

2019

# MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN RESIDENCIAL

## GUÍA DE PROCESOS E INDICADORES

# CAPDI ZARAGOZA



INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES



# EQUIPO DE DISEÑO DE LA GUÍA DEL CAPDI ZARAGOZA

## **Coordinadores de Servicios Centrales**

Mariano Fago Bagüés (Asesor Técnico)  
Miguel Ángel Morel Liso (Asesor Técnico)

## **Equipo de Calidad del CAPDI**

### **Coordinación**

Elena Díez Luño (Directora)  
Ana María Penacho Gómez (Trabajadora Social)

### **Miembros del equipo**

Julia Enfedaque Alfonso (Gobernanta)  
Rosa Félez Calderón (TCAE)  
Ana Cristina Fraca García (Técnico Recuperador)  
Enrique García Díez (Fisioterapeuta)  
Raquel Leal Jiménez (Psicóloga)  
M<sup>a</sup> José Martínez Tolosa (Encargada de Almacén)  
LirianMoratiel Puga (TCAE)  
M<sup>a</sup> Jesús Otaí Llera (coordinadora TCAE)  
Vanesa Pangua Martín (Enfermera)  
Aurora Pérez Faus (Terapeuta Ocupacional)  
Francisco Javier Pitarch Joven (RAAR)  
Elena Roche Moreno (Subgobernanta)  
Marta Ruiz Fernández ((Técnico recuperador)  
Ana M<sup>a</sup> Serrat Garza (Coordinadora TCAE)  
Mónica Torruella Vela (Administradora)

## **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 DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPADIDAD INTELLECTUAL, CAPDI ZARAGOZA

## 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 CAPDI ZARAGOZA</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
PLAN DE CALIDAD .....	47
REVISIÓN DEL SISTEMA .....	51
GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS .....	55
<b>3.3 DESARROLLO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS</b> .....	59
CUIDADOR DE REFERENCIA .....	61
APOYOS EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA .....	65
ADMISIÓN Y PREINGRESO DE NUEVO RESIDENTE .....	87
INGRESO Y ACOGIDA DE NUEVO RESIDENTE .....	91
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA .....	95
BAJA DE RESIDENTE EN EL CENTRO .....	99
SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS .....	105
VALORACIÓN Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	109
ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS .....	113
APOYOS DE FISIOTERAPIA .....	117
PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES .....	133

ATENCIÓN A ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA .....	137
PLANIFICACIÓN DE APOYOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	141
DINAMIZACIÓN EN MÓDULOS.....	145
PROGRAMA DE AUTONOMIA EN LAS AVD .....	149
ADAPTACIÓN Y GESTIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MOVILIDAD .....	153
ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES.....	157
GESTIÓN DE TALLERES PRELABORALES Y OCUPACIONALES .....	161
APOYO SOCIOEDUCATIVO EN AULAS .....	165
INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR.....	169
APOYO EN LAS GESTIONES .....	173
GESTIÓN DE LAS PERTENENCIAS DEL RESIDENTE .....	177
APOYO A FAMILIAS: PROGRAMA CUIDARTE .....	181
<b>3.4 DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE SOPORTE.....</b>	<b>185</b>
GESTIÓN ECONÓMICA .....	187
PROVISIÓN DE INGRESOS.....	189
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA .....	191
ANTICIPOS DE CAJA FIJA .....	193
LIMPIEZA DEL CENTRO .....	197
LAVANDERÍA.....	199
GESTIÓN DE COMEDORES .....	203
DISEÑO DE MENÚ.....	207
ELABORACIÓN DE MENÚ .....	209
GESTIÓN DE ALMACENES GENERALES .....	213
GESTIÓN DE BOTIQUÍN.....	215
MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES .....	217
GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....	219
<b>4. CRITERIOS E INDICADORES.....</b>	<b>221</b>
<b>4.1 USO DE UN SISTEMA DE CRITERIOS E INDICADORES .....</b>	<b>221</b>
<b>4.2 CRITERIOS DEFINIDOS PARA LOS CENTROS RESIDENCIALES DEL IASS .....</b>	<b>223</b>
<b>4.3 LISTADOS DE INDICADORES DE PROCESO DEL CAPDI ZARAGOZA.....</b>	<b>229</b>
<b>4.4 CUADRO DE MANDO DE GERENCIA DEL IASS .....</b>	<b>235</b>
<b>4.5 DESARROLLO DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE GERENCIA .....</b>	<b>237</b>
<b>5. GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE FICHAS DE PROCESOS .....</b>	<b>297</b>
<b>6. ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....</b>	<b>299</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>301</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

Los valores que deben orientar nuestras actuaciones son:

- Legalidad. Garantizando los derechos de los residentes y familiares en todos los campos normativos.
- Ética. Todas las intervenciones están sustentadas por criterios de ética y calidad asistencial.
- Calidad de vida. Se debe proporcionar un modelo de atención que reconozca y garantice la dignidad de la persona.

- Autodeterminación. Las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida.
- Atención Integral. La misión principal de las residencias es la atención integral de las personas que en ella viven.
- Atención personalizada e individualizada.
- Concepto ecológico. Interrelación entre capacidad funcional y entorno.
- Integración y normalización en el centro y en la comunidad.
- Desarrollo personal. Atención centrada en el desarrollo como persona y no exclusivamente en las necesidades de apoyo concretas.
- Participación. Participación de los residentes, familias y profesionales en la gestión, organización y planificación de actividades.
- Desarrollo profesional. El personal del centro es el principal garante de una atención de calidad, y la organización debe facilitar su formación, el adecuado desempeño, participación y reconocimiento.

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



*Figura de elaboración propia*

### **Requerimientos básicos necesarios**

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

- Liderazgo y compromiso de la dirección.

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

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

Además, respecto a la mejora continua:

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

## **2.2 LA GESTIÓN POR PROCESOS**

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

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

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

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

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

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

(Norma ISO 9001:2015)

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

(Club Gestión de la Excelencia)

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

Las características básicas de un proceso son:

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

## **Clasificación de los procesos**

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

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

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

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

## **El Mapa de procesos**

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

## **Elementos de un proceso**

Los elementos básicos que componen un proceso son los siguientes:

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

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

### **La gestión por procesos**

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

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

### 3. PROCESOS DEL CAPDI ZARAGOZA

#### 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 de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual, CAPDI Zaragoza.

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 (PAIV); 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 a su vez 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 (PAIV). Este es el proceso central, a través del cual la organización presta los apoyos necesarios a cada persona usuaria para poder desarrollar su proyecto vital.

El PAIV es un único proceso, en el que se utilizan dos documentos clave: Historia y Proyecto Vital y Plan de Cuidados Personales (PCP). El PCP 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 Historia 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.
  - Proceso y subprocesos de fisioterapia.
- 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 relevancia, 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 adaptativa.
- Apoyos en el desarrollo personal. Son los apoyos terapéuticos prestados para mejorar la capacidad funcional, fomentar la autonomía y posibilitar el desarrollo de proyectos vitales.
  - Planificación de apoyos ocupacionales individuales.
  - Dinamización en módulos.
  - Programas de autonomía en las actividades de la vida diaria.
  - Gestión de productos de apoyo para la movilidad.
  - Gestión de actividades socioculturales.
  - Gestión de talleres pre-laborales y ocupacionales.
  - Apoyo socio educativo en aulas.
- 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.

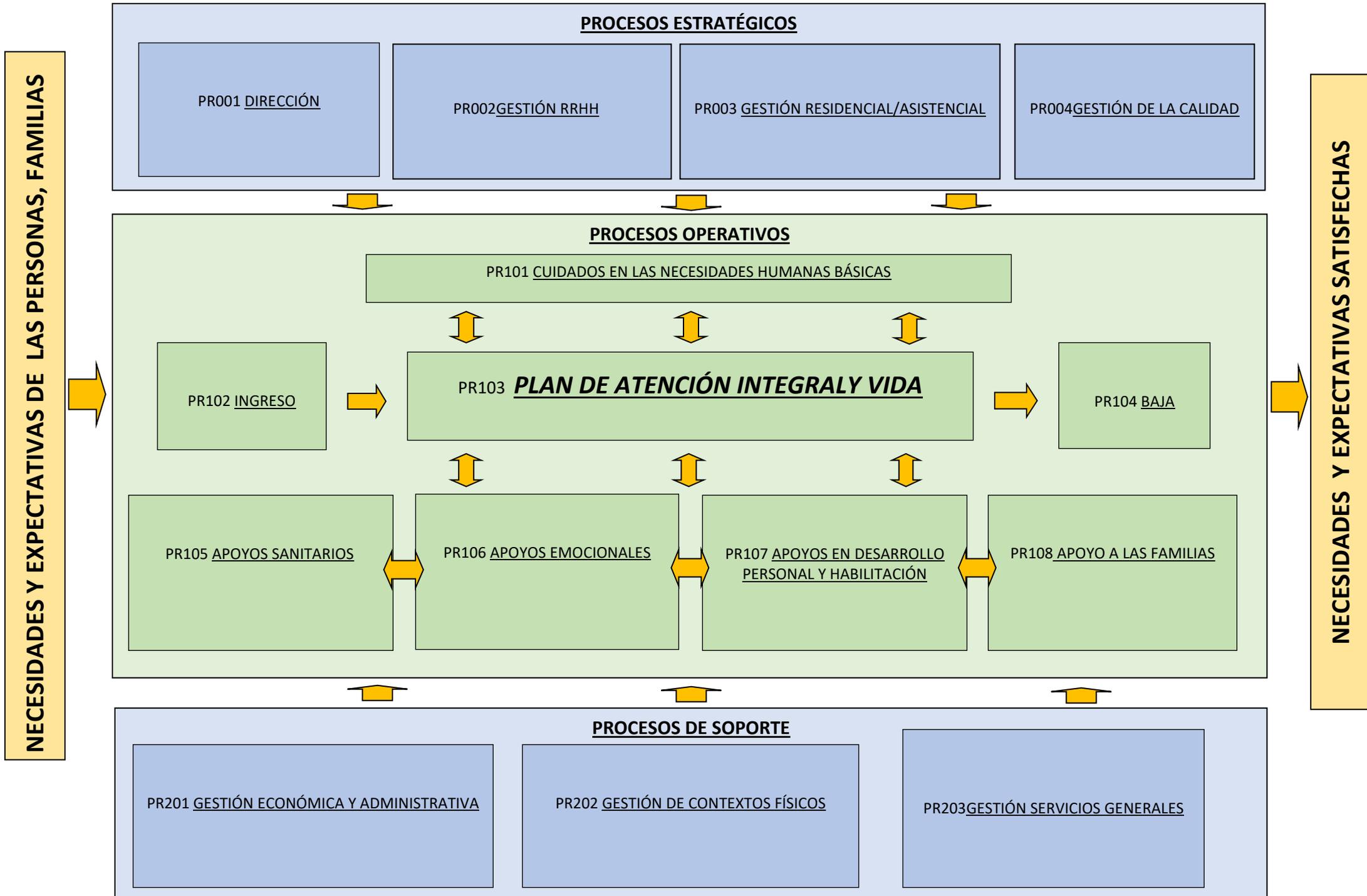
- Baja. El centro tiene previstas las actuaciones y coordinación necesarias para gestionar la salida de una persona usuaria, disminuyendo el estrés que este acontecimiento puede producir y posibilitando la continuidad de sus cuidados y proyecto vital en su caso.

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

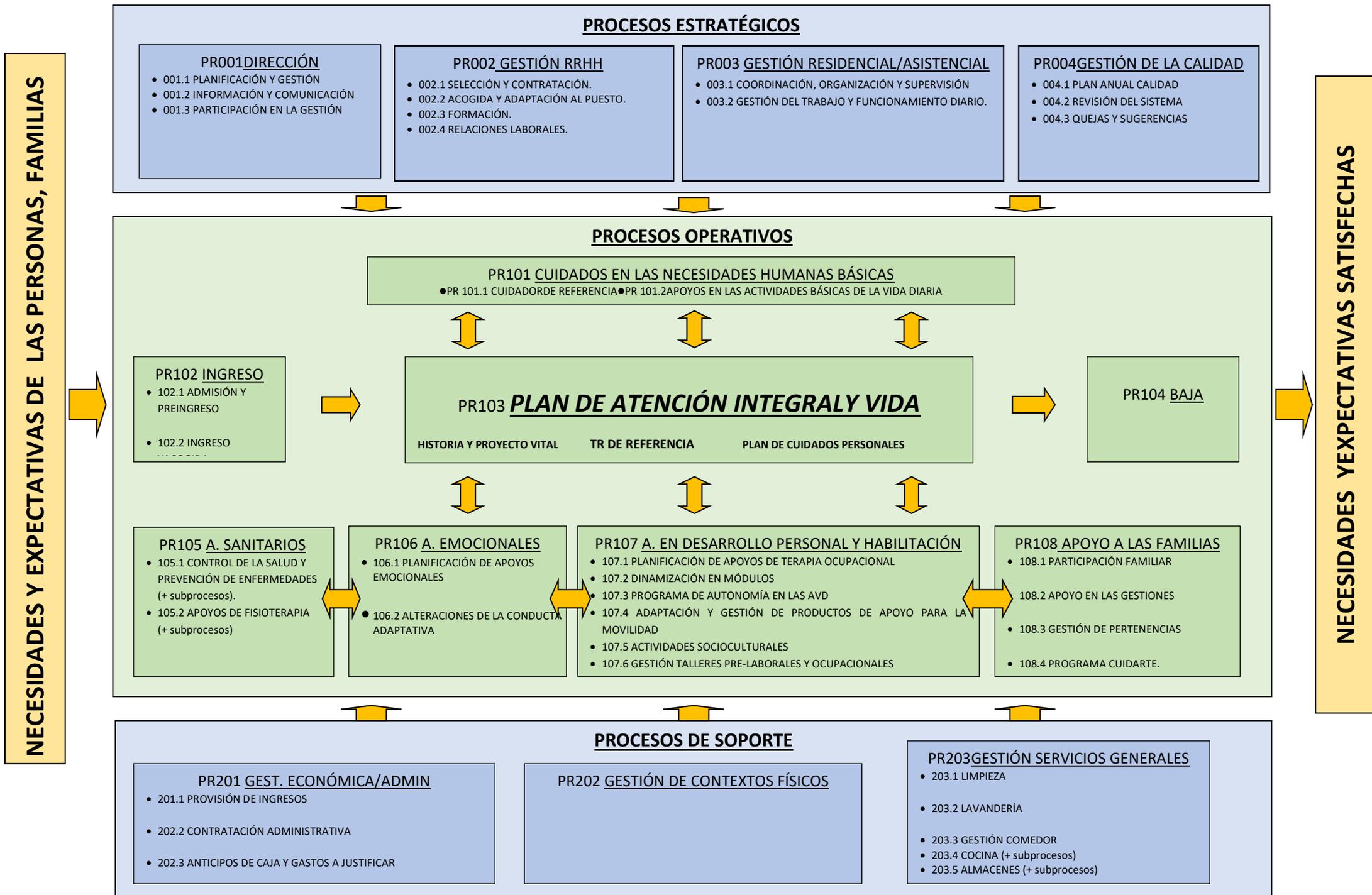
**El área de procesos de soporte** comprende:

- Gestión económica y administrativa. 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 CAPDI ZARAGOZA NIVEL 0



# MAPA PROCESOS CAPDI ZARAGOZA NIVEL 1



### 3.2 DESARROLLO DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN</b>	Fecha: 01/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</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.
- Promover una gestión medioambiental sostenible.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección.
- Otros profesionales implicados: equipo directivo, mandos intermedios y equipo 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 estratégico y de gestión anterior.</li> <li>• Información de agentes internos: cuadro de mandos, equipo de calidad, otros...</li> <li>• Información externa.</li> <li>• Directrices del IASS.</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).
  - Grado de cumplimiento de la carta de servicios.
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 y equipo de calidad.
5. Recibir y estudiar las aportaciones. Dirección, equipo de dirección.
6. Concretar y aprobar el nuevo plan, con los objetivos priorizados, actuaciones y plazos.
7. Difusión del 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 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.
- Guía de buenas prácticas.

### INDICADORES

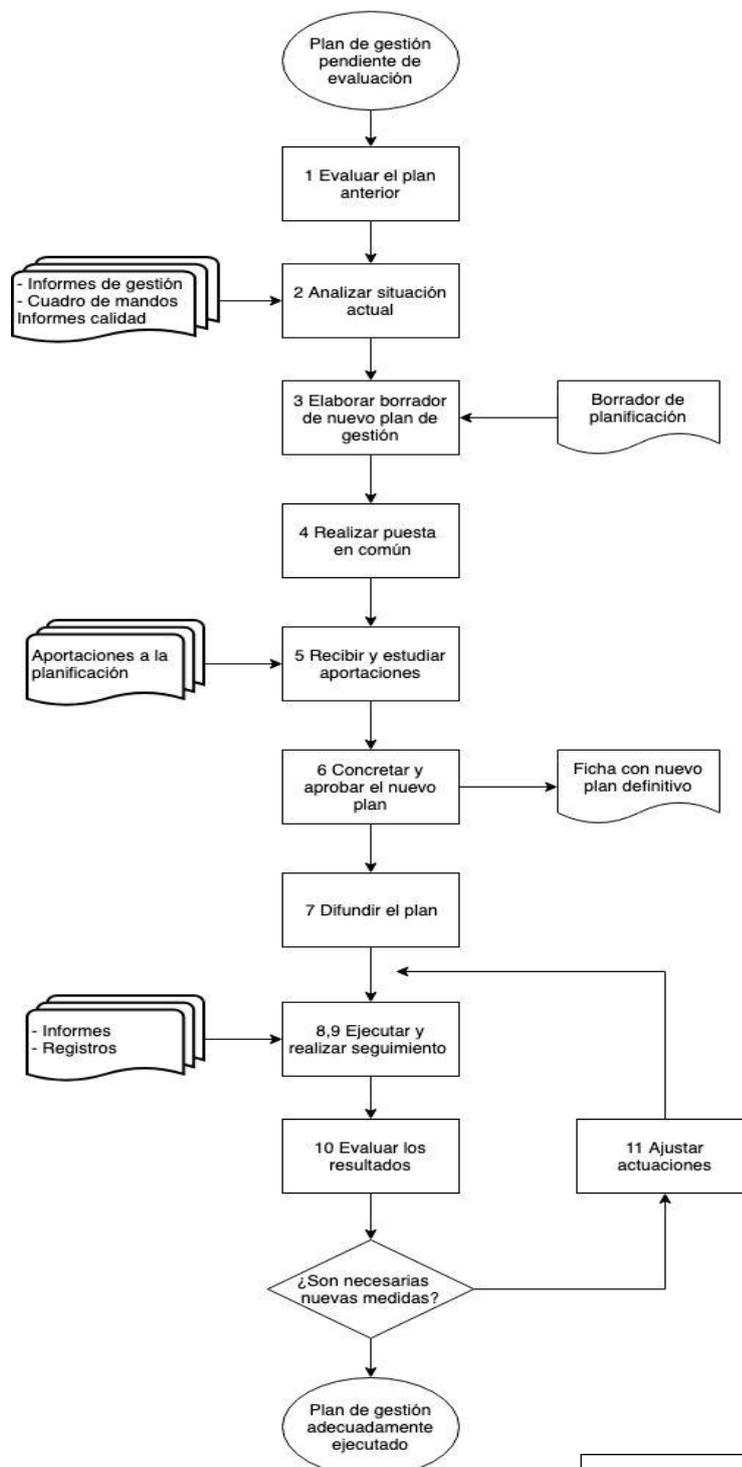
Nombre	Descripción	Responsable
% de objetivos estratégicos cumplidos	Objetivos del plan anterior cumplidos x100/nº total de objetivos	Dirección
% de estándares cumplidos	Nº de estándares cumplidos x 100 / nº de estándares del cuadro de mandos	Dirección
Difusión del plan de gestión	Nº de trabajadores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

