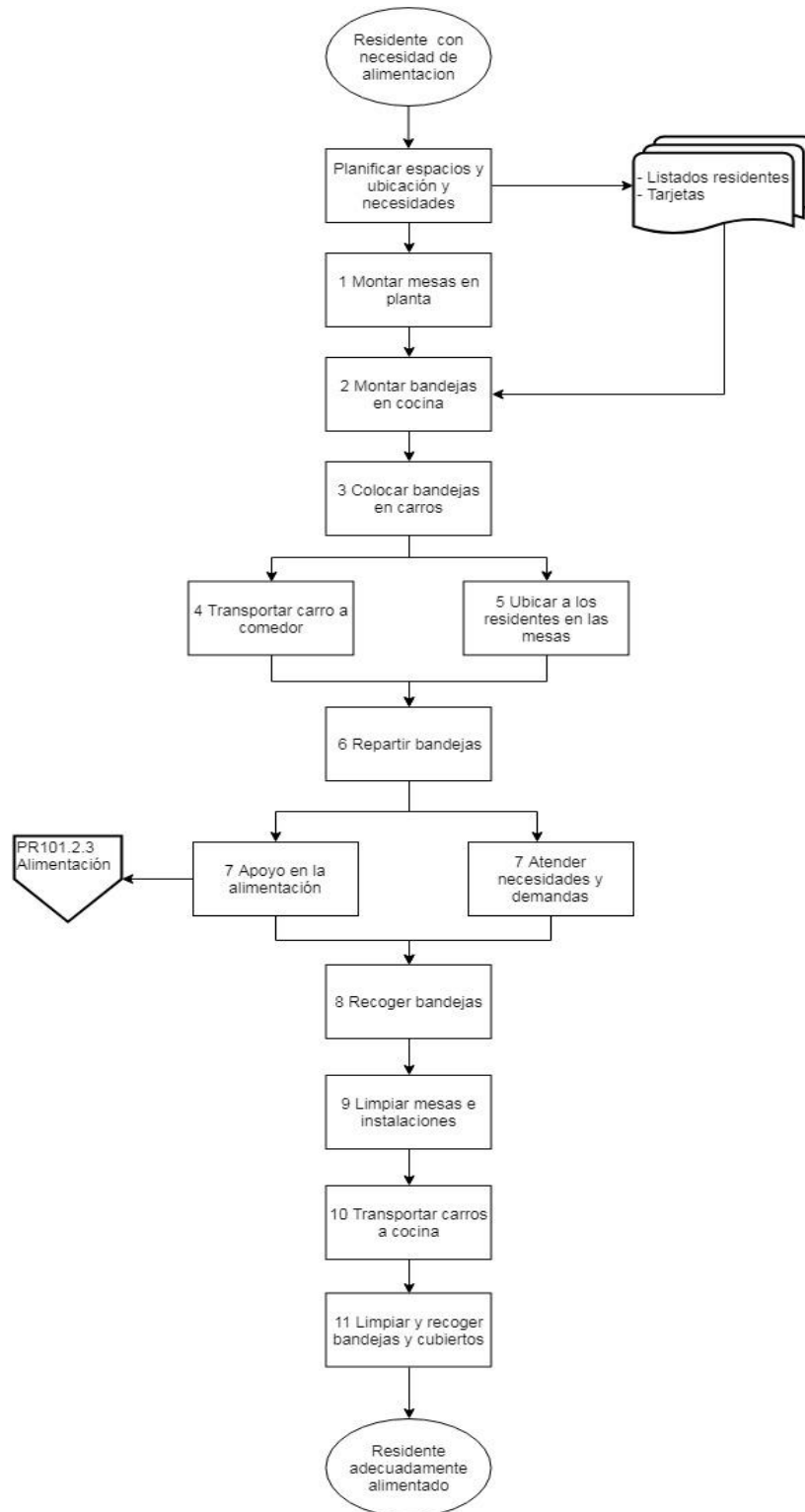
<b>INDICADORES</b>		
Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con comedor	Nº quejas o incidencias con el servicio detectadas o comunicadas	Subgobernanta, RAAR
Satisfacción con el servicio de comedor	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección, coordinador equipo calidad

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR203.4.1</b>
	<b>DISEÑO DE MENÚ</b>		Fecha: 26/10/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>		ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>		VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