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.2</b>
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	Fecha: 01/03/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
<p>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.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotar a la organización de instrumentos de comunicación conocidos, estables y eficientes.</li> <li>• Asegurar el uso adecuado de estos instrumentos, con información o comunicaciones que lleguen en tiempo, forma y a los destinatarios pertinentes.</li> <li>• Asegurar que todas las partes implicadas dispongan de la información relevante relativa a la organización del centro y su planificación.</li> <li>• Asegurar la accesibilidad de los trabajadores a toda aquella información necesaria para el adecuado desempeño del trabajo.</li> <li>• Dar a conocer el proyecto del centro.</li> <li>• Visibilizar a las personas usuarias y las actividades realizadas.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección.</li> <li>• Otros profesionales implicados: responsables de área, equipo de calidad, mandos intermedios, PSA, trabajadores del centro.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos: equipo de dirección, equipo de calidad, responsables, 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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES</b>
<p>1. Analizar la información que la organización debe compartir. Por áreas:</p>

- 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. Realizar evaluación del sistema.
  6. Corregir actuaciones.
  7. Realizar informes de comunicación s/p.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de comunicación	
Programa/base de datos	GERES	
Programa/base de datos	Servidor del centro	
Documento/registro	Modelos de documentos de notificación	
Documento/registro	Archivo de información/comunicaciones realizadas	
Recurso Web	Página web del centro o de instituciones relacionadas (IASS, asociación de familias...)	
Documento/registro	Informes de evaluación	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Difusión del proyecto	% de trabajadores, usuarios o familiares que conocen la misión 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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR001.3</b>
	<b>PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN</b>	Fecha: 06/05/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
<p>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.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el sentimiento de pertenencia y el compromiso con el proyecto del centro.</li> <li>• Impulsar la implicación activa de todas las partes en la organización del centro.</li> <li>• Potenciar el reconocimiento personal y profesional.</li> <li>• 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.</li> <li>• Crear estructuras organizativas que faciliten la participación de forma regular y sistematizada.</li> </ul>

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

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de participación de usuarios, familias 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> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos: equipo de dirección, 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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizar posibles agentes cuyas comunicaciones y participación interesan a la organización: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajadores.</li> </ul> </li> </ol>

- Usuarios/familias.
  - Proveedores.
  - Otras instituciones.
  - Sociedad.
2. Estudiar y definir los posibles canales o instrumentos a utilizar para las diferentes partes:
    - Equipos de trabajo.
    - Reuniones de departamento.
    - Encuestas (ver proceso *PR004.4 Encuestas de satisfacción*).
    - Quejas y sugerencias (ver proceso *PR004.5 Quejas y sugerencias*).
    - A instancia de parte: recepción de representantes de colectivos, etc.
    - Otros espacios o actividades diseñados para la participación (de usuarios, 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. Realizar evaluación del sistema.
  6. Corregir actuaciones.
  7. Realizar informe de participación s/p.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de comunicación	
Documento/registro	Plan de participación	
Documento/registro	Documentos de comunicación	
Documento/registro	Actas de reunión	
Documento/registro	Encuestas	
Documento/registro	Quejas y sugerencias	
Recursos web	Participación recogida en foros de internet...	
Documento/registro	Informe de análisis y respuesta a quejas/sugerencias	
Documento/registro	Informe de participación	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

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

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.1</b>
	<b>SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN</b>	Fecha: 06/05/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</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>• Formalizar la toma de posesión de los funcionarios o los contratos laborales para la cobertura de los 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> <li>• Valorar las necesidades de recursos personales del centro y solicitar si procede la modificación o la creación de nuevas RPT.</li> <li>• Intervenir en los procesos de selección que se realicen a través del INAEM para la cobertura de puestos adscritos al centro en las categorías en que no existan bolsas de trabajo.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
Propietario: responsable de personal, dirección. Otros profesionales implicados: administrativos del área de personal, RAAR, responsable TCAE, jefes de unidad.

<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 Dirección Provincial (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 de 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>
1. Detectar necesidad: incidencia de modificación o cobertura en un puesto de trabajo.

2. Reorganizar la planilla si es necesario (RAAR, coordinadora, jefe de unidad, personal del servicio).
3. Comunicar la necesidad de contratación en su caso a dirección o administración.
4. Realizar apertura de expediente y trámites administrativos: gestión de partes de baja, SS, gestión de solicitudes del personal...
5. Solicitar la 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 y selección.
8. Recibir comunicación de la Dirección Provincial de los datos de la persona seleccionada.
9. Contactar con la persona seleccionada. Informar sobre puesto y trámites.
10. Preparar documentación.
11. Firmar documentación (la persona seleccionada) y gestionar alta en seguridad social.
12. Comunicar contrato o toma de posesión:
  - Personal laboral: INAEM, Función Pública, Dirección Provincial y Comité de empresa (copia básica).
  - Personal funcionario: Función Pública y Dirección Provincial.
13. Incorporar en las bases informáticas del centro y en SIRHGA.
14. Realización de la nómina.
15. Realizar alta o modificación en Seguridad Social.

#### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Soporte informático	Base de datos del centro, Excel	
Soporte informático	Programa de personal, SIRHGA	
Documento/registro	Contratos, toma de posesión, toma de datos, declaraciones juradas, solicitudes varias	
Documento/registro	Listados específicos por tipo de contrato, incidencias, incidencias de nóminas...	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normativa vigente aplicable.  
Instrucciones de Gerencia, Dirección Provincial y el propio centro.

#### INDICADORES

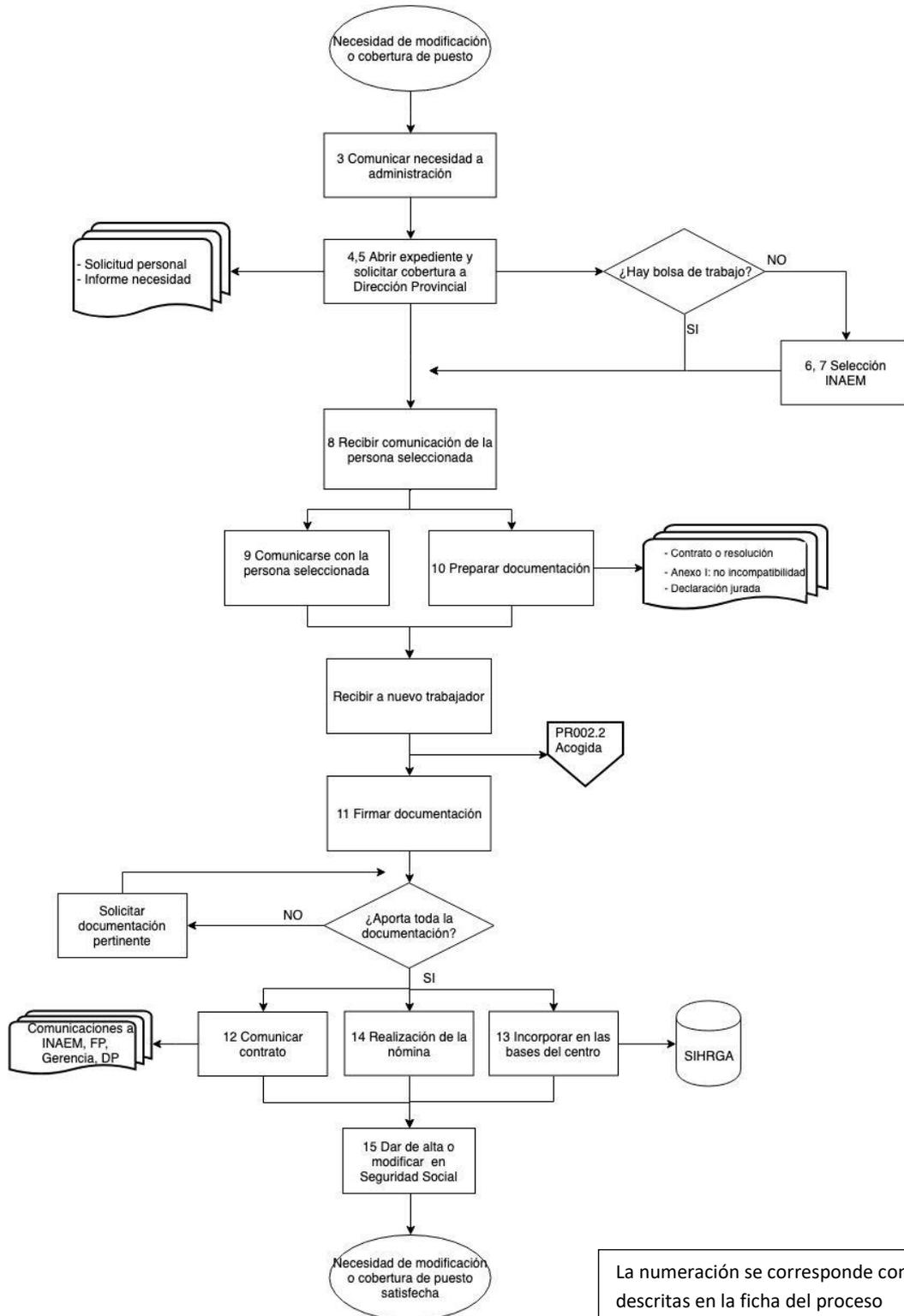
Nombre	Descripción	Responsable
Absentismo global	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Interinidad	% de personal interino o temporal	Administración
Contratación	Nº de contratos realizados	Administración
Trabajadores con ITCC	% de personal con ausencias por ITCC	Administración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

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.2</b>
	<b>ACOGIDA Y ADAPTACIÓN AL PUESTO</b>	Fecha: 06/05/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

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

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

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
Propietario: responsable de área asistencial (RAAR), dirección. Otros responsables: responsable de personal, responsable TCAE, jefes de unidad, trabajadores del centro.

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador seleccionado que formaliza un contrato.</li> <li>• Expediente del trabajador.</li> <li>• Valoración de puesto de trabajo por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (PRL).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador apto.</li> <li>• Resolución justificada de no apto.</li> <li>• Solicitud de adaptación o movilidad por motivos de salud.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de personal de Dirección Provincial.</li> <li>• Servicio de PRL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los trabajadores del centro</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<p><b>Actuaciones previas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los diferentes perfiles y puestos de trabajo. Elaborar y actualizar los informes de prevención de riesgos laborales de los puestos de trabajo a desempeñar en el centro.</li> <li>- Realizar estudio, priorización y ejecución de propuestas de mejora. El equipo directivo estudia y prioriza las mismas dentro de su plan estratégico/de actuación.</li> </ul>

- Elaborar y actualizar 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.

1. Incorporación de nuevo trabajador. Entrevista con director y/o uno de los responsables, visita de las instalaciones y recepción de información:
  - Exponer la misión, visión y valores del centro. Características de los usuarios a atender y modelo de atención. Organización básica.
  - Entregar 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...
  - En caso de incorporación simultánea de un amplio número de trabajadores (sustitución de vacaciones o funcionarios en prácticas), se realiza una jornada de acogida (sesión informativa).
2. El responsable acompaña al trabajador a su servicio/puesto, en el que le presentará a sus compañeros, y explica las características generales del trabajo a realizar. Esta información se amplía por los compañeros del servicio el mismo día y tras la incorporación.
3. Realizar entrega de ropa de trabajo y llaves de taquilla por parte de gobernantía.
4. Observar las necesidades, adaptación al puesto y desempeño del trabajador, por parte de compañeros y responsables.
5. Al finalizar el periodo de adaptación, se determina la aptitud. En caso de no aptitud, el responsable de la unidad realiza un informe y lo comunica a dirección para su resolución.

**Solicitud de adaptación y movilidad por motivos de salud. Ver anexo 1**

- Estudiar necesidades especiales o posibles adaptaciones. El equipo directivo estudiará cómo dar respuesta a éstas.

**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	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Normativa vigente.  
 Proyecto de gestión del Centro.  
 Guías de buenas prácticas.

**INDICADORES**

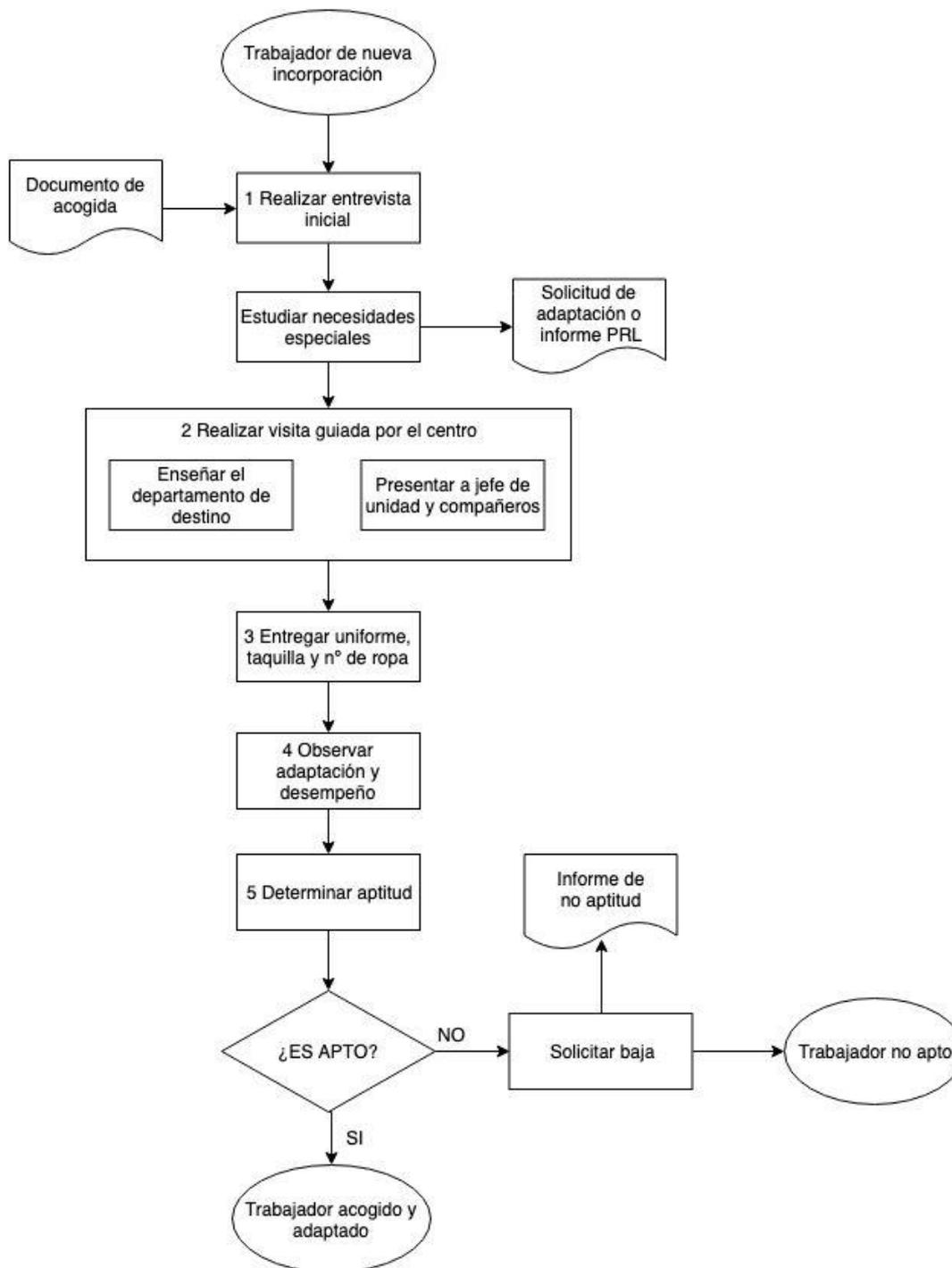
Nombre	Descripción	Responsable
Trabajadores con ITCC	% de personal con ausencias por ITCC	Administración
Trabajadores con ITAT	% de personal con ausencia por ITAT	Administración
Absentismo global	Horas de absentismo en relación a nº de plazas de trabajo	Administración
Adaptación de jornada de trabajo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

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR002.3</b>
	<b>GESTIÓN DE LA FORMACIÓN</b>	Fecha: 27/05/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</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

- Gestionar necesidades 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 coordinador de la misma.
- Favorecer la promoción de estudios científicos y líneas de investigación.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: coordinador de formación.
- Otros profesionales implicados: equipo directivo, equipo de calidad, RAAR, coordinadora TCAE, gobernantía, resto de trabajadores.

#### INICIO DEL PROCESO

- Planificación anual/trimestral de los recursos formativos disponibles.
- Detección de necesidades y demandas de los trabajadores en materia de formación.

#### FINAL DEL PROCESO

- Plan de formación ejecutado: mínimo una actividad formativa al trimestre.
- Proceso de carácter continuo.

#### ENTRADAS

- Necesidades y demandas de los trabajadores.
- Plan estratégico y de gestión.
- Ofertas formativas de otras entidades.

#### SALIDAS

- Acceso del personal a la formación continua.
- Plan de formación interna del centro.

#### PROVEEDORES

- Trabajadores.
- Equipo directivo, equipo de formación.
- IAAP, IACS, Servicio Prevención Riesgos Laborales PRL), otras entidades externas.

#### DESTINATARIOS

- Todos los trabajadores del centro.
- Familias.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

#### Plan de Formación Interna (oferta formativa con recursos propios):

1. Identificar y estudiar necesidades formativas de los diferentes colectivos profesionales. Priorizar necesidades de interés general.
2. Analizar los recursos disponibles:
  - Internos: disponibilidad de ponentes, personal propio, posible financiación.
  - Externos: personal de otros centros, propuestas a/desde IAAP, oferta de otras instituciones y empresas (servicio de PRL, SALUD, ayuntamiento, ...)
3. Elaborar el plan de formación del centro.
  - Mínimo una actividad formativa por trimestre.

- Previsión de fechas y disponibilidad de personal.
- 4. Ejecutar el plan de formación:
  - Difusión de la actividad a todos los departamentos.
  - Analizar y dar conformidad de asistencia: coordinador, dirección del centro.
  - Realización de la actividad en la fecha prevista: formato curso, sesión clínica o taller
  - Comprobar la asistencia.
  - Evaluar cada actividad.
  - Entrega de justificante de asistencia (diploma).
- 5. Evaluar el plan de formación.
- 6. Realizar cambios en función de la evaluación.
- 7. Situación especial: curso de manipuladores de alimentos, conforme normativa.

**Gestión de actividades formativas externas:**

1. Recopilación de información de otras entidades públicas o privadas sobre cursos, jornadas, etc., sobre temática de interés para nuestra residencia:
  - Salud.
  - IAAP.
  - Programas FOCUS.
  - Formación del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
  - Universidad de Zaragoza.
  - Otras: organizadas por sindicatos, colegios profesionales y otras entidades privadas.
2. Difusión, en el tablón de anuncios de Formación, de dichas actividades formativas, así como las solicitudes correspondientes.
3. Solicitud por parte del trabajador.
4. Valoración de concesión de permisos si coincide con turno de trabajo. RAAR, dirección.
5. Asistencia del trabajador.
6. Justificación de asistencia si procede.

**REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de formación interna CAPDI (2018)	
Documento/registro	Memoria de formación anual	
Documento/registro	Nota interior informativa de cada curso	
Documento/registro	Cartel anunciador de cada curso en tablón de formación	
Documento/registro	Control de asistencias	
Documento/registro	Acta cursos de manipuladores de alimentos	
Documento/registro	Diploma de asistencia	
Documento/registro	Evaluación de actividad formativa	
Base de datos	Listados de asistentes de cada edición	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa vigente en las áreas de servicios sociales, calidad y centros.
- Decreto 81/2005 del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el Reglamento de los Manipuladores de Alimentos.
- Decreto 131/2006 del Gobierno de Aragón sobre condiciones sanitarias en los establecimientos y actividades de comidas preparadas.
- 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: 27/05/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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>• Gestionar las necesidades laborales del personal y el centro.</li> <li>• Favorecer la participación y coordinación del personal.</li> <li>• Impulsar, coordinar y registrar las actuaciones con los representantes laborales.</li> <li>• Coordinar las actuaciones con organismos e instituciones.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: dirección.</li> <li>• Otros implicados: equipo de dirección, responsables, 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>1. Recibir y registrar demandas laborales.</li> <li>2. Tramitar hacia los órganos administrativos correspondientes.</li> <li>3. Establecer reuniones periódicas con el personal del centro, representantes sindicales o comité de empresa/junta de personal si es necesario.</li> <li>4. Comunicar y coordinar las actuaciones con la Dirección Provincial.</li> <li>5. Comunicar acuerdos e instrucciones a personal del centro.</li> </ol>

6. Ejecutar 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...	
Base de datos	SIRHGA	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Instrucciones de Gerencia, Dirección Provincial y el propio centro.
- Proyecto de gestión del centro.
- 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.

### 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, coordinador de calidad

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR003.1</b>
	<b>ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL ÁREA RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL</b>		Fecha: 27/05/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar una atención integral residencial y asistencial que satisfaga las necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales.</li> <li>• Promover la información, implicación y participación de los trabajadores en los procesos aprobados en el centro.</li> <li>• Coordinar las actuaciones de los diferentes servicios, asegurando la consecución de objetivos comunes.</li> <li>• Desarrollar una cultura de trabajo interdisciplinar y por equipos.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: RAAR, dirección.</li> <li>• Otros profesionales implicados: equipo de dirección, responsables de unidad, resto de trabajadores.</li> </ul>

<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 usuarios.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Usuarios y familiares.</li> <li>• Otras administraciones: DP, Gerencia...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores y servicios del centro.</li> <li>• Usuarios y familiares.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir la planificación de objetivos y actuaciones del periodo.</li> <li>2. Diseñar los programas y actuaciones para la consecución de los objetivos con los responsables de las diferentes unidades.</li> </ol>

3. Planificar y ejecutar la coordinación del trabajo entre departamentos:
  - Supervisión de los procesos aprobados.
  - Convocatoria de reuniones periódicas interdepartamentales.
  - Coordinación con responsables de empresas de servicios externas.
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 las diferentes unidades: 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 interiores	
Base de datos	Programa GERES	
Documento/registro	Partes de incidencias	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### 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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR003.2</b>
	<b>GESTIÓN DEL TRABAJO Y FUNCIONAMIENTO DIARIO</b>		Fecha: 27/05/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la atención de los residentes dentro de un modelo de calidad de vida.</li> <li>• Asegurar el adecuado desarrollo de los trabajos diarios dentro de cada servicio.</li> <li>• Favorecer la satisfacción laboral y la motivación en el trabajo.</li> <li>• Disponer de equipamientos, instrumentos y materiales adecuados para el desempeño de la labor profesional.</li> <li>• Satisfacer las demandas y necesidades en las diferentes áreas para facilitar el desarrollo del trabajo.</li> <li>• Promover la información, implicación y participación de los trabajadores en los procesos del centro.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: RAAR, dirección.</li> <li>• Otros profesionales implicados: equipo de dirección, responsables de unidad, resto de trabajadores.</li> </ul>

<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 usuarios.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Usuarios y familiares.</li> <li>• DP, Gerencia...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores y equipos del centro.</li> <li>• Usuarios y familiares.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
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 (responsables de área asistencial).
5. Identificar incidencias o necesidades:
  - De los usuarios.
  - 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 las actuaciones: establecer pautas, consensuar criterios... (ver proceso *PR003.1 Organización y coordinación de área residencial y asistencial*).
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	Notas interiores	
Documento/registro	Encuestas a trabajadores	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### 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: 17/06/2019
		Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar un plan priorizando los objetivos y actuaciones en el ámbito de mejora de la calidad de los servicios.</li> <li>• Estudiar y desarrollar instrumentos que optimicen los procesos.</li> <li>• Analizar y evaluar los resultados del plan de calidad.</li> <li>• Facilitar la información y participación de todas las partes interesadas.</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>• Evaluación del plan de calidad anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevo plan de calidad correctamente ejecutado. Proceso permanente.</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 anterior.</li> <li>• Indicadores de procesos.</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>• Carta de servicios.</li> <li>• Otros informes.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar el plan anterior. El equipo de calidad evalúa los datos en reunión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de revisión de los procesos (ver proceso <i>PR004.2 Revisión del sistema</i>).</li> <li>- Análisis de consecución de objetivos.</li> </ul> </li> </ol>

- 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. Informar y dar participación al resto de trabajadores.
  5. Aprobar la propuesta de plan por la dirección.
  6. Comunicar los resultados del plan anterior y la nueva planificación a los trabajadores.
  7. Poner en marcha las actuaciones definidas. Realizar trabajos en el equipo de calidad.
  8. Realizar seguimiento de las actuaciones. Evaluar resultados en periodos intermedios marcados.
  9. Evaluar los resultados.
  10. 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	Plan de gestión del centro	
Documento/registro	Informe de revisión de los procesos	
Documento/registro	Acta de reuniones	
Documento/registro	Cuadro de mando (indicadores)	
Documento/registro	Carta de servicios	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

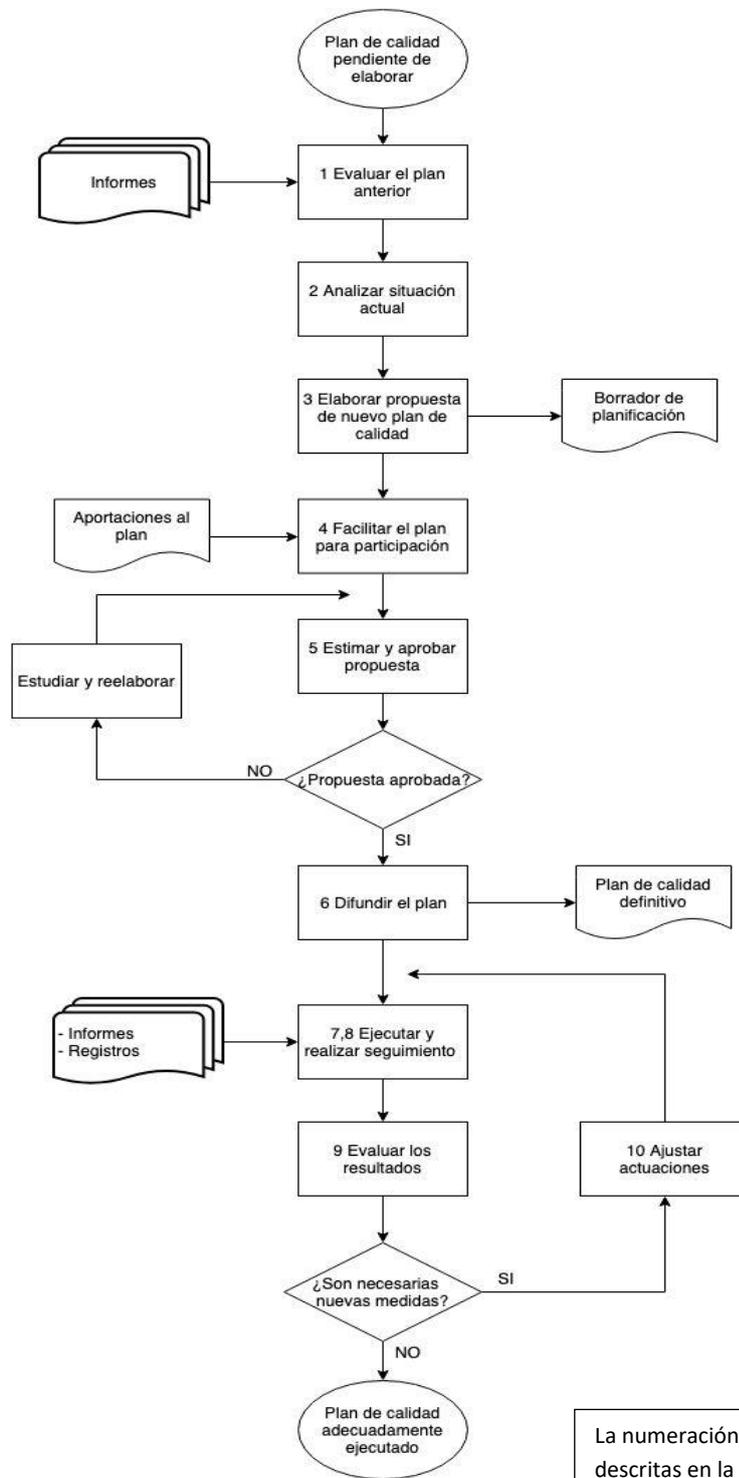
Nombre	Descripción	Responsable
Equipo de Calidad	Nº reuniones del equipo de calidad	Dirección, coordinador equipo de calidad
Objetivos de calidad cumplidos	% de objetivos del plan anterior cumplidos	Dirección, coordinador equipo de calidad
Difusión del plan de calidad	% de trabajadores que conocen el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

AREA **CENTROS**

ELABORADO POR **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN **CAPDI ZARAGOZA**

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>PR004.2</b>
	<b>REVISIÓN DEL SISTEMA</b>	Fecha: 17/06/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>	

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

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

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

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación del plan de calidad con pautas en la gestión por procesos y responsables.</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>• 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 establecer pautas en la gestión de los procesos.</li> <li>2. Ejecutar los procesos. Los responsables de cada proceso:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsan las medidas de mejora propuestas y supervisarán el adecuado desarrollo de los mismos.</li> <li>- Supervisan el registro o registrarán directamente los indicadores con la frecuencia establecida.</li> </ul> </li> </ol>

- Recaban las incidencias o problemas detectados en el desarrollo de los procesos, valorando si se requieren medidas correctoras o preventivas de forma inmediata o si estas pueden esperar a la revisión de proceso programada.
3. Revisar 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.
    - Registrar ficha de control de procesos.
  4. Realizar el análisis final del desarrollo de los procesos. Al acabar el ciclo establecido para el plan de calidad del centro:
    - Nueva revisión de procesos (ver punto 3).
    - Valorar efectividad de las medidas correctoras o preventivas adoptadas.
  5. Remitir fichas de control de procesos al coordinador del equipo de calidad.
  6. Analizar el 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. Realizar exposición al equipo del análisis, (el coordinador), concretar la evaluación final y posibles propuestas de mejora.
  8. Informar 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

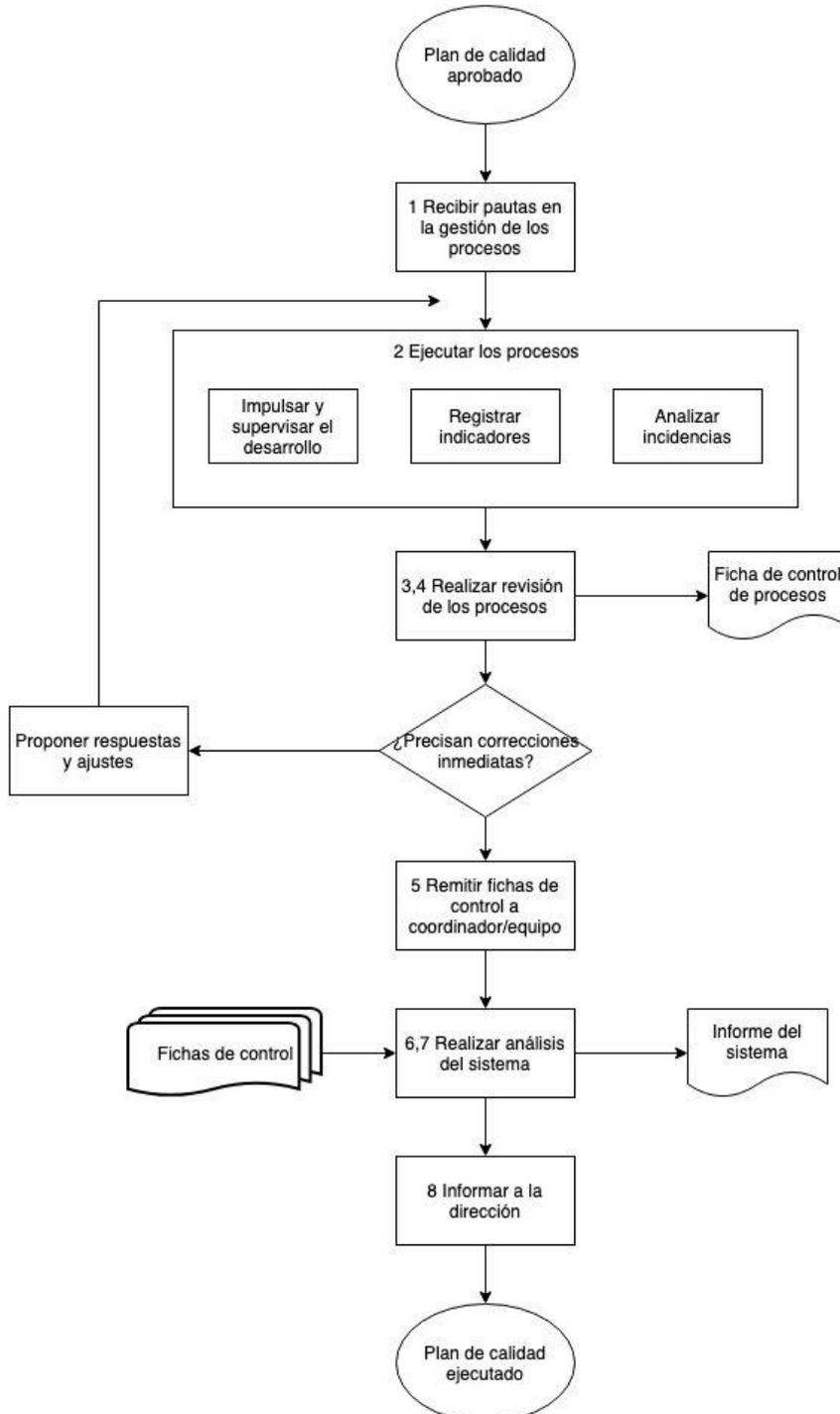
Nombre	Descripción	Responsable
Revisión de procesos	% de procesos revisados en plazo	Coordinador de calidad
Adecuación de indicadores	% de indicadores recogidos adecuadamente	Coordinador de calidad
Funcionamiento de los procesos	% de procesos sin incidencias	Coordinador de calidad

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR004.3</b>
	<b>GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</b>	Fecha: 17/06/2019 Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</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>• Cumplir la normativa vigente en cuanto a registro y trámite de quejas y sugerencias.</li> <li>• Dar respuesta a las demandas y necesidades de usuarios, familia y trabajadores en tiempo y forma.</li> <li>• Favorecer la participación y satisfacción de usuarios y 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> </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 la demanda. Si procede, registrarla con identificación de quién la presenta y exposición del motivo. Posibles cauces: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buzón de quejas/sugerencias.</li> <li>- Registro y presentación formal por escrito, en el centro o en registro oficial.</li> <li>- Queja o sugerencia verbal.</li> <li>- Quejas o sugerencias registradas por otras vías: actas de reunión, libros de incidencias.</li> </ul> Registrar las demandas en registro específico las demandas que cumplan con una formalidad mínima, tanto si se tramitan interna como externamente. </li> </ol>

2. Realizar cribado y tramitar la demanda por los canales formales establecidos por normativa.
  - En caso de queja formal de usuario/familia que cumpla los requisitos del Decreto 91/2001, se registra y transmite a Dirección Provincial.
  - En caso de quejas de trabajadores, o de que el usuario solicite únicamente una respuesta por parte del centro, se podrá tramitar internamente. Aun así, se deberá informar de la posibilidad de tramitar la queja a Dirección Provincial/Inspección de Servicios.
3. Valorar la demanda por el servicio implicado y el equipo directivo.  
Realizar entrevista con partes implicadas si es preciso.
4. Derivar si es necesario al equipo de gestión de calidad y/o técnico correspondiente para informar.
5. Realizar análisis.
6. Elaborar posibles respuestas y propuestas de mejora.
7. Aprobar las propuestas por parte de la dirección o RAAR.
8. Informar a Dirección Provincial si es preciso (quejas formales de usuarios/familias).
9. Recibir instrucciones de Dirección Provincial si es preciso.
10. Registrar y difundir las medidas a adoptar en el centro y a familias si procede.
11. Ejecutar e implementar las medidas.
12. Evaluar las medidas.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