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

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de un menú general con variaciones cuantitativas o cualitativas que cubran las necesidades de salud de los residentes.</li> <li>• Satisfacer las necesidades nutricionales o particularidades de cada uno de los residentes.</li> <li>• Facilitar variedad en cada comida, así como en las rotaciones de los diferentes menús, de forma que la alimentación sea fuente de estímulos placenteros.</li> <li>• Contemplar las preferencias o expectativas de los usuarios, para adaptar en la medida de las posibilidades el menú a las mismas.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: RAAR.</li> <li>• Otros implicados: cocina, médico, enfermería, administrador, responsable de almacén, otros...</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de las necesidades nutricionales generales de los usuarios del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menú semanal elaborado y aprobado por médico y dirección.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencias y expectativas de los usuarios.</li> <li>• Necesidades de salud de los usuarios.</li> <li>• Recomendaciones plan Individual de cada usuario.</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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios/familias.</li> <li>• Médico, enfermería.</li> <li>• Profesionales de referencia.</li> <li>• Otros profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: familias, otros profesionales del centro.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio de las necesidades y gustos de los residentes. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios nutricionales y de necesidades.</li> <li>- Pautas de alimentación saludable (médico-enfermería).</li> </ul> </li> </ol>

- Estudio e incorporación de las preferencias de los usuarios. A través de profesionales de referencia, trabajos en grupos o encuestas...
- 2. Reuniones periódicas (mínimo anuales) para planificar y establecer criterios comunes o posibles cambios: RAAR, cocina, médico, enfermería.  
Se concretan de los menús semanales:
  - Menús normales.
  - Modificaciones cualitativas y cuantitativas.
  - Pautas específicas de preparación si procede.
- 3. Autorización posterior por la dirección.
- 4. Modificaciones del menú específicas en función de necesidades del usuario (médico-enfermería).

### 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 semanal y sus modificaciones	
Documento/registro	Partes de comunicaciones	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR203.4.2</b>
	<b>ELABORACIÓN DE MENÚ</b>		Fecha: 21/11/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Transformación de las materias primas en los menús diarios planificados consiguiendo un alto valor nutricional, disfrute y satisfacción de las expectativas de los usuarios.

### OBJETIVOS

- Contemplar las preferencias de los usuarios en la elaboración y presentación de la comida.
- Adaptar el menú planificado a las preferencias o necesidades puntuales de cada residente.
- Proporcionar la comida planificada en tiempo y condiciones apropiadas.
- Asegurar al aporte de nutrientes adecuados en cada dieta.
- Ajustar las cantidades de los diferentes tipos de menú y sus variaciones.
- Actualización del número y tipo de dietas en función de las necesidades de cada día.
- Asegurar la higiene y seguridad alimentaria.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: cocinero, RAAR.
- Otros implicados: cocina, médico, enfermería, TCAE, PESD, otros...

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

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

5. Recibir en cocina el menú semanal autorizado.
6. Realizar provisión de recursos.
  - Provisión de necesidades de materia prima: cocina y almacén.
  - Realización de pedidos a proveedores. Almacén, cocinero en su ausencia.

- Conservación en cámaras o almacenes (ver proceso *PR203.5 Gestión de almacenes*).
- 7. Concretar el menú del día. Recuento de nº de dietas de cada tipo, recepción de pautas nuevas...
- 8. Preparar la materia prima y herramientas del día.
- 9. Cocinar los alimentos.
- 10. Emplatar.
- 11. Controlar el producto final: presentación, temperatura...
- 12. Tomar muestras alimentarias para control.
- 13. Limpiar herramientas y superficies.
- 14. Controlar y registrar puntos críticos de control (APPCC): 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 semanal y sus modificaciones	
Documento/registro	Listado de dietas, preferencias y necesidades de residentes	
Documento/registro	Hoja de pedido a almacén/proveedores	
Documento/registro	Instrucciones existentes para la elaboración	
Documento/registro	Hoja de control de limpieza, desinfección y mantenimiento	
Documento/registro	Hoja de control de proceso de cocina	
Base informática	GERES	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