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

### 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.
- Guía de buenas prácticas.

### INDICADORES

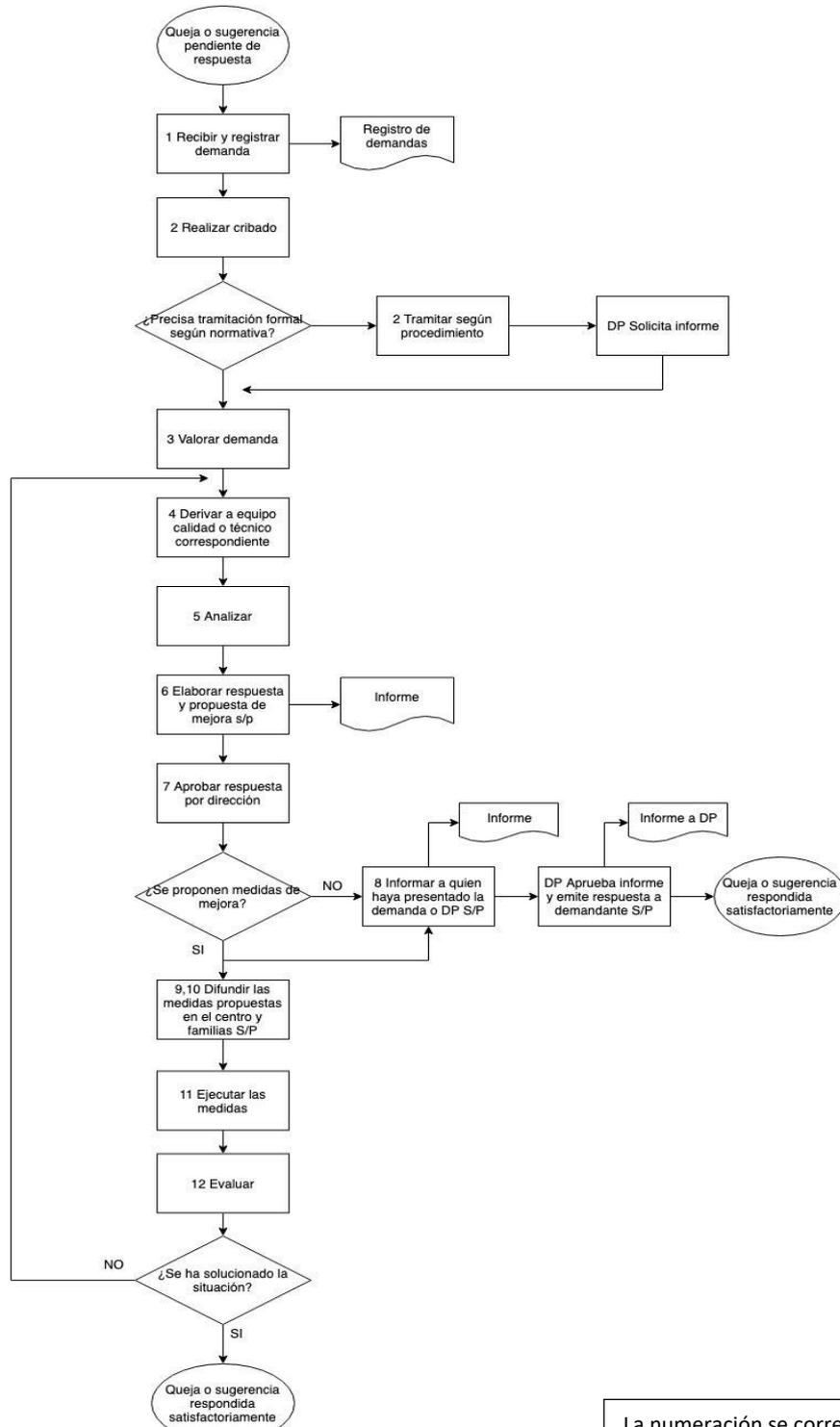
Nombre	Descripción	Responsable
Quejas y sugerencias	Nº de quejas y sugerencias presentadas	Dirección, RAAR
Satisfacción con el procedimiento de quejas y sugerencias	% de quejas y sugerencias a las que se ha dado respuesta satisfactoria	Dirección, coordinador calidad

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CAPDI ZARAGOZA**

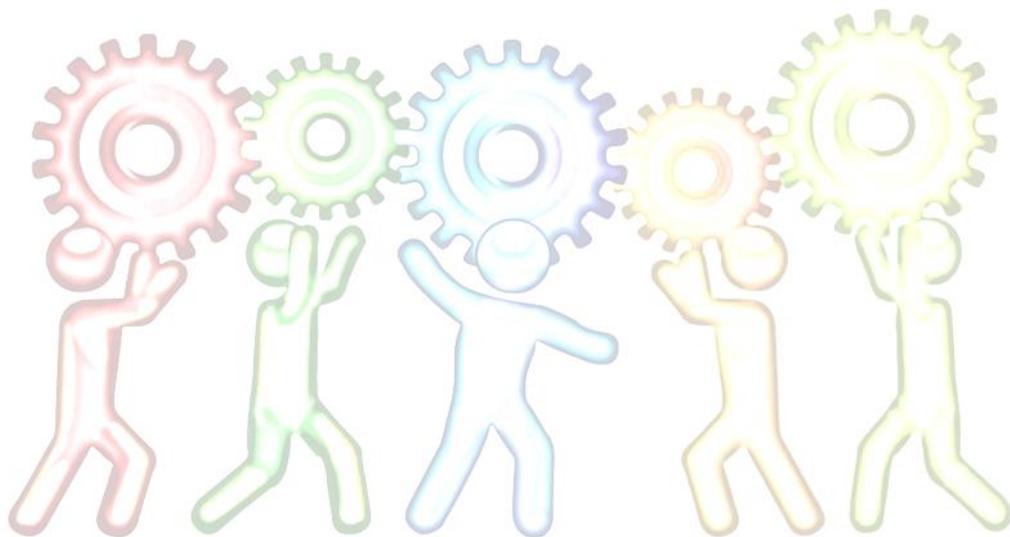
VALIDADO POR  
**GERENCIA IASS**



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



### 3.3DESARROLLO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.1</b>
	<b>CUIDADOR DE REFERENCIA</b>	Fecha: 01/02/2019
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI Zaragoza</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Facilitar una atención individualizada a las personas a través de un vínculo emocional y de confianza entre cuidador y usuario/familia, que contemple su historia de vida y proyecto vital.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de la persona.</li> <li>• Reforzar el vínculo afectivo y de confianza entre residente y cuidador.</li> <li>• Conocer la biografía y proyecto vital de la persona.</li> <li>• Conocer y potenciar las capacidades y autonomía de las personas.</li> <li>• Realizar un seguimiento desde el ingreso y a lo largo de la estancia de la persona en el centro, representando sus intereses y preferencias.</li> <li>• Establecer canales de comunicación y participación entre usuario, cuidador de referencia, familia y resto de profesionales del centro.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: responsable de TCAE, RAAR.</li> <li>• Otros implicados: TCAE, TR y resto de profesionales del centro.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de TCAE de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de estancia en el centro.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas y preferencias de la persona.</li> <li>• Información de 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 Atención Integral y Vida (PAIV).</li> <li>• Comunicación con usuarios, familias y otros profesionales.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asignación de TCAE de referencia, previa a ingreso (ver proceso <i>PR102.1 Admisión y Preingreso</i>).</li> <li>2. Participación de TCAE de referencia en el ingreso (si es posible). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar en la recepción de información de la familia.</li> </ul> </li> </ol>

- Colaborar en el inicio de registro de documento *Historia y Proyecto Vital* (ver proceso *Plan de Atención Integral y Vida*, y protocolo *PRT103.1 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.
3. Periodo de adaptación:
    - Acompañamiento de la persona. Observación y diálogo.
    - Colaborar en la elaboración de *Historia y Proyecto Vital*. Registro de documento de seguimiento de atención centrada en la persona (protocolo *PRT103.1 Historia y Proyecto Vital*).
    - Comunicación con familia (directa en cuestiones de ABVD o a través del TR de referencia u otros profesionales).
  4. Participación en la realización del PAIV (ver proceso *PR103 Plan de Atención Integral y Vida*).
  5. Seguimiento de la evolución de la persona a lo largo de su estancia en el centro.
    - Relación de confianza con usuario y familia.
    - Seguimiento de conducta, intereses, capacidades.
    - Comunicación con familia, TR de referencia u otros profesionales ante necesidades o incidencias.
    - Participación en la actualización del PAIV.
  6. Colaboración en el seguimiento de las pertenencias (proceso *PR108.3 Gestión de Pertenencias*).
  7. Participar en la revisión del PAIV.

Las TCAE cambian de módulo cada año. En cada módulo se realiza una asignación usuario-TCAE, y esta se respetará cuando se rote por el mismo módulo.

Reasignación de TCAE-usuario en caso de solicitud motivada de cualquiera de las partes.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Ficha de valoración inicial	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Historia y Proyecto Vital	
Documento/registro	Análisis y seguimiento de ACP	
Documento/registro	Listado de asignación de TCAE/cuidadores de referencia	
Documento/registro	Inventario y seguimiento de pertenencias	
Documento/registro	Partes de comunicaciones	
Programa/base de datos	GERES	
Protocolos asociados	PRT103.1 Protocolo de 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

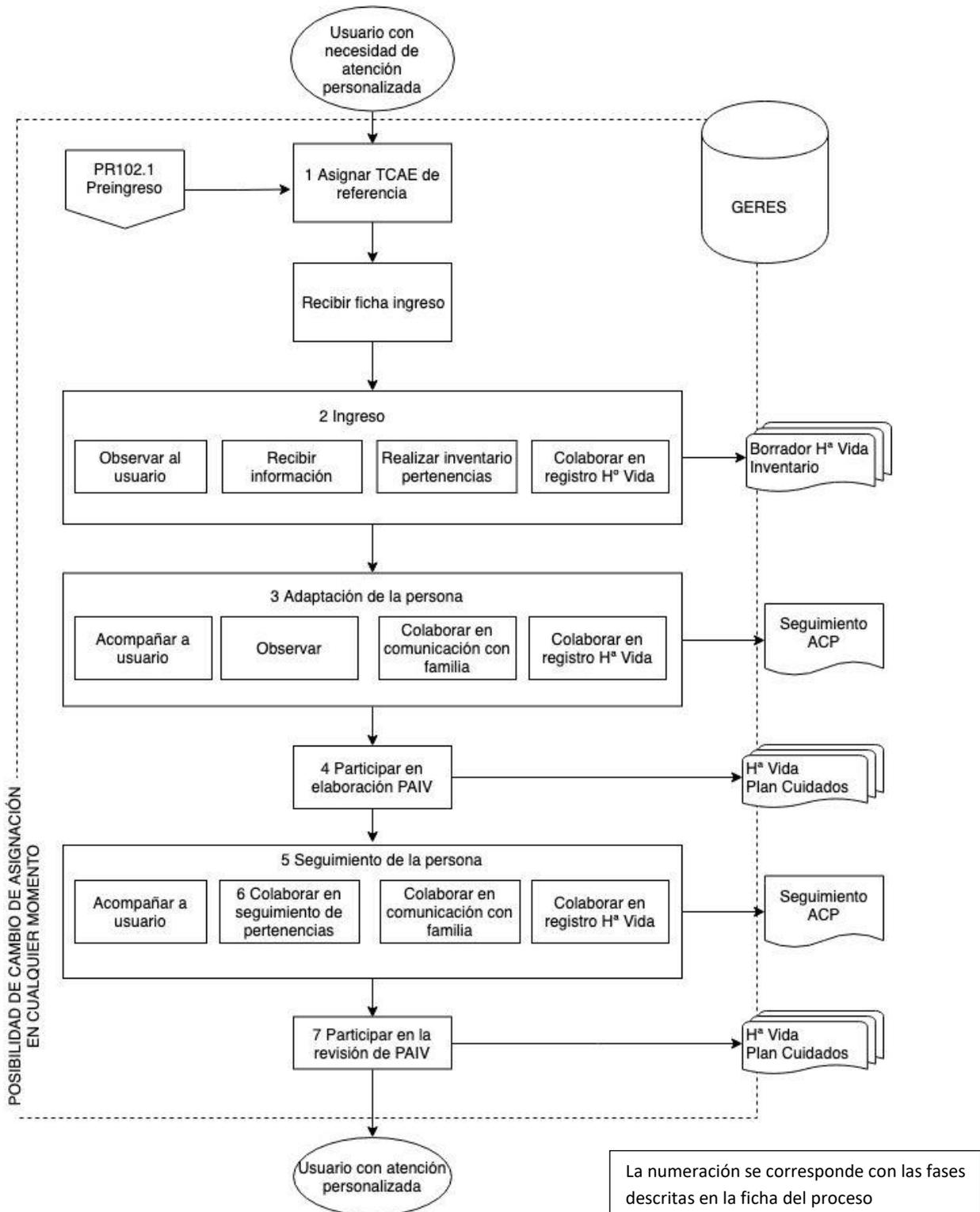
Nombre	Descripción	Responsable
Cuidador de referencia	% de usuarios con cuidador de referencia asignado	Coordinadora TCAE
Participación indirecta en PAIV	% de planes de atención con participación indirecta (valorado por técnico de referencia)	RAAR, técnico de referencia
Satisfacción de cuidadores de referencia	Satisfacción medida en encuesta	Dirección, coordinador calidad

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI Zaragoza**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR101.2</b>
	<b>APOYOS EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</b>		Fecha: 19/03/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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.
- Establecer una adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: auxiliar de enfermería (TCAE), técnico recuperador (TR), coordinadora de TCAE.
- Otros implicados: responsable de área asistencial y residencial (RAAR), enfermería y otros técnicos.

#### INICIO DEL PROCESO

- Valoración del residente.
- Detección de necesidad.

#### FINAL DEL PROCESO

- Finalización de estancia.
- Necesidad satisfecha.

#### ENTRADAS

- Necesidades de los residentes.
- Ficha de ingreso.
- Informes remitidos por otros profesionales durante la estancia.
- Plan de Cuidados Personales del residente.
- Planificación/calendario de actividades.
- Información aportada por la familia/usuario.

#### SALIDAS

- Satisfacción de necesidades.
- Registros de cuidados.
- Información a partes interesadas.

#### PROVEEDORES

- RAAR.
- Otros profesionales del centro.
- Usuario y familia.

#### DESTINATARIOS

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

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Evaluación integral de la persona por el equipo multiprofesional. TCAE y TR de referencia pueden aportar información acerca de necesidades, expectativas y preferencias del residente a la hora de elaborar el Plan de Cuidados Personales.
2. Asignación a programa de habilitación.

Los residentes con mayor autonomía son asignados a programa de habilitación y supervisados-apoyados por TR (ver proceso *PR107.3 Programa de autonomía en las AVD*).

Los residentes con menor autonomía son atendidos por TCAE.

3. Recepción de pautas de los diferentes técnicos a través de ficha de ingreso, el Plan de Cuidados Personales, o comunicación de nuevas pautas.
4. Ejecución de los cuidados:
  - a. Reparto y asignación de tareas en cada turno.
  - b. Supervisión, ayuda o suplencia en las ABVD.
5. Detección y comunicación de incidencias o nuevas necesidades a técnico correspondiente.
6. Participación en el seguimiento y evaluación de los cuidados. TCAE y TR de referencia.

Actuaciones y fases específicas según subproceso:

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

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Plan de cuidados de enfermería	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Tarjetas de asignación de tareas	
Documento/registro	Parte de lesiones	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Protocolos asociados	Los de cada subproceso	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Grado de Dependencia	% de residentes con cada uno de los grados de Dependencia reconocidos, o sin grado	Trabajadora 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 PCP	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: ASEO E HIGIENE</b>	Fecha: 19/03/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA	
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	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.
- Establecer una adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: auxiliar de enfermería (TCAE), técnico recuperador (TR), coordinadora de TCAE.
- Otros implicados: responsable de área asistencial y residencial (RAAR), enfermería y otros técnicos.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del 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>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Plan de Cuidados Personales del residente.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales durante la estancia.</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>• RAAR.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> <li>• Usuario y familia.</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.

Los residentes con mayor autonomía son asignados a programa de rehabilitación y supervisados-apoyados por TR.

Los residentes con menor autonomía son atendidos por TCAE.

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Saludar y despertar.
2. Levantar. Supervisar la movilización, ayudar o suplir, en función de la autonomía.
3. Realizar ducha diaria con los productos de apoyo y asistencia necesarios: cuidado de temperatura de agua, enjabonado, aclarado, secado e hidratación de la piel y cabello. Afeitado, higiene bucal y revisión de uñas.
4. Detectar y avisar a enfermería de alteraciones de la piel u otras.
5. Aplicar tratamientos pautados o específicos.
6. Vestir (ver *subproceso específico*).
7. Acicalar, atendiendo en lo posible sus preferencias.
8. Asignar residentes al servicio de peluquería y podología s/p (TCAE).
9. Abrir ventanas para ventilar (TCAE).
10. Revisar habitaciones: ropa sucia y basuras (TCAE).
11. Limpiar las maquinillas de afeitarse (TCAE).
12. Controlar la limpieza y mantenimiento de productos de apoyo (TCAE).
13. Atención continuada ante incidencias.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Ficha de ingreso de residente	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Plan de cuidados de enfermería	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Tarjetas de asignación	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Parte de lesiones	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseo e higiene diaria (TCAE)</li> <li>• Higiene diaria (TR)</li> <li>• Promoción de la salud</li> <li>• Movilidad, traslado y transferencia de residentes</li> <li>• Tratamiento de UPP</li> <li>• Atención a residentes con sondas y ostomías</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

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

**INDICADORES**

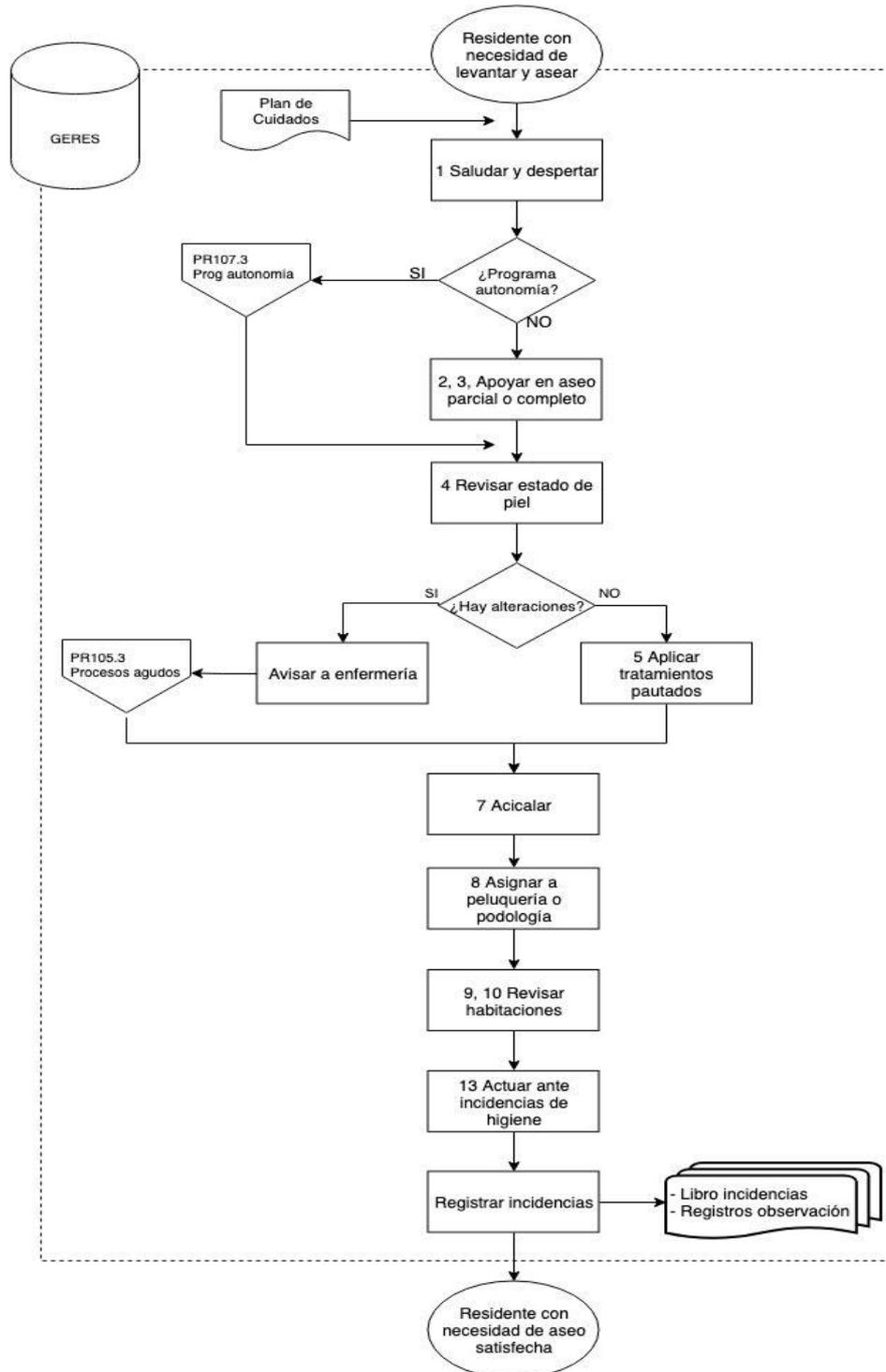
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en aseo	Grado medio de autonomía de las usuarias en aseo, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del aseo	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Técnico de referencia
Incidencias relacionadas con el estado de la piel	Nº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