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



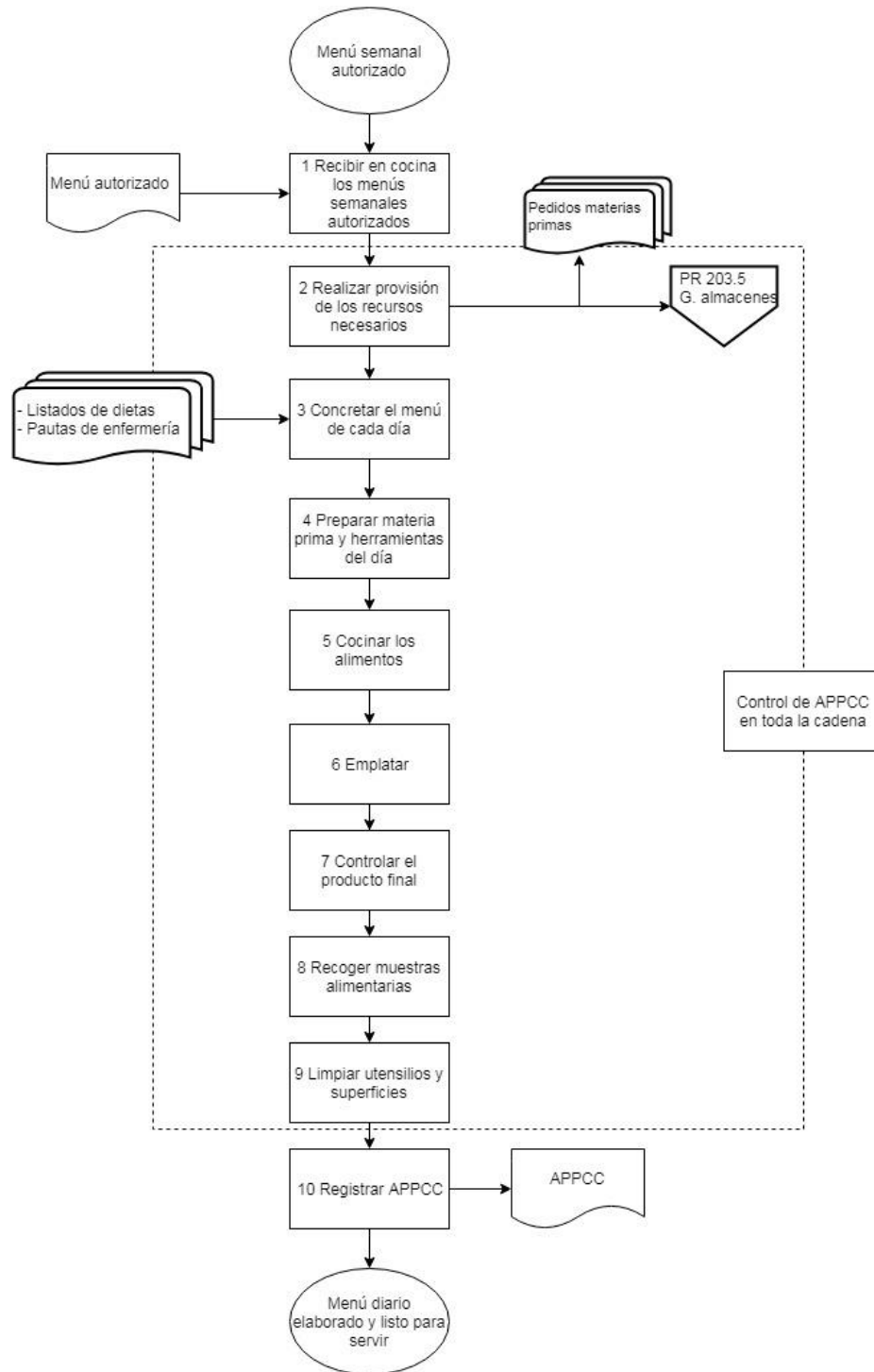
**ELABORACIÓN DE MENÚ**

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR**


AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.5.1</b>
	<b>GESTIÓN DE ALMACENES GENERALES</b>	Fecha: 25/06/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</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.
- Control del 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.
- Otros implicados: dirección, administrador, administración 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>• Empresas de distribución contratadas.</li> <li>• Administrador.</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. Valorar las necesidades del centro y tramitar los contratos con proveedores por lotes (ver subproceso *PR201.2 Contratación administrativa*).
2. Comunicar contratos y condiciones a encargado de almacén.
3. Controlar el stock y condiciones en almacenes:
  - Lencería.

- Limpieza.
  - Menaje.
  - General.
4. Comunicar o detectar necesidad de producto.
  5. Realizar el pedido (vía telefónica). Responsable de almacén.
  6. Recibir el pedido. Comprobación de adecuación y estado (encargada de almacén, cocina en caso de productos de alimentación). Comprobación de albarán. Registro en base informática.
  7. Gestionar disconformidades. Responsable de almacén y administrador.
  8. Almacenar. Colocación de productos en los diferentes almacenes.
  9. Documentar. Archivo de albaranes.
  10. Recibir facturas (administración) y comprobar la correspondencia con los albaranes archivados. Administrador.
  11. Contactar con el proveedor si existe alguna discrepancia (encargada de almacén, administrador).

### **Gestión de pedidos internos**

1. Controlar el stock de almacenes. Realizar inventario de existencias.
2. Recibir solicitud de material:
  - PESD de cada planta, semanal los lunes.
  - TCAE de cada planta, semanal los lunes.
  - TCAE recogida diaria de productos de alimentación para plantas.
  - Otros profesionales (y los anteriores), a demanda.
3. Preparar el pedido.
4. Realizar entrega. Recogida en almacén por el mismo personal. En el momento o máximo 24h.
5. Comprobar, firmar y archivar el albarán.
6. Controlar el stock y estado de productos/almacén.

\* Disponen de llaves de almacén cocina y administrador para caso de necesidad de material urgente o ausencia de encargado. Ver procedimiento anexo.

### **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**


Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	Winomega	
Documento/registro	Listado de productos contratados	
Documento/registro	Hoja de pedido interno	
Documento/registro	Albaranes	
Documento/registro	Facturas	
Protocolo	Procedimiento de acceso a almacén en caso de ausencia de encargado.	