AREA:  
CENTROS

ELABORADO POR:  
EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA

AMBITO DE APLICACIÓN:  
CAPDI ZARAGOZA

VALIDADO POR:  
GERENCIA IASS



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.2</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: VESTIDO</b>	Fecha: 19/03/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA	
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

<b>MISIÓN</b>
<p>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.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.</li> <li>• Individualizar la atención y cuidados prestados.</li> <li>• Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.</li> <li>• Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.</li> <li>• Mantener un entorno próximo al usuario confortable, tanto en lo físico como en lo emocional.</li> <li>• Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.</li> <li>• Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.</li> <li>• Establecer una adecuada información y coordinación con otros profesionales.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: auxiliar de enfermería (TCAE), técnico recuperador (TR), coordinadora de TCAE.</li> <li>• Otros implicados: responsable de área asistencial y residencial (RAAR), enfermería y otros técnicos.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Plan de Cuidados Personales del residente.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales durante la estancia.</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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAAR.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> <li>• Usuario y familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<p><b>Actuaciones generales.</b>            Descritas en el proceso común.            Los residentes con mayor autonomía son asignados a programa de rehabilitación y supervisados-apoyados por TR.            Los residentes con menor autonomía son atendidos por TCAE.</p>

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Seleccionar y preparar la ropa en el turno de tarde anterior. Participación del residente según su capacidad e intereses.
2. Supervisar o asistir en el vestido y arreglo personal, según la autonomía del residente en su habitación o en la estancia habilitada para ello. Colocación de pañal s/p (ver proceso PR101.2.4 ABVD Eliminación).
3. Acicalar, atendiendo en lo posible sus preferencias.
4. Recoger ropa sucia de la mañana y traslado a lavandería (ver proceso PR203.2 Lavandería).
5. Supervisar el adecuado aseo y vestido a lo largo de la jornada, y ante visitas o salidas...
6. Actuar ante incidencias: cambio de ropa por TCAE de turno.
7. Colocar pijama y pañal s/p después de las cenas, en habitaciones y baños.
8. Recoger ropa sucia de la tarde y traslado a lavandería (ver proceso PR203.2 Lavandería).

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Ficha de ingreso de residente	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Plan de cuidados de Enfermería	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Tarjetas de reparto de tareas	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Parte de lesiones	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestido (TCAE)</li> <li>• Vestido/desvestido (TR)</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

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

**INDICADORES**

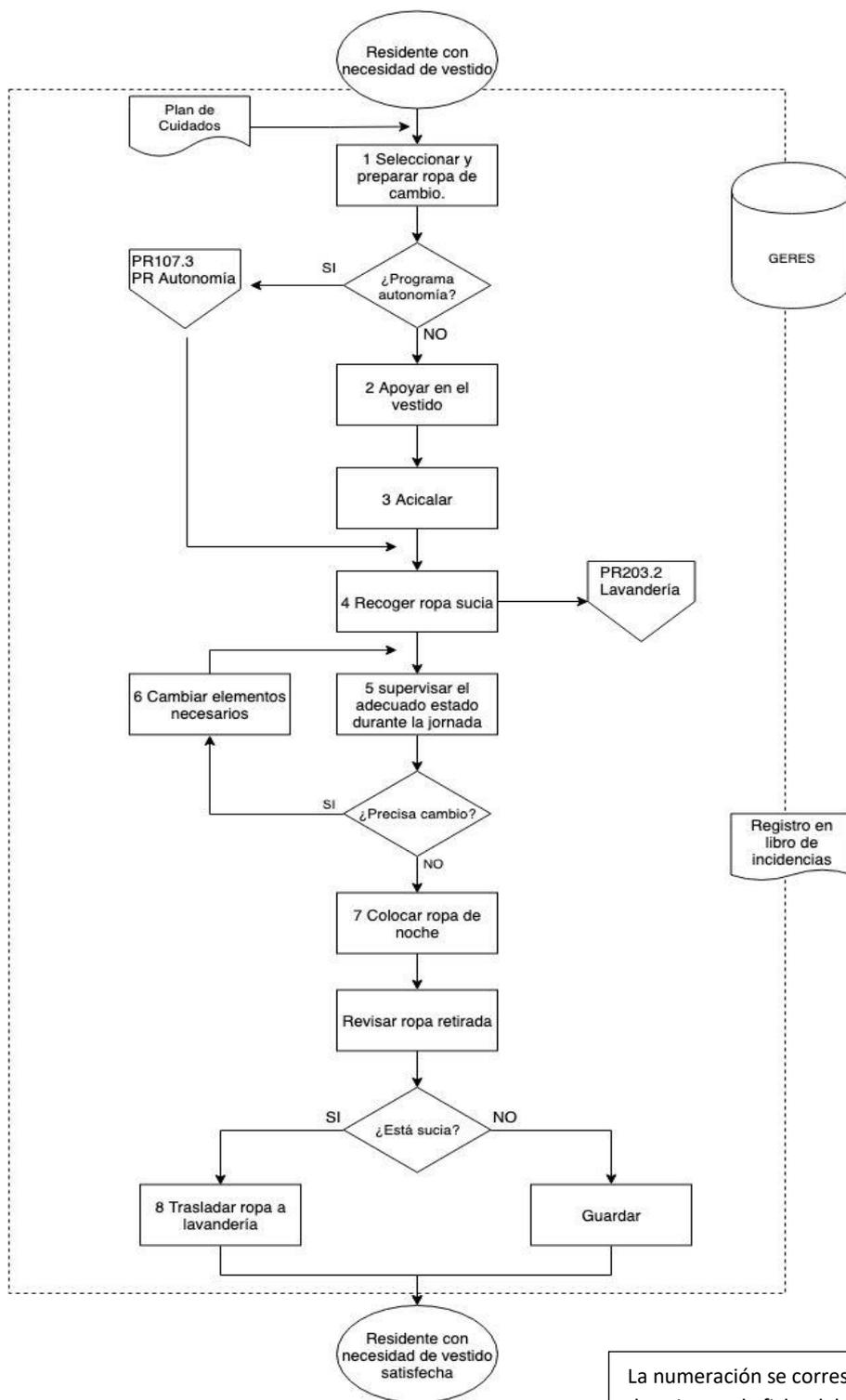
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en vestido	Grado medio de autonomía de las usuarias en vestido, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización del vestido	% de residentes con preferencias registradas en el Plan de Cuidados	Técnico de referencia
Incidencias relacionadas con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

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR101.2.3</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>		Fecha: 06-04-2018
			Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA		
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	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.
- Establecer una adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: auxiliar de enfermería (TCAE), técnico recuperador (TR), coordinadora de TCAE.
- Otros implicados: enfermería, médico, terapeuta ocupacional, PESD y otros.

#### INICIO DEL PROCESO

- Valoración del residente.
- Detección de necesidad.

#### FINAL DEL PROCESO

- Finalización de estancia.
- Necesidad satisfecha.

#### ENTRADAS

- Necesidades de los residentes.
- Ficha de ingreso.
- Plan de Cuidados Personales del residente.
- Informes remitidos por otros profesionales durante la estancia.
- Planificación/calendario de actividades.
- Información aportada por la familia/usuario.

#### SALIDAS

- Satisfacción de necesidades.
- Registros de cuidados.
- Información a partes interesadas.

#### PROVEEDORES

- RAAR.
- Otros profesionales del centro.
- Usuario y familia.

#### DESTINATARIOS

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

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Actuaciones generales.**

Descritas en el proceso común.

Los residentes con mayor autonomía son asignados a programa de rehabilitación y supervisados-apoyados por TR.

Los residentes con menor autonomía son atendidos por TCAE.

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Recibir pautas de médico/enfermería, o de productos de apoyo desde TO.
2. Trasladar a los residentes:
  - a. Dependientes (andantes o en silla de ruedas) al comedor por parte de TCAE en el turno correspondiente a cada módulo.
  - b. Usuarios incluidos en programa de habilitación, por parte de TR.
  - c. Usuarios de área ocupacional: pueden ser acompañados por los maestros de taller y terapeuta ocupacional en función de los horarios de aulas.
3. Comprobar adecuada ubicación y colocación de residentes.
  - a. Dependientes, en comedor general.
  - b. Usuarios incluidos en programa de habilitación, en sala "Luís Gaya".
4. Comprobar adecuación de cubiertos, comida, productos de apoyo.
5. Comprobar la temperatura y cantidad de los alimentos.
6. Apoyar, supervisar y/o administrar alimentos a usuarios.
7. Administrar suplementos prescritos.
8. Coordinarse con enfermería para administración de la medicación.
9. Cuidar, detectar e informar de problemas de ingesta (por cantidad) o deglución (por capacidad).
10. Alimentar al residente con sonda gástrica en horario pautado por enfermería. Lo realiza la TCAE que tenga la tarea asignada en la habitación del residente.
11. Controlar y registrar la ingesta de alimentos si se pauta.

Hidratación extra a media mañana, a media tarde y a demanda.

Administración de otro tipo de alimentos pautados fuera de horario de comedor.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Ficha de ingreso de residente	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Plan de cuidados de enfermería	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Tarjetas de reparto de tareas	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Menú semanal y sus variaciones	
Documento/registro	Alimentación/hidratación	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición (TCAE)</li> <li>• Alimentación e hidratación (TR)</li> <li>• Preparación y administración de la medicación y tratamientos pautados</li> <li>• Atención a residentes portadores de sondas naso-entéricas y gastrostomías</li> <li>• Movilidad, traslado y transferencias</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

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

**INDICADORES**

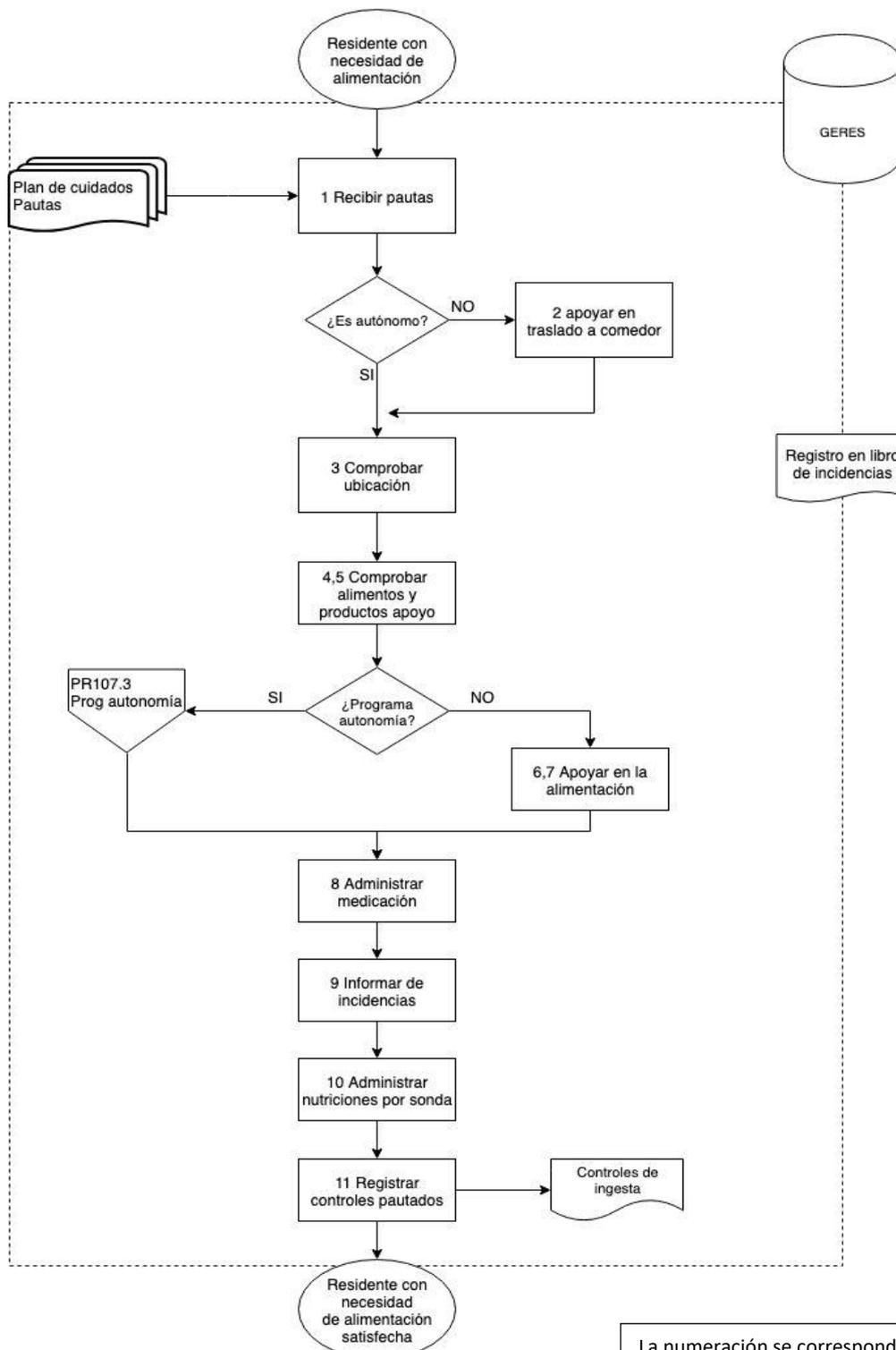
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en comidas	Grado medio de autonomía de las usuarias en la comida, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización de las comidas	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Técnico de referencia
Incidencias relacionadas con las comidas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

AREA: CENTROS

ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA

AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA

VALIDADO POR: GERENCIA IASS



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.4</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: ELIMINACIÓN</b>	Fecha: 06-04-2018 Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA	
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	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.
- Establecer una adecuada información y coordinación con otros profesionales.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: auxiliar de enfermería (TCAE), coordinadora de TCAE.
- Otros implicados: enfermería, técnico recuperador (TR), y otros técnicos.

#### INICIO DEL PROCESO

- Valoración del residente.
- Detección de necesidad.

#### FINAL DEL PROCESO

- Finalización de estancia.
- Necesidad satisfecha.

#### ENTRADAS

- Necesidades de los residentes.
- Ficha de ingreso.
- Plan de Cuidados Personales del residente.
- Informes remitidos por otros profesionales durante la estancia.
- Planificación/calendario de actividades.
- Información aportada por la familia/usuario.

#### SALIDAS

- Satisfacción de necesidades.
- Registros de cuidados.
- Información a partes interesadas.

#### PROVEEDORES

- RAAR.
- Otros profesionales del centro.
- Usuario y familia.

#### DESTINATARIOS

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

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Actuaciones generales.**

Descritas en el proceso común.

Los residentes con mayor autonomía son asignados a programa de rehabilitación y supervisados-apoyados por TR.

Los residentes con menor autonomía son atendidos por TCAE.

**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, cambiar las bolsas de colostomía y diuresis.
5. Prevenir lesiones en la piel como consecuencia del uso continuado del pañal.
6. Registrar deposiciones y menstruaciones.
7. Observar y comunicar/informar 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	Ficha de ingreso de residente	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Plan de cuidados de enfermería	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Tarjetas de reparto de tareas	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Control de deposiciones	
Documento/registro	Control de menstruaciones	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación (TCAE)</li> <li>• Movilidad, traslado y transferencias</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

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

**INDICADORES**

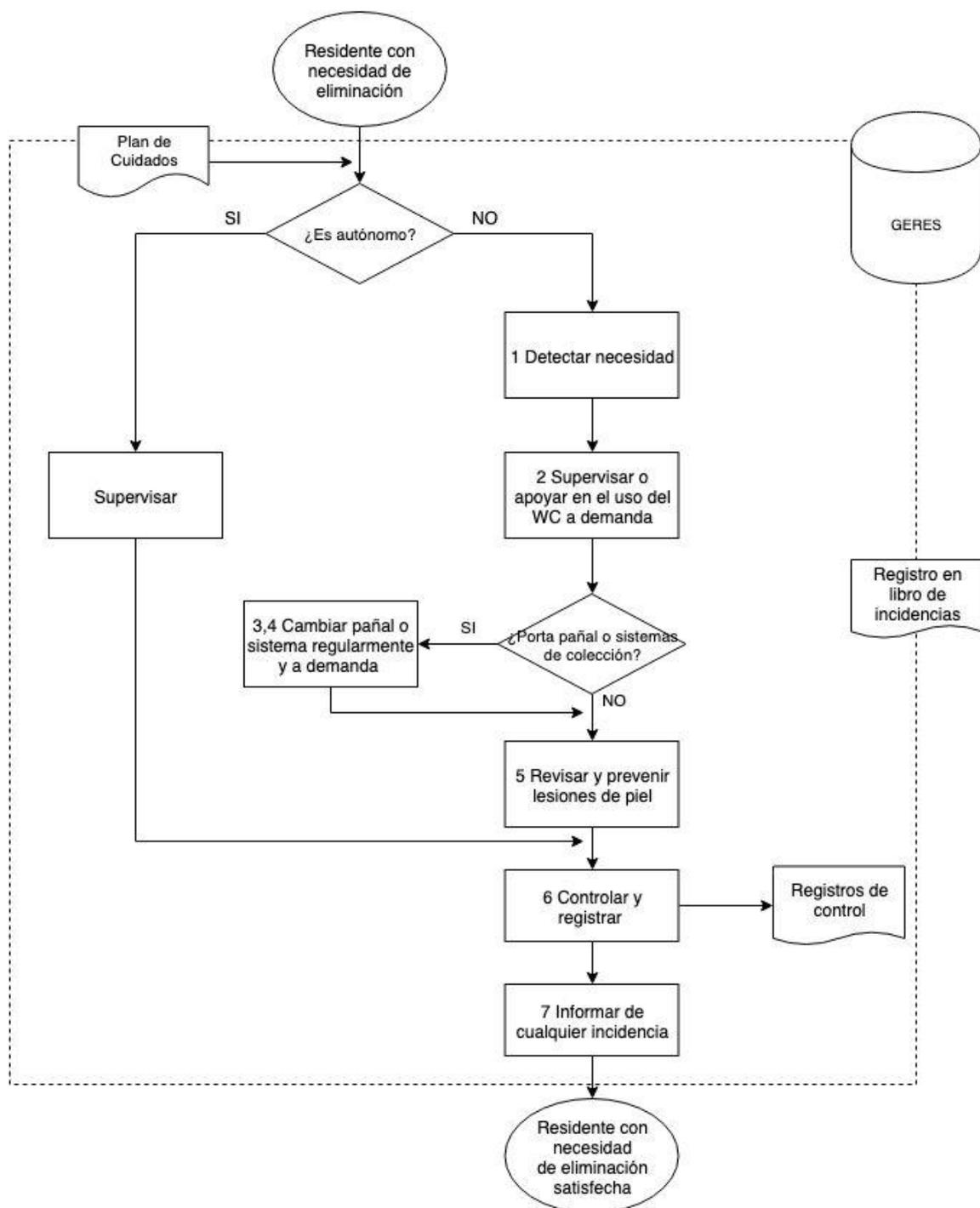
Nombre	Descripción	Responsable
Índice autonomía en eliminación	Grado medio de autonomía de las usuarias en eliminación, medido según escala Barthel	T. Ocupacional
Personalización en la eliminación	% de Planes de Cuidados con preferencias registradas	Enfermería
Incidencias en eliminación	Incidencias relacionadas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

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR101.2.5</b>
	<b>APOYOS EN LAS ABVD: MOVILIDAD</b>	Fecha: 06-04-2018 Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA	
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

<b>MISIÓN</b>
<p>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.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus necesidades básicas personales.</li> <li>• Individualizar la atención y cuidados prestados.</li> <li>• Identificar las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.</li> <li>• Conseguir la satisfacción del usuario con su propia imagen personal.</li> <li>• Mantener un entorno próximo al usuario confortable, tanto en lo físico como en lo emocional.</li> <li>• Prevenir complicaciones, accidentes y lesiones.</li> <li>• Realizar detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.</li> <li>• Establecer una adecuada información y coordinación con otros profesionales.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: auxiliar de enfermería (TCAE), técnico recuperador (TR), coordinadora de TCAE.</li> <li>• Otros implicados: responsable de área asistencial y residencial (RAAR), fisioterapeuta, enfermería y otros técnicos.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del residente.</li> <li>• Detección de necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalización de estancia.</li> <li>• Necesidad satisfecha.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los residentes.</li> <li>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Plan de Cuidados Personales del residente.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales durante la estancia.</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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAAR.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> <li>• Usuario y familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes del centro.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Otros profesionales del centro.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<p><b>Actuaciones generales.</b> Descritas en el proceso común.</p>

Los residentes con mayor autonomía son asignados a programa de habilitación y supervisados- apoyados por TR.