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

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

### **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: 5/6/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

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

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: enfermería, RAAR
- Otros implicados: médico del centro, trabajadora social, PSA.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauta médica de tratamiento.</li> <li>• Prescripción enfermera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de medicamentos y productos sanitarios para su uso.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de salud.</li> <li>• Intervenciones de enfermería</li> <li>• Recetas.</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.</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 San José**

1. Diagnóstico y pautas de tratamiento de residente. Médico del centro o externo. El médico del centro lo registra en el programa informático GERES. (si es del psiquiatra enfermería)
2. Pedido mensual a farmacia de hospital (tratamientos de procesos crónicos)
  - Previsión de necesidades. Se realiza a través del programa GERES.
  - Comprobación de stock de botiquín.
  - Concreción de cantidades del pedido. Registro en hoja de pedido.
  - Realización del pedido. Vía Web. Se genera albarán.
3. Retirada de 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 del centro realiza la recogida.

4. Supervisión y preparación de pedido en hospital. Resolución de incidencias.
5. Recogida de pedido por PSA del centro.
6. Recepción de pedido en el servicio (enfermería):
  - Comprobación de albaranes y medicamentos servidos.
  - Gestión de incidencias.
  - Almacenaje.
7. Documentación. Archivo de albaranes.
8. Control de condiciones de almacenaje, temperaturas; revisión semestral carro paradas y maletín de excursiones.
9. Inspección periódica de botiquín.

#### **Gestión de pedidos a farmacia de calle.**

En caso de medicamentos y productos sanitarios no servidos por hospital o no financiados:

1. Diagnóstico y pautas de tratamiento de residente. Médico del centro o externo. El médico del centro lo registra en el programa informático GERES.
2. Retirada de medicamento de botiquín (del cajetín de cada residente).
3. Pedido a farmacia de calle. Frecuencia semanal (o en función de necesidades).
  - Enfermería hace una relación de medicamentos o productos necesarios.
  - Pedido a farmacia.
  - Registro de productos solicitados.
4. Preparación del pedido por farmacia de calle.
5. Recogida de pedido por PSA del centro.
6. Entrega de medicamentos o productos con ticket. Comprobación con registro del pedido.
7. Recuento mensual de tickets y facturación. Lo hace farmacia de calle, si se ha precisado receta la hace médico del centro.

#### **Gestión de otros productos sanitarios (material para extracciones, curas, sondas...):**

1. Petición al centro de salud y H O Polanco (sondas, tubos analíticas, material glucemias,...) por parte de enfermería y a casas comerciales (material y productos sanitarios para curas, fibra alimentaria,...por RAAR)
2. Envío de PSA a por su recogida, comprobación y registro de la llegada del material, en el caso de casas comerciales lo traen ellos.

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

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Informes, tratamientos...	
Documento/registro	Albaranes de pedidos	
Documento/registro	Albaranes de productos servidos	
Documento/registro	Control de condiciones de botiquín	

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

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

#### **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, TS

	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.6</b>
	<b>MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES</b>	Fecha: 21/02/2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Conservar las instalaciones y maquinarias en perfecto estado de funcionamiento y dar una respuesta rápida y eficaz a las incidencias.

### OBJETIVOS

- Realizar un adecuado mantenimiento y conservación de las instalaciones, equipamientos y mobiliarios.
- Asegurar el servicio por parte de las empresas externas
- Optimizar y controlar los gastos de mantenimiento
- Prolongar la vida útil de los equipos y bienes del centro.
- Reparar las averías en el menor tiempo posible.
- Realizar un registro de reparaciones.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: responsable de servicios generales.
- Otros implicados: técnicos de mantenimiento, RAAR y otros profesionales del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<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>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativa vigente aplicable: sanitaria, laboral de seguridad, de concursos...</li> <li>• Dotación de equipos.</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>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<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>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Evaluar el estado de equipos e instalaciones, como consecuencia de las revisiones ya realizadas.
2. Recibir, instalar equipos e informar del adecuado uso.
3. Planificar y ordenar las actuaciones de mantenimiento preventivo.
4. Realizar las tareas preventivas en las instalaciones del centro:

- 4.1 Diarias: toma de temperaturas y medición del cloro en ACS (agua caliente sanitaria) y AFCH (agua fría de consumo humano (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: limpieza y revisión del intercambiador de ACS y analíticas de legionella.
- 4.5 Anuales: limpieza de depósitos de AFCH y acumulador de ACS, cambio de atomizadores de grifos y alcachofas de duchas y analítica de potabilidad del AFCH.
5. Control de servicios de mantenimiento externos, según anexo 2:
- Verificación del trabajo realizado por las empresas externas.
  - Archivo de certificaciones oficiales de estas empresas.
6. Registro de las actuaciones.
7. Detección y respuesta ante incidencias. Por el personal de mantenimiento a través de recepción de partes de trabajo:
- Cumplimentación y entrega en recepción, detallando el problema, especificando la unidad y firma legible de la persona que realiza el parte.
  - Recepción por parte del responsable de mantenimiento al día siguiente, si es una avería urgente llamar por teléfono al servicio de mantenimiento y hacer el parte posteriormente.
  - Análisis del problema.
  - Resolución con personal propio normalmente, si no solicitud de servicio a empresa externa, avisando de la demora en la reparación del incidente.
  - Archivo de parte cumplimentado con respuesta y firmado.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Documentación de aparatos e instalaciones	
Documento/registro	Registros de controles efectuados	
Documento/registro	Registro de revisiones de empresas externas.	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de tareas preventivas en el Centro</li> <li>• Plan de mantenimiento de instalaciones por empresas externas.</li> <li>• Programa de control de riesgo de legionella</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa vigente.
- 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, coordinador equipo calidad



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.7</b>
	<b>GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>	Fecha: 28/05/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CA EL PINAR</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CENTRO ASISTENCIAL EL PINAR</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Prestación de servicios complementarios a los ofrecidos por la residencia (peluquería, podología) para promover y facilitar el bienestar y la adecuada imagen de las personas usuarias, acorde a sus preferencias y que refuerce su identidad y autoestima.

### OBJETIVOS

- Posibilitar el acceso de las personas usuarias a servicios de cuidado e imagen personal que no pueden ser prestados por el personal del centro.
- Apoyar la calidad de vida y bienestar.
- Fomentar una imagen personal digna de los usuarios.
- Facilitar una imagen personal acorde a las preferencias y proyecto vital de cada persona usuaria, que refuerce autoestima e identidad singular.
- Promover la interacción social.
- Organizar estos servicios de forma eficiente, para que se vea minimizado su impacto en el resto de actividades cotidianas planificadas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: trabajadora social.
- Otros implicados: trabajador de empresa externa (peluquero, podólogo), PSA, TCAE, enfermería.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de empresa responsable de servicio y condiciones.</li> <li>• Detección de necesidad o demanda de servicio.</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>• Preferencias y necesidades de apoyo de la persona.</li> <li>• Historia de vida.</li> <li>• Plan de Atención Integral.</li> <li>• Contrato con empresa adjudicataria.</li> <li>• Pautas técnicas (enfermería u otros s/p)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las necesidades de la persona.</li> <li>• Pautas o informes del profesional que presta el servicio a otros del centro s/p.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios.</li> <li>• Familias.</li> <li>• Profesionales del centro implicados en la atención del residente.</li> <li>• Administración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: empresa contratada, personal de atención directa, familiares.</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Administración comunica el contrato de adjudicación de servicio a trabajadora social y responsables implicados.
2. Obtener autorización de tutor para prestar el servicio. TS.
3. Valorar la necesidad del servicio de podología por parte de enfermería. Se realiza un listado de usuarios que lo necesitan.
4. Detectar necesidad de servicio por TCAE/enfermería o recibir solicitud de usuario/familia.
5. Registrar el listado de usuarios pendientes de recibir el servicio. TCAE registran su listado. Familias lo comunican a TCAE o TS.
6. Recibir al profesional de la empresa y entregar los listados: TCAE.
7. Organizar y trasladar los usuarios a la estancia en la que se presta el servicio: coordinación profesional empresa externa con TCAE de plantas.
8. Prestar el servicio contratado: peluquería, podología.
9. Comprobar el servicio y su adecuación (TCAE, ¿coordinadora?, enfermería s/p).
10. Facilitar el listado de usuarios a TS. El profesional que presta el servicio
11. Realizar el pago del servicio. La TS.
12. Notificar los servicios realizados y pagos a familias.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Contrato de servicio	
Documento/registro	Plan de Atención Integral	
Documento/registro	Historia y Proyecto Vital	
Documento/registro	Listado de usuarios para los que se solicita el servicio	
Documento/registro	Autorizaciones de servicio.	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados		

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Usuarios podología	% de usuarios que reciben servicio	Trabajadora social
Usuarios peluquería	% de usuarios que reciben servicio	Trabajadora social
Satisfacción con los servicios	Medida en encuesta de calidad a usuarios/familias	Dirección, coordinador equipo calidad

## 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 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 EL PINAR

#### INDICADORES DE PROCESOS OPERATIVOS DEL CA EL PINAR

<b>PROCESO</b>	<b>PROPIETARIO PROCESO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
001.1 Planificación de la gestión	Dirección	% de objetivos estratégicos cumplidos	Dirección
		% de estándares cumplidos	Dirección
		Difusión del plan de gestión	Dirección, coordinador de calidad
		Satisfacción con la planificación	Dirección, coordinador de calidad
001.2 Información	Dirección	Difusión del proyecto	Dirección
		Comunicaciones realizadas	Dirección
		Visibilización	Dirección
		Satisfacción de trabajadores con la información	Dirección, coordinador de calidad
001.3 Participación	Dirección	Satisfacción de usuarios/familias con la información	Dirección, coordinador de calidad
		Participación en la organización	Dirección
		Reuniones de coordinación	Dirección
002.1 Selección y contratación	Dirección	Satisfacción con la participación	Dirección, coordinador de calidad
		<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 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, coordinador calidad		
002.3 Formación	Dirección	<b>Participación en formación externa</b>	RAAR, responsable de formación
		<b>Formación interna</b>	RAAR, responsable de formación
		<b>Participación en formación interna</b>	RAAR, responsable de formación
		Satisfacción con la gestión de la formación	Dirección, coordinador calidad
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, coordinador de calidad
003.1 Coordinación	Dirección	<b>Reuniones de coordinación</b>	Dirección, RAAR
		Conocimiento de los procesos	Dirección, coordinador de calidad
		Satisfacción con la coordinación	Dirección, coordinador de calidad

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

### INDICADORES DE PROCESOS OPERATIVOS DEL CA EL PINAR

PROCESO	PROPIETARIO PROCESO	INDICADORES	RESPONSABLE INDICADOR
101.1 Cuidador referencia	TCAE, coordinadora de TCAE	<b>Cuidador de referencia</b>	Coordinadora TCAE
		<b>Participación indirecta en PAIV</b>	RAAR, técnico de referencia
		Satisfacción con cuidadores de referencia	Dirección, coordinador calidad
101.2 ABVD	RAAR	<b>Grado de Dependencia</b>	Trabajador social
		<b>Grado de autonomía en las ABVD</b>	T. Ocupacional
		<b>Personalización del Plan de Cuidados</b>	Técnico de referencia
		Satisfacción con los cuidados prestados	Dirección, coordinador calidad
101.2.1 ABVD Aseo	TCAE	Índice autonomía en aseo	T. Ocupacional
		Personalización del aseo	Técnico de referencia
		Incidencias relacionadas con el estado de la piel	Enfermería
101.2.2 ABVD Vestido	TCAE	Índice autonomía en vestido	T. Ocupacional
		Personalización del vestido	Técnico de referencia
		Incidencias relacionadas con el vestido	Enfermería
101.2.3 ABVD Alimentación	TCAE	Índice autonomía en comidas	T. Ocupacional
		Personalización de las comidas	Técnico de referencia
		Incidencias relacionadas con las comidas	Enfermería
101.2.4 ABVD Eliminación	TCAE	Índice autonomía en eliminación	T. Ocupacional
		Personalización en la eliminación	Técnico de referencia
		Incidencias en eliminación	Enfermería
101.2.5 ABVD Movilidad	TCAE	Uso de absorbentes	Médico
		<b>Residentes encamados</b>	Enfermería
		<b>Tasa de caídas</b>	Enfermería
		Índice autonomía en movilidad	T. Ocupacional
		Personalización en la movilidad	Técnico de referencia

102.1 Preingreso	Trabajadora social	<b>Información preingreso</b>	Trabajador social
		Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	Dirección, coordinador calidad
102.2 Ingreso	RAAR	<b>Nº de ingresos</b>	Trabajador social
		<b>Nº de ingresos en estancia temporal</b>	Trabajador social
		<b>Estancia media</b>	Administración
		Pautas al ingreso	RAAR
103 PAIV	RAAR, técnico referencia	Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	Dirección, coordinador calidad
		<b>Historia de Vida</b>	Trabajadora social
		<b>Revisión del PAIV</b>	RAAR
		<b>Comunicación de plan de cuidados</b>	Dirección, RAAR
		Participación directa del usuario en el plan de cuidados	RAAR
		Plan de Cuidados inicial	RAAR
		Satisfacción con el Plan de Cuidados	Dirección, coordinador calidad
104 Baja	Trabajadora social	<b>Bajas por defunción</b>	Trabajadora social
		<b>Traslados</b>	Trabajadora social
		Información al traslado	Trabajadora social
		<b>Residentes pendientes de traslado</b>	Trabajadora social
		<b>Renuncias</b>	Trabajadora social
		Comunicación de baja	Trabajadora social
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, coordinador de calidad
105.1.2 Proceso de enfermería	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
		Satisfacción con el servicio	Dirección, coordinador de calidad
105.1.3 Procesos agudos	Médico	<b>Estancias en hospital</b>	Médico
		<b>Derivaciones a urgencias</b>	Médico
		Procesos agudos atendidos por enfermería	Enfermería
		Procesos agudos atendidos por médico	Médico
105.2.1 Fisioterapia	Fisioterapeuta	<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, coordinador de calidad
105.2.2 Procesos agudos de fisioterapia	Fisioterapeuta	Nº de procesos agudos en fisioterapia	Fisioterapeuta.
		Nº sesiones de tratamiento	Fisioterapeuta.
		Recuperación funcional tras procesos agudos	Fisioterapeuta.
106.1 Apoyos emocionales	Psicólogo	Alcance de apoyos psicológicos	Psicólogo
		<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Psicólogo
		Nº de alteraciones de conducta	Psicólogo
		Bienestar emocional	Dirección, coordinador de calidad