Los residentes con menor autonomía son atendidos por TCAE.

**Actuaciones y fases específicas:**

1. Identificar capacidades: autonomía, movilidad con productos de apoyo, movilidad con apoyo de tercera persona...
2. Recibir pautas de fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional.
3. Apoyar en la movilidad: supervisión o apoyo en paseos.
  - Tareas de apoyo diarias realizadas por TCAE y TR.
  - Ejecución de programa de paseos (ver *subproceso de autonomía de movimiento y cuidados posturales*).
  - Apoyo en excursiones y paseos fuera del centro.
  - Registros de actividad.
4. Prevenir complicaciones secundarias a inmovilidad:
  - Ejecución de cambios posturales y trasferencias. TCAE según pautas de enfermería/fisioterapia.
  - Registros de cambios posturales
5. Limitar la movilidad. Según protocolo de sujeciones físicas.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Ficha de ingreso de residente	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Plan de cuidados de enfermería	
Documento/registro	Ficha resumen de cuidados	
Documento/registro	Tarjetas de reparto de tareas	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Hoja de paseos	
Documento/registro	Hoja de cambios posturales	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad, traslado y transferencia de residente</li> <li>• Tratamiento de úlceras por presión</li> <li>• Prevención y actuación ante caídas</li> <li>• Sujeciones físicas</li> </ul>	

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

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

**INDICADORES**

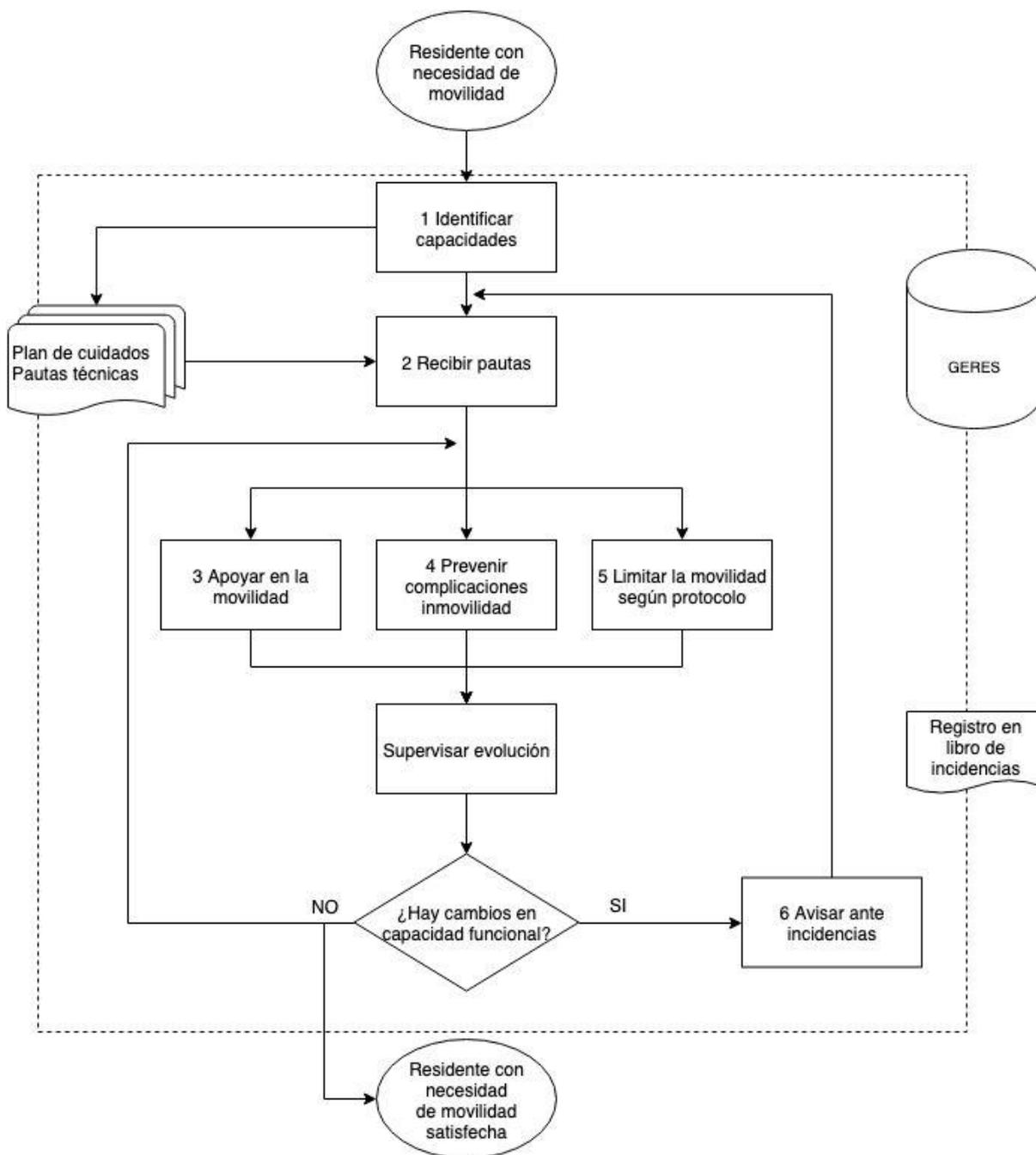
Nombre	Descripción	Responsable
Residentes encamados	% de residentes encamados	Enfermería
Caídas	Nº de caídas en proporción al nº de usuarios	Enfermería
Índice autonomía en movilidad	Grado medio de autonomía de las usuarios en movilidad, medido según escala Barthel	TO
Personalización en la movilidad	%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

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR102.1</b>
	<b>ADMISIÓN Y PREINGRESO DE NUEVO RESIDENTE</b>	Fecha: 16-02-2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI Zaragoza</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI Zaragoza</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

- Asegurar 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 (TS).
- Otros implicados: directora, RAAR, psicóloga, médico, enfermería, técnico recuperador (TR) de referencia, auxiliar de enfermería (TCAE) de referencia, coordinadora de TCAE, gobernantas.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de ingreso de gerencia o direcciones provinciales.</li> <li>• Comunicación de resolución de adjudicación de plaza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso comunicado y preparado.</li> </ul>
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> <li>• Datos o documentos aportados por otras administraciones o entidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas previas al ingreso.</li> <li>• Comunicación de no aceptación de ingreso (si procede).</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia o Dirección Provincial de IASS (DP).</li> <li>• Familia/Tutor.</li> <li>• Médico, psicóloga y trabajadora social del centro.</li> <li>• Otras administraciones o entidades.</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 comunicación de solicitud de ingreso en el centro con documentación básica de expediente (trabajadora social). Se comunica siempre desde Dirección Provincial en estancias temporales y sólo en caso de duda desde Gerencia en estancias permanentes.
2. La trabajadora social comunica el caso al equipo multidisciplinar, donde se valora.
3. El equipo puede solicitar información adicional si lo requiere a familia u otras entidades, a través de la trabajadora social.

4. Con la información completa, el equipo multidisciplinar decide la idoneidad del centro al perfil del solicitante.
5. Comunicar decisión acerca del ingreso a Gerencia o Dirección Provincial (dirección o trabajadora social). En caso de desestimación se adjunta informe de la psicóloga.
6. Gerencia/DP comunica la adjudicación definitiva de plaza y plazo de ingreso tanto al centro y como al solicitante.
7. La trabajadora social acuerda con médico y psicóloga las posibles fechas de entrevista preingreso con el usuario/familia.
8. La trabajadora social llama a la familia para informar del proceso de ingreso, solicitar la documentación necesaria y acordar la visita al centro previa al ingreso.
9. La psicóloga asigna TR de referencia y la coordinadora de auxiliares y trabajadora social asignan TCAE de referencia.
10. La TS da de alta al futuro residente en programa GERES (como preingreso) y comunica el ingreso por nota interna a resto de servicios.
11. Visita de familia y futuro usuario al centro.
  - Entrevista y valoraciones de trabajadora social, psicóloga, TR de referencia, médico, enfermera y TCAE. Comienzo de registro de documento de H<sup>a</sup> de vida (ver *proceso de Plan Integral de Atención y Vida*)
  - Entrega de documentación relativa al ingreso y de información del centro.
  - La trabajadora social muestra las instalaciones.
12. La psicóloga asigna habitación, mesa de comedor y programa de autonomía si procede.
13. Médico, trabajadora social y psicóloga completan la ficha de ingreso y la entregan a RAAR.
14. RAAR reparte la ficha a todos los servicios de atención directa 2 días antes del ingreso. Comunica datos necesarios para la atención a los servicios residenciales.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Resolución de adjudicación de plaza	
Documento/registro	Expediente de solicitud: informe social y de condiciones de salud	
Documento/registro	Acta de reunión multidisciplinar	
Documento/registro	Informe de no idoneidad de psicología	
Documento/registro	Solicitud de documentación y ropa	
Documento/registro	Copia reglamento de régimen interior	
Documento/registro	Carta de servicios del centro	
Documento/registro	Autorizaciones	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Documento/registro	Notas interiores	
Base informática	GERES	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Normativa vigente.  
 Normas e instrucciones del centro, Gerencia o Dirección Provincial.  
 Guía de buenas prácticas.

#### INDICADORES

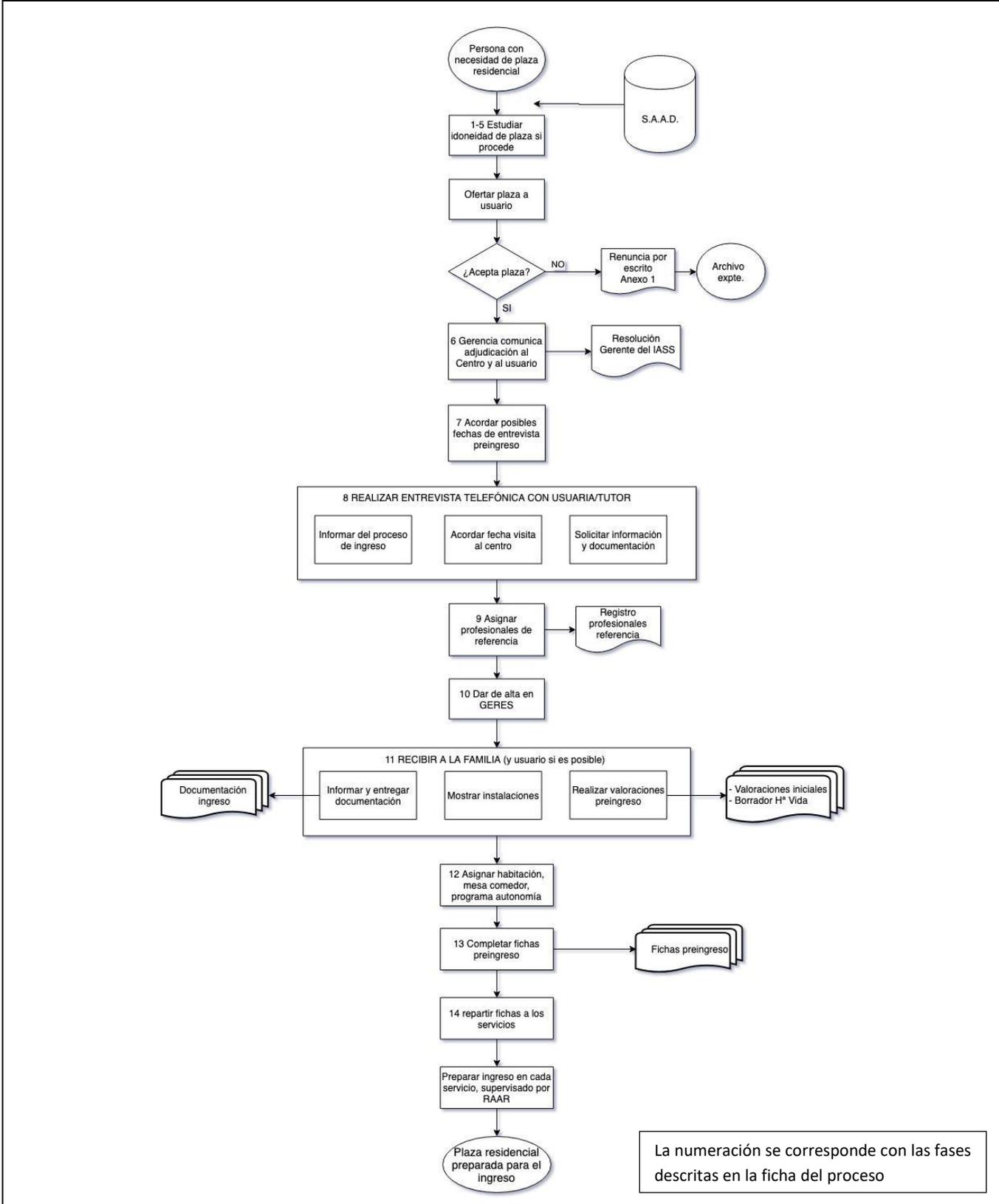
Nombre	Descripción	Responsable
Información preingreso	% de ingresos con información o pautas previas al ingreso	Trabajadora social
Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	% de satisfacción con el proceso medido en encuesta	Dirección, coordinador de calidad

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI Zaragoza**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI Zaragoza**

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: 02-03-2018 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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, psicológica 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 se 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: trabajadora social.
- Otros implicados: directora, RAAR, psicóloga, médico, enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería (TCAE) de referencia, coordinadora de TCAE, técnico recuperador (TR) de referencia, gobernantas, otros trabajadores del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
Llegada de usuario a centro el día de ingreso.	Fin de periodo de adaptación.
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y expectativas del residente y familia.</li> <li>• Documentación del expediente del futuro residente.</li> <li>• Datos/informes aportados por la familia.</li> <li>• Datos o documentos aportados por otras entidades o administraciones.</li> <li>• Valoraciones técnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de cuidados inicial.</li> <li>• Adaptación del residente, familia y centro.</li> <li>• Plan de Cuidados Personales (PCP).</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia IASS o Dirección Provincial.</li> <li>• Familia/Tutor.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Otras entidades o administraciones.</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 trabajadora social y acogida:
  - La familia firma documentación.
  - Inscripción del ingreso en el libro de registro.
  - Presentar a TR referencia.
2. Acompañar al residente y familia a la habitación (TS).
  - Recepción y traslado de ropa/enseres a la habitación. Inventario inicial con TCAE de referencia.
  - Resolución de incidencias relativas a pertenencias con la familia.