106.2 Atención a problemas de conducta	Psicólogo	<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Psicólogo
		Nº de alteraciones de conducta	Psicólogo
107.1 Plan de terapia ocupacional	Terapeuta ocupacional	<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, coordinador de calidad
107.3 Plan de autonomía	Terapeuta ocupacional	% residentes en programa de autonomía	TO
		Barthel en programa de autonomía	TO
107.4 Productos de apoyo	TO, fisioterapeuta	Productos de apoyo	TO, fisioterapeuta
		Productos de apoyo para movilidad	TO, fisioterapeuta
		Satisfacción con el servicio	Dirección, coordinador de calidad
107.5 Actividades socioculturales	Terapeuta ocupacional	<b>Actividades socioculturales</b>	TO
		Porcentaje de usuarios que se benefician del ocio mensual	TO
		<b>Participación en actividades</b>	TO
		Grado de satisfacción de usuarios y familias con las actividades de ocio	Dirección, coordinador de calidad
107.6 Actividades en aulas y talleres	Terapeuta ocupacional	Alcance de actividades en aulas y talleres	Psicólogo/TO
		Alcance de actividades en aulas y talleres individual	Psicólogo/TO
		Satisfacción con la actividad	Dirección, coordinador calidad
108.1 Participación familiar	Trabajador social	<b>Participación familiar</b>	Trabajador social
		<b>Contacto con familias</b>	Trabajador social
		Satisfacción con la comunicación y participación de las familias	Dirección, coordinador de calidad
108.2 Apoyo en gestiones	Trabajador social	<b>Capacidad modificada judicialmente</b>	Trabajador social
		<b>Tutelados por Gobierno de Aragón</b>	Trabajador social
		Satisfacción de usuarios/familias con el apoyo en las gestiones	Dirección, coordinador de calidad
108.3 Gestión de pertenencias	Trabajador social	Incidencias con pertenencias	Trabajador social
		Actualización de inventarios	Trabajador social
		Satisfacción de usuario/familia con la gestión de las pertenencias	Dirección, coordinador de calidad

### INDICADORES DE PROCESOS DE SOPORTE DEL CA EL PINAR

PROCESO	PROPIETARIO	INDICADORES	RESPONSABLE INDICADOR
201 Gestión económica	Dirección, administrador	<b>Coste medio de plaza residencial</b>	Administrador
		<b>Coste medio de estancia</b>	Administrador
201.1 Provisión de ingresos	Dirección, administrador	<b>Estancias</b>	Administrador
		<b>Ocupación</b>	Administrador
		<b>Impagos de plaza</b>	Administrador
201.2 Contratación administrativa	Dirección, administrador	<b>Ejecución presupuestaria</b>	Administrador
		Ejecución presupuestaria por contratos	Administrador
		Incidencias con empresas contratadas	Administrador
201.3 ACF	Dirección, administrador	Nº de pagos realizados con ACF	Administrador



		Volumen de gasto con ACF	Administrador
202 Gestión contextos	RAAR, responsable SSGG	Actuaciones de PRL en contextos	Dirección, RAAR
		Personalización de habitaciones	RAAR
		Satisfacción de usuarios/familias con los contextos	Dirección, coordinador de calidad
203.1 Limpieza	Subgobernanta	Nº de incidencias de limpieza	Subgobernanta
		Nº de quejas relacionadas con la limpieza	Dirección, coordinador de calidad
		Satisfacción con la limpieza del centro	Dirección, coordinador de calidad
203.2 Lavandería	Subgobernanta	Kilos de ropa lavados	Subgobernanta
		Incidencias con lavandería	Dirección, coordinador de calidad
		Servicio de costura	Subgobernanta
		Satisfacción con el servicio de lavandería	Dirección, coordinador de calidad
203.3 Comedor	Subgobernanta, TCAE	Incidencias con comedor	Subgobernanta, RAAR
		Satisfacción con el servicio de comedor	Dirección, coordinador de calidad
203.4.1 Diseño menú	RAAR	Incidencias con el menú	Dirección, coordinador de calidad
		Nº de variaciones del menú diario	Cocinero, RAAR
		Satisfacción con el menú	Dirección, coordinador de calidad
203.4.2 Elaboración menú	Cocinero, RAAR	<b>Incidencias higiénico-sanitarias en cocina</b>	Dirección, RAAR
		Nº de quejas/sugerencias relacionadas con la cocina	Dirección, coordinador de calidad
		Satisfacción con el servicio de cocina	Dirección, coordinador de calidad
203.5.1 Almacén general	Encargado de almacén	Ejecución de contratos de suministro	Encargado de almacén
		Incidencias con proveedores	Encargado de almacén
		Roturas de stock	Encargado de almacén
203.5.2 Almacén farmacia	Enfermería, RAAR	Incidencias con los pedidos a farmacia	Enfermería
		Roturas de stock farmacia	Enfermería
		Gasto en farmacia de calle	Administración, TS
203.6 Mantenimiento	Responsable de SSGG	<b>Nº de averías en los sistemas</b>	Responsable de SSGG
		Revisión de equipos e instalaciones	Responsable de SSGG
		Partes de mantenimiento resueltos	Responsable de SSGG
		Satisfacción con el mantenimiento de las instalaciones	Dirección, coordinador de calidad
203.7 Servicios complementarios	Trabajador social	<b>% usuarios de podología</b>	Trabajador social
		<b>% usuarios de peluquería</b>	Trabajador social
		Satisfacción con el servicio	Dirección, coordinador de calidad

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		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	Cuidador de referencia	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		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 Gobierno de Aragón</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 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**




	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>	<p>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.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de actividades de formación interna realizadas en el periodo	
	<b>Denominador</b>		
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>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.</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>	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>FÓRMULA</b>	<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>FÓRMULA</b>	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>FÓRMULA</b>	<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>			


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>	Σ 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 enfermería.		
<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 ATENCIÓN</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 ATENCIÓN INTEGRAL		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con preferencias o pautas personalizadas documentadas en su Plan de Atención Integral.</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	


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<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>			

	<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>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%		


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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 ATENCIÓN INTEGRAL 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>FÓRMULA</b>	<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%		




	<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>			

	<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>FÓRMULA</b>	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>	<p>% de residentes con deterioro cognitivo diagnosticado o reflejado en informe de salud.</p> <p>Descriptor del perfil de los usuarios del centro.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con deterioro cognitivo	X100
<b>FÓRMULA</b>	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>FÓRMULA</b>	<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 %		


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>	<p>% 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.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con UPP grado II a IV originadas en el centro	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>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.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán:</p> <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%		




 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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.</p> <p>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.</p> <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>- 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>FÓRMULA</b>	<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, pernoctando 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>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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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)		


 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>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 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>			


	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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		


DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<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>FÓRMULA</b>	<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%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>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>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>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.</p>		
<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>FÓRMULA</b>	<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>	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.		
<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>	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.		
<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>			




	<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>	<p>Estancias efectivas= suma de estancias de todos los residentes.</p> <p>Se contabilizan también los residentes de vacaciones, ingresados en hospital u otras ausencias</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>			

 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>	Estancias efectivas= suma de estancias de todos los residentes (indicador ID201.1-1) Estancias teóricas= nº de plazas teóricas del centro x nº días del periodo contabilizado		
<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 MAYORES	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 MAYORES	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 LAS INSTALACIONES O SISTEMAS ESTRUCTURALES		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de averías detectadas en instalaciones o sistemas estructurales. 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>	<p>Se contabilizarán las averías en instalaciones o sistemas estructurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadros y red eléctrica generales.</li> <li>- Calderas, sistema de calefacción.</li> <li>- Red de saneamiento de fecales y pluviales.</li> <li>- Red de agua sanitaria.</li> <li>- Elementos estructurales de la construcción, fachadas, muros, cubiertas, carpintería, pavimentos...</li> <li>- Otros que se puedan determinar.</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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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.


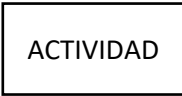
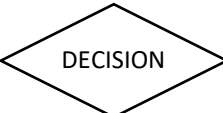

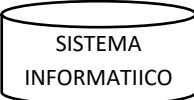


**Registros:** un registro es un tipo de documento que permite dejar constancia de una actividad realizada. Se ha cumplimentado para reflejar reuniones, controles realizados, comunicaciones, etc. Para realizar un registro pueden utilizarse diferentes modelos, con formato y campos a completar por el trabajador.

**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  <b>INICIO Y FINAL</b> del proceso: situación que inicia el proceso y situación final que consigue el proceso.</p>
	<p>RECTÁNGULO / CAJA  <b>ACTIVIDAD.</b> Describe con un verbo o una acción la actividad de valor añadido que se realiza.</p>
	<p>ROMBO  <b>DECISIÓN.</b> 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  <b>DIRECCIÓN</b> 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  <b>SISTEMA INFORMÁTICO/BASE DE DATOS.</b> 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.  
CA: Centro Asistencial.  
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.  
PAI: Plan de Atención Integral.  
PAIV: Plan de Atención Integral y Vida.  
PCAP: Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.  
PESD: Personal Especializado en Servicios Domésticos.  
PIA: Programa Individual de Atención.  
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/modelobasicoa tencionresidenciaspersonasmayorespdf.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 Berruero, 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.