3. Comunicación de incidencias respecto a pertenencias, marcado, etc. a gobernanta en caso de tutelados o necesidades especiales (ver proceso *PR108.3 Gestión de pertenencias*).
4. Despedir a la familia. Acompañamiento de la trabajadora social. Trabajo/apoyo por parte de psicóloga s/p.
5. La TS entrega ficha del residente a administración (documento) para facturación.
6. Comunicar el alta a Dirección Provincial y/o Gerencia del IASS (según ficha modelo). Envío de recibí de la resolución a Dirección Provincial en los casos de estancias temporales.
7. Acompañar al residente durante las primeras horas de estancia en el centro. TR de referencia.
8. Realizar introducción progresiva en la dinámica y funcionamiento del centro e inclusión en tratamientos, programas de habilitación, aulas y talleres, según proceda.
9. Realizar seguimiento de la evolución, adaptación y necesidades del nuevo residente: psicóloga, trabajadora social, TR y TCAE de referencia
10. Solicitar a los diferentes técnicos del centro las valoraciones para completar el Plan de Cuidados Personales del residente (PCP) (ver proceso *PR103 PAIV*). El TR de referencia
11. Formalizar el PCP con la propuesta de actividades y cuidados para el nuevo residente en el plazo de un mes (ver proceso *PR103 PAIV*).
12. Transcurrido un mes desde el ingreso, en caso de no adaptación, la psicóloga emite informe, pudiéndose prorrogar el periodo de adaptación otro mes a propuesta de la dirección.
13. Fin de periodo de adaptación. Paso a estancia permanente

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Resolución de adjudicación de plaza	
Documento/registro	Contrato de atención en centros especializados	
Documento/registro	Autorizaciones	
Documento/registro	Libro de registro de ingresos y bajas	
Documento/registro	Inventario inicial de pertenencias	
Documento/registro	Ficha de residente para administración	
Documento/registro	Informe de no adaptación	
Documento/registro	Parte de comunicación	
Documento/registro	Ficha modelo altas-bajas	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Base informática	GERES	
Base informática	Programa facturación	

### 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

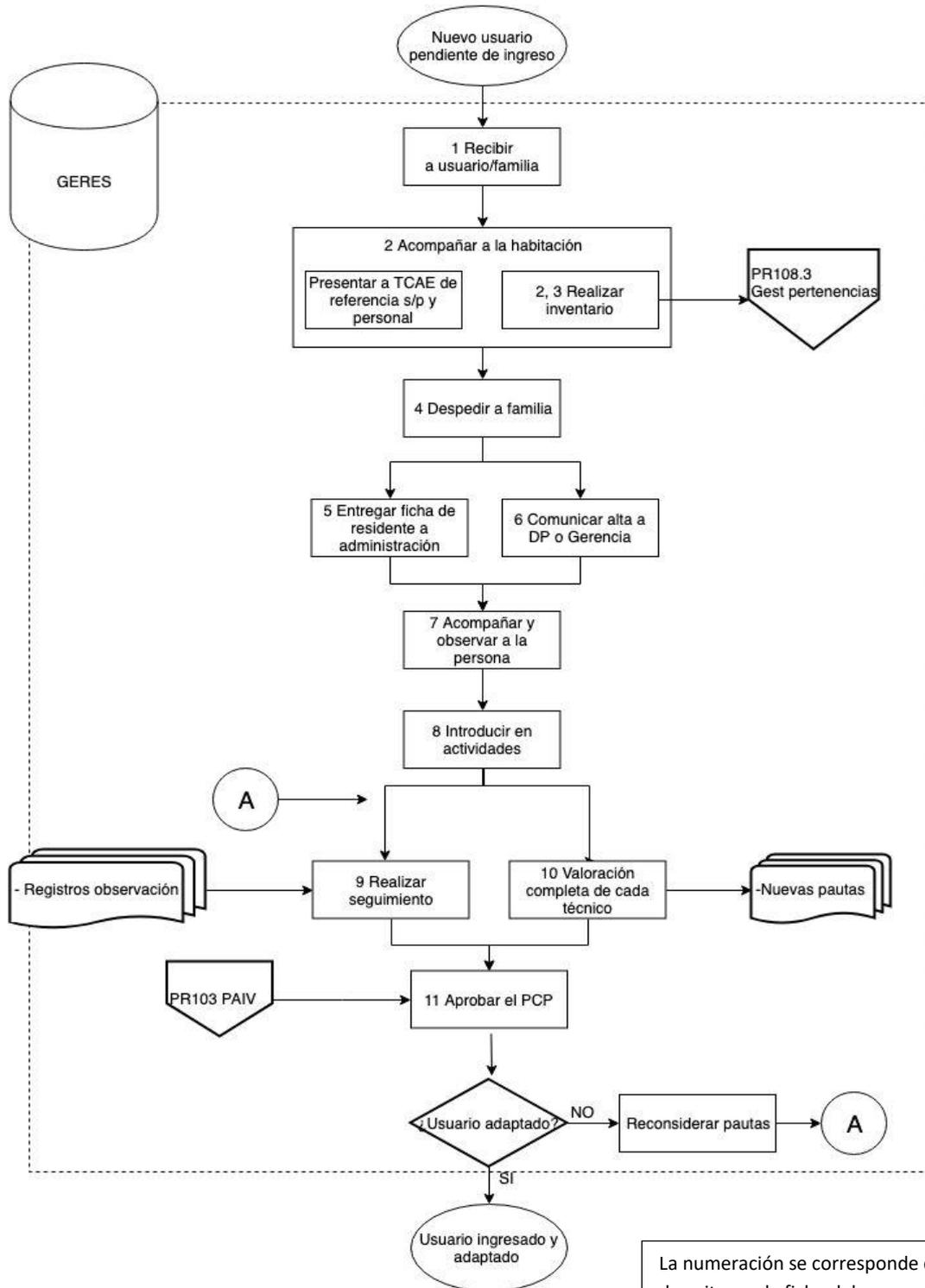
**INGRESO Y ACOGIDA DE NUEVO RESIDENTE**

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR103</b>
	<b>PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y VIDA</b>	Fecha: 20/04/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Desarrollar un plan de cuidados integral y personalizado de cada residente o usuario de centro de día, que refleje una valoración y planificación multidisciplinar y que cuente con la participación directa o indirecta de la persona atendida.

### 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.
- Elaboración de 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.
- Adaptación de 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 recuperador (TR) de referencia, RAAR.
- Otros implicados: psicóloga, trabajadora social (TS), médico, enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

#### INICIO DEL PROCESO

Entrevista preingreso.

#### FINAL DEL PROCESO

Residente con plan correctamente ejecutado.  
Proceso permanente.

#### ENTRADAS

- Necesidades de apoyo de la persona.
- Información de la historia de vida.
- Aportaciones del usuario o su familia.
- Ficha de ingreso.
- Valoraciones y planificación de los profesionales del centro.
- Informes de otros profesionales.

#### SALIDAS

- Calidad de vida y satisfacción de la persona.
- Plan de cuidados individual.
- Documento Historia de Vida.
- Comunicación a usuarios y familias.

#### PROVEEDORES

- Técnicos y profesionales del centro implicados en la atención del residente.
- Usuarios.
- Familias.

#### DESTINATARIOS

- Directos: usuarios del centro.
- Indirectos: personal de atención asistencial/residencial, otros técnicos del centro y familiares.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Asignar TR de referencia (ver proceso PR102.1 Admisión y preingreso).
2. Iniciar registro de documento de historia de vida, en entrevista previa a ingreso (ver proceso PR102.1 Admisión y preingreso). Trabajadora social y psicóloga.
3. Acoger el día de ingreso y supervisar el plan de cuidados inicial.
4. Observar durante el periodo de adaptación (primer mes):
  - Conducta, intereses, respuestas y capacidades.

- Registro de borrador documento de historia de vida (protocolo historia y proyecto vital). Trabajadora social, psicóloga, profesionales de referencia y otros profesionales...
- 5. TR de referencia solicita a trabajadora social, psicóloga, médico, enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y TCAE de referencia su valoración e indicaciones.
- 6. Elaborar el Plan de Atención Integral y Vida durante el primer mes de estancia en el centro con la información recibida de los departamentos anteriormente citados:
  - Puesta en común en la reunión de equipo multidisciplinar para unificación de criterios y priorización de actuaciones.
  - Documento de historia de vida y conclusiones.
  - Plan de Cuidados Personales.
- 7. Comunicar propuesta de plan de atención al usuario/familia. Recepción de aportaciones y análisis de las mismas. Trabajadora social/TR de referencia.
- 8. Elaborar hoja resumen de plan de cuidados a cargo de TR de referencia. Distribución de la misma por coordinadora de TCAE.
- 9. Realizar seguimiento de la ejecución del plan de actuación, movilizándolo los recursos necesarios para que se lleve a cabo.
- 10. Revisar semestralmente el Plan de Atención Integral y Vida, por parte del equipo multiprofesional, adoptando las modificaciones que se consideren oportunas:
  - Solicitud de nuevos informes a los departamentos.
  - Reunión de seguimiento de caso. Revisión de Historia de Vida y Plan de Cuidados Personales
  - Actualizar en el servidor la Hoja Resumen del Plan de Cuidados. Ver punto 7.
- 11. Informar anualmente del seguimiento de los planes a usuario/familia.
- 12. Realizar cambio de técnico de referencia a petición de residente o del mismo técnico s/p.

Si se detecta algún cambio significativo en cualquier aspecto de la persona se intervendrá lo más rápidamente posible, reuniendo al equipo (EMP o reunión de caso) o acudiendo al departamento correspondiente, para solucionar los problemas o disminuir su impacto en la vida de la persona. Las medidas adoptadas se reflejarán en el acta de la reunión para que todos los profesionales implicados sean conocedores de las mismas.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de cuidados del residente	
Documento/registro	Hoja resumen de plan de cuidados	
Documento/registro	Historia de Vida	
Documento/registro	Análisis y conclusiones de ACP	
Documento/registro	Seguimiento de ACP	
Documento/registro	Listado de asignación de profesionales de referencia	
Documento/registro	Partes de comunicaciones	
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

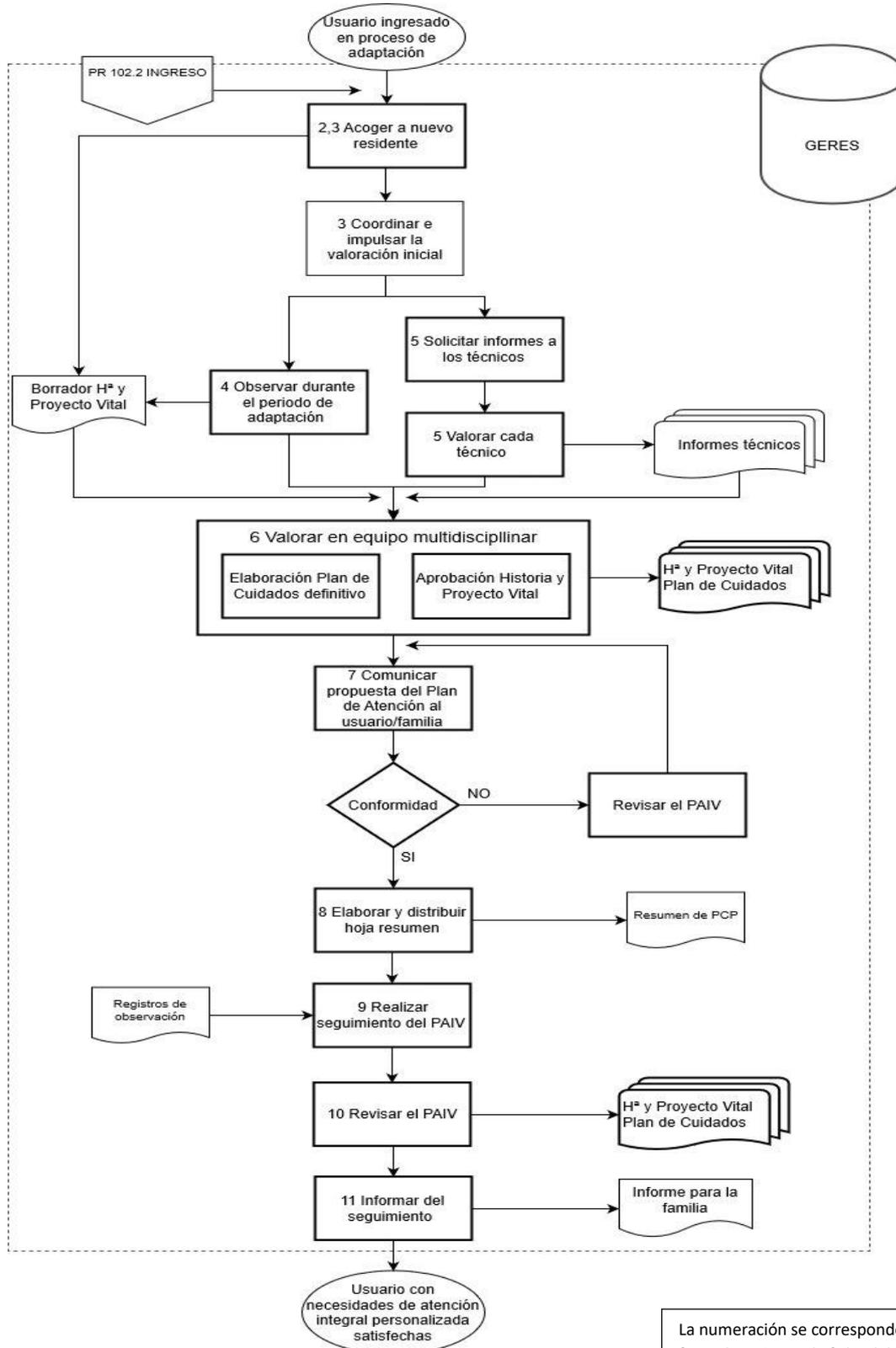
Nombre	Descripción	Responsable
Historias de Vida	% de residentes con Hª de Vida registrada	Trabajadora social
Revisión del PAIV	% de usuarios con plan actualizado en el último año.	RAAR
Comunicación de plan de cuidados	% de planes de cuidados comunicados a usuario/familia.	Dirección, RAAR
Plan de Cuidados 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 CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR104</b>
	<b>BAJA DE RESIDENTE EN EL CENTRO</b>	Fecha: 17/12/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA	
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	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 a las demandas de traslado de cualquier residente orientando hacia el recurso más adecuado y coordinando el proceso en base a sus necesidades y su situación sociofamiliar.
- Facilitar la continuidad de la asistencia y los cuidados en el centro de destino.
- Actuar de manera coordinada ante el fallecimiento de un residente.
- Acompañar a las personas próximas al residente fallecido en el proceso de duelo.
- Facilitar los trámites derivados de la nueva situación.
- Finalizar la estancia temporal del usuario por descanso del cuidador o situación sobrevenida.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

Propietario: trabajadora social.

Otros implicados: dirección, administración, PSA, médico, enfermería, TCAE, profesionales de referencia, gobernanta, PESD y otros profesionales implicados en la atención del residente.

#### INICIO DEL PROCESO

- Fallecimiento de residente
- Solicitud de traslado o renuncia.
- Finalización de la estancia temporal.

#### FINAL DEL PROCESO

- Baja administrativa: cierre y archivo de expediente.

#### ENTRADAS

- Necesidades del residente y familia.
- Solicitud de traslado o renuncia.
- Informes de técnicos del centro o externos.

#### SALIDAS

- Satisfacción de las necesidades del residente o familia.
- Informes para el centro de destino.
- Resolución administrativa de traslado.
- Comunicación de baja en GERES, Dirección Provincial, Servicios Centrales y Juzgado.

#### PROVEEDORES

- Residente, familia
- Técnicos del centro
- Administración

#### DESTINATARIOS

- Residente/familia
- Centro de destino.
- Servicios Centrales, Comisión de Tulelas y Dirección Provincial.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

**Fallecimiento** (ver protocolo de defunciones).

1. Certificar defunción. Médico del centro, de AP o forense (en función del turno).
2. Acomodar al difunto.

3. Comunicar el fallecimiento:
  - A dirección.
  - A los familiares-tutores (médico, dirección, TS o enfermería según el turno).
  - A la compañía de seguros en caso de tener póliza de decesos o directamente a la funeraria (familia, TS, PSA en función del turno).
4. Acompañar a familia en el proceso. Responsables del centro y del equipo técnico y profesionales de referencia.
5. 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, Comisión Tutelas, Sección de Prestaciones Económicas).
  - Registrar la baja del usuario en programa GERES, en el libro de registro de ingresos y bajas, y entregar 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.
6. En días posteriores, personal TCAE y otros profesionales implicados, recogen ropa y enseres personales y entregan a TS.
7. La TS contacta con la familia para la entrega de los enseres personales.

**Finalización de la estancia temporal.** Ver protocolo de fin estancia temporal.

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

**Traslado a otro centro.** Ver protocolo de traslado.

1. Recibir solicitud de traslado de usuario/tutor, si es el caso.
2. Realizar entrevista con la familia para conocer/explicar los motivos y orientar en cada caso sobre la pertinencia del cambio y sobre el recurso más adecuado.
3. Formalizar la petición en el modelo de solicitud de traslado y envío a los Servicios Centrales acompañada de informe médico, psicológico y social.
4. Recibir 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, que correrá a cargo del usuario.
6. Comunicar a equipo multiprofesional el traslado y solicitar informes técnicos y documentación pertinente para el nuevo centro (Plan de Cuidados, etc).
7. Enviar informes (social, psicológico y médico) unos días antes del traslado.
8. Preparar el equipaje con todos los enseres personales del residente y cumplimentar inventario.
9. Trasladar al residente. El día del traslado además del equipaje el residente llevará su documentación personal original (DNI, tarjeta sanitaria, sentencia de capacidad modificada judicialmente, grado y nivel de dependencia, grado de discapacidad) y la medicación para tres o cuatro días.
10. Realizar cierre administrativo de expediente, como punto 5 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 (Programa Individual de Atención).
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. Realizar salida de residente.
8. Realizar cierre administrativo de expediente, como punto 5 de defunción.

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Ficha modelo altas-bajas	
Documento/registro	Libro de registro de ingresos y bajas	
Documento/registro	Certificado de defunción	
Documento/registro	Relación de pólizas de los residentes	
Documento/registro	Autorizaciones de familiares para trámites si no se les localiza	
Documento/registro	Ficha de residente para administración	
Base informática	GERES	
Base informática	Programa de facturación	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P. de traslado de residente</li> <li>• P. en caso de fallecimiento</li> <li>• P. de comunicación con la familia</li> <li>• P. de finalización de estancia temporal</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa Vigente. Instrucciones del centro, Gerencia o Dirección Provincial.
- Proyecto de gestión del centro.
- Guías de buenas prácticas.
- Código deontológico profesional.

#### INDICADORES

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

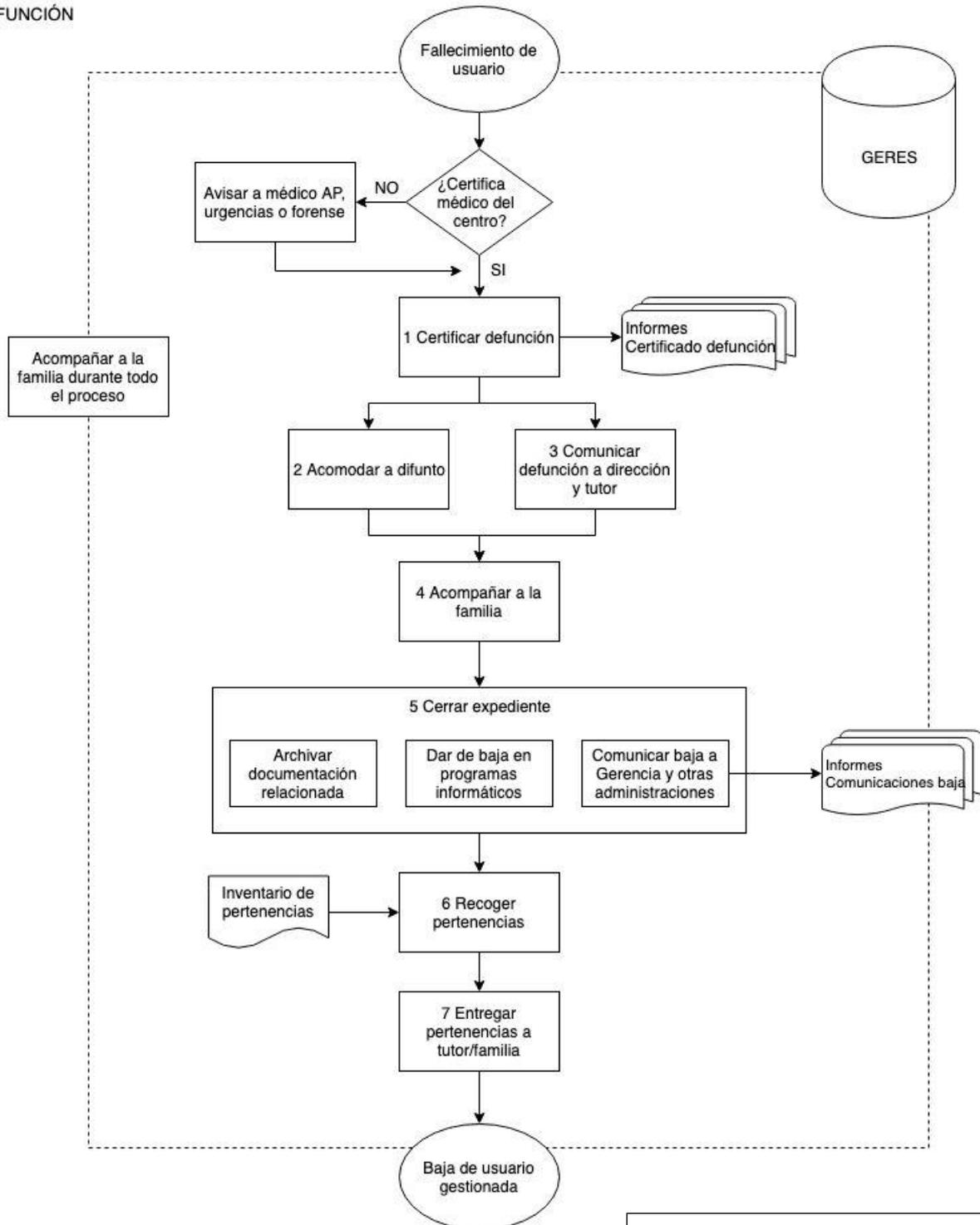
AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**

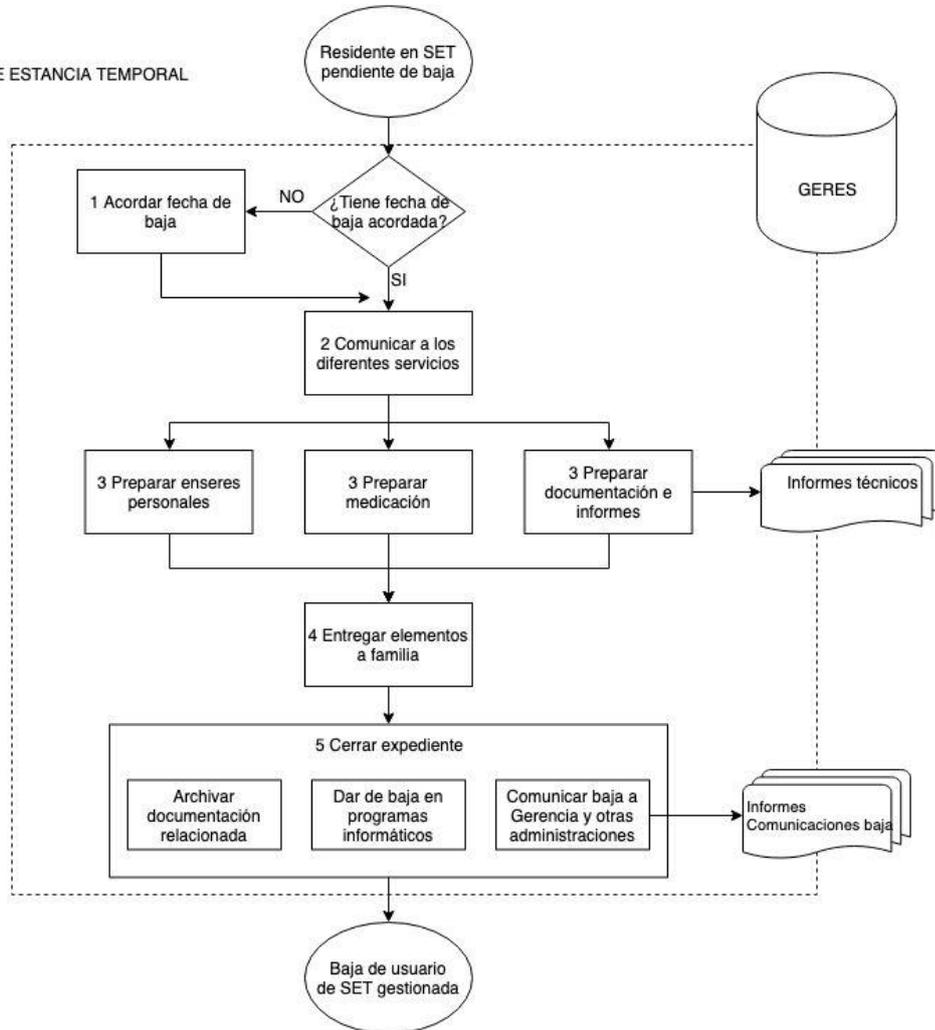
**PR104 BAJA DEFUNCIÓN**



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

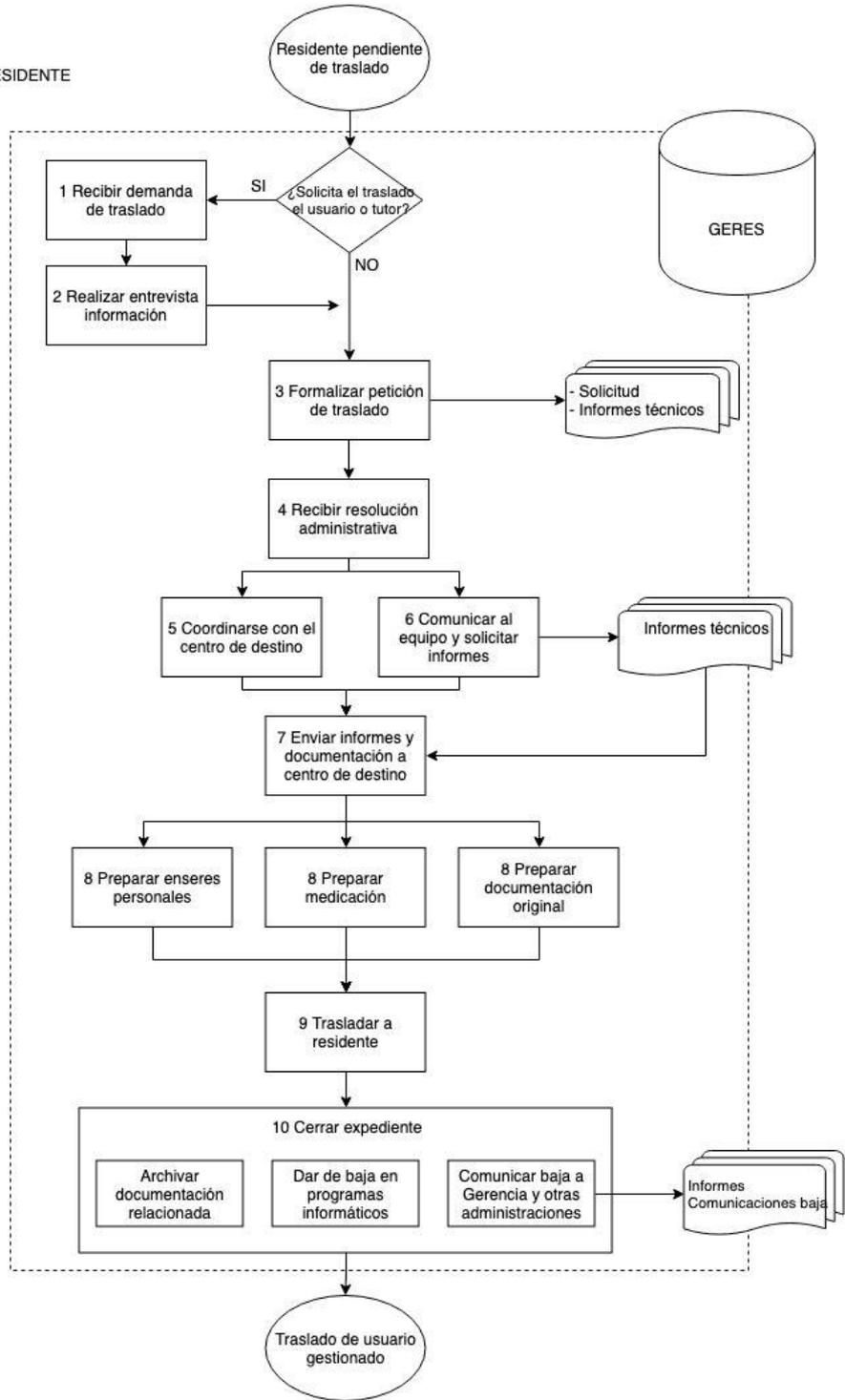
**PR104 BAJA**

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: 01/02/2019
		Versión <b>1</b>
ÁREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
ÁMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Prevención y promoción de la salud de los residentes.

### OBJETIVOS

- Identificar los problemas de salud y factores de riesgo de los residentes.
- Asegurar un seguimiento y tratamiento sanitario individualizado de cada residente, intentando evitar comorbilidades.
- Mantener actualizado el calendario de inmunizaciones.
- Coordinar en la atención sanitaria a los distintos especialistas según patología.
- Establecer pautas para el plan de cuidados.
- Procurar atención paliativa en la enfermedad terminal.
- Gestionar problemas de Salud Pública que afecten a los residentes.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: médico del centro.
- Otros implicados: enfermería, psicóloga, fisioterapeuta, TO, TCAE, TS y resto de profesionales implicados en la atención de los residentes.

#### INICIO DEL PROCESO

- Comunicación de ingreso de residente.

#### FINAL DEL PROCESO

- Exitus.
- Fin de estancia de residente.

#### ENTRADAS

- Necesidad de atención sanitaria de los residentes.
- Información aportada por la familia/residente.
- Acceso a historia clínica electrónica
- Hoja evolución enfermería.
- Información de personal de atención directa.
- Informes de otros profesionales.

#### SALIDAS

- Necesidades satisfechas.
- Plan terapéutico.
- Registros de valoración y seguimiento.
- Informes médicos.
- Pautas a otros profesionales.

#### PROVEEDORES

- Gerencia.
- Familia.
- Especialistas.
- Técnicos del centro.
- Otros profesionales implicados en los cuidados del residente.

#### DESTINATARIOS

- Usuarios del centro.
- Familiares.
- Otros profesionales del centro.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de trabajadora social.
2. Entrevistar y valorar al residente (con familia).
3. Abrir historia clínica y realizar pautas preingreso.
4. Comunicar pautas si procede: a enfermería, TCAE...
5. Ingreso:
  - Cambiar asignación de médico de atención primaria (TS).

- Realizar valoración integral del residente al ingreso (médico y enfermería), en las primeras 24-48h.
- 6. Elaborar plan de atención.
  - Establecer pautas a seguir.
  - Derivar a otros profesionales (del centro o externos): TO, fisioterapeuta, enfermería, especialistas...
- 7. Solicitar pruebas complementarias (radiografías, otros...).
- 8. Comunicar pautas a enfermería.
- 9. Realizar seguimiento de la evolución
  - Registros clínicos (historia clínica médica).
  - Informes de otros profesionales del centro.
  - Revisiones según informes y pautas de especialistas.
  - Revisiones programadas por departamento salud del centro.
- 10. Realizar evaluación continua para adaptar el plan terapéutico y pautas de actuación en función de la evolución.

En caso de usuarios de servicio de estancia diurna:

- Se realiza seguimiento de las pautas del médico de atención primaria y coordinación con el mismo y la familia del usuario.
- Las contenciones físicas aplicadas en el centro serán autorizadas por el médico del mismo.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Documento/registro	Historia clínica del IASS	
Programa/base de datos	GERES	
Programa/base de datos	Historia clínica electrónica	
Documento/registro	P10. Parte de consulta y hospitalización	
Documento/registro	Hoja solicitud ambulancia programada	
Documento/registro	Volante de analítica	
Documento/registro	Partes de incidencias	
Documento/registro	Hoja solicitud pañales a hospital	
Documento/registro	Hoja solicitud oxigenoterapia a GASMEDI	
Documento/registro	Hoja solicitud visado de fármacos y suplementos nutricionales	
Documento/registro	Hoja solicitud de receta electrónica al centro de salud	
Protocolos asociados	Protocolo sujeciones físicas	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Código deontológico.
- Normativa, instrucciones y guías vigentes.
- Proyecto de gestión del centro. Guía de buenas prácticas.
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFYC.

#### INDICADORES

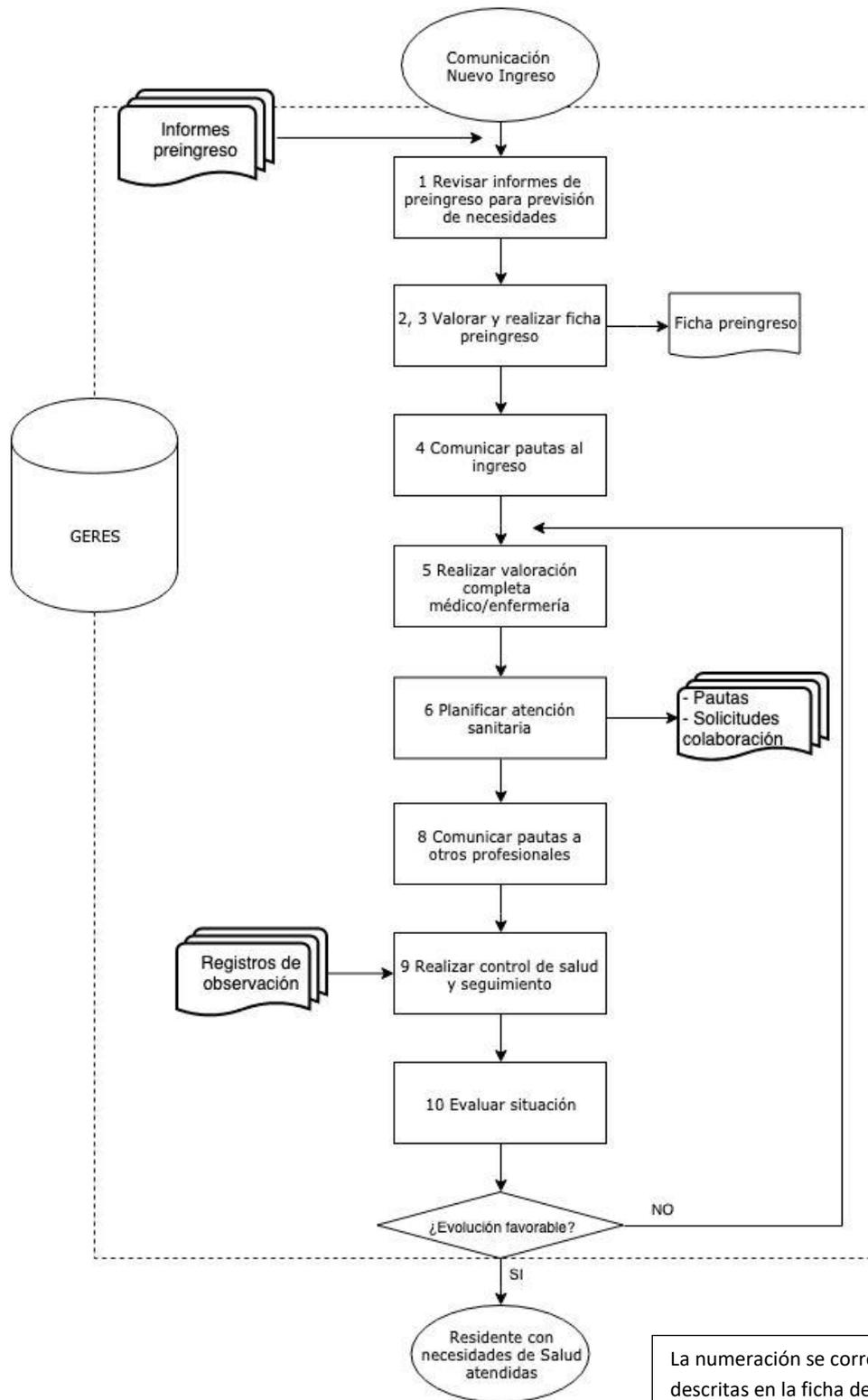
Nombre	Descripción	Responsable
Deterioro cognitivo	% de residentes con deterioro cognitivo	Médico
Polifarmacia	Residentes con 6 o más tratamientos crónicos	Médico
Medidas de sujeción	% de residentes con medidas de sujeción aplicadas	Médico
Consultas externas	Nº de consultas externas en proporción al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

AREA: CENTROS

ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA

AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA

VALIDADO POR: GERENCIA IASS



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.1.2</b>
	<b>VALORACIÓN Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>		Fecha: 21/09/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

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

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: equipo de enfermería (su representante en el equipo de calidad).
- Otros implicados: médico, fisioterapeuta, TO, TCAE, TR, RAAR, trabajadora social, psicóloga, coordinadora TCAE, gobernanta.

### INICIO DEL PROCESO

Comunicación de ingreso de residente.

### FINAL DEL PROCESO

Proceso permanente.  
Fin de estancia de residente.

### ENTRADAS

- Necesidades de los usuarios.
- Información aportada por la familia/usuario.
- Información de personal de atención directa.
- Informes de otros profesionales, internos o externos.

### SALIDAS

- Necesidades satisfechas.
- PAE.
- Actuaciones delegadas/pautadas.
- Registros de valoración y seguimiento.
- Acuerdos y pautas a otros profesionales.

### PROVEEDORES

- Usuarios, familia.
- Médico.
- TCAE.
- TS, otros técnicos del centro.

### DESTINATARIOS

- Residentes del centro.
- Familiares.
- Resto de profesionales del centro.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de trabajadora social.
2. Entrevistar y valorar usuario con la familia, junto con la entrevista médica.
3. Realizar apertura de historia de enfermería y pautas preingreso.
4. Comunicar pautas si procede: cocina, gobernanta, TCAE...

5. Realizar valoración integral del usuario al ingreso, junto a médico, en las primeras 24-48h: exploración, constantes, etc.
6. Cumplimentar la historia (plan de atención) en programa informático y registro de pautas iniciales al ingreso.
7. Recibir, registrar, programar y ejecutar pautas médicas: controles de salud, analíticas y otras pruebas, tratamientos, vacunas, pautas concretas...
8. Comunicar pautas:
  - A TCAE: de cuidados, registros, traslado a enfermería para tratamientos, etc.
  - A cocina/gobernanta: dieta y necesidades de productos de apoyo u otras especiales.
  - A otros profesionales: cuidados derivados del estado de salud durante las actividades.
9. Recibir o solicitar colaboración a otros profesionales ante problemas detectados.
10. Completar la historia de enfermería, PAE y las pautas, con las comunicaciones oportunas descritas en punto 8.
11. Realizar seguimiento de la evolución, cambios de pautas o tratamientos médicos, etc.
12. Evaluar.
13. Revisar PAE y pautas según la evaluación.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes preingreso	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Documento/registro	Historia de enfermería del IASS	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Intervenciones/ Agenda de enfermería	
Documento /registro	Partes de incidencias/comunicaciones	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuación ante una urgencia sanitaria</li> <li>• Procesos agudos</li> <li>• Preparación y administración de la medicación y tratamientos pautados</li> <li>• Atención a residentes portadores de sondas nasointerstínicas y gastrostomías</li> <li>• Prevención y actuación ante caídas</li> <li>• Tratamiento de úlceras por presión</li> </ul>	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

### INDICADORES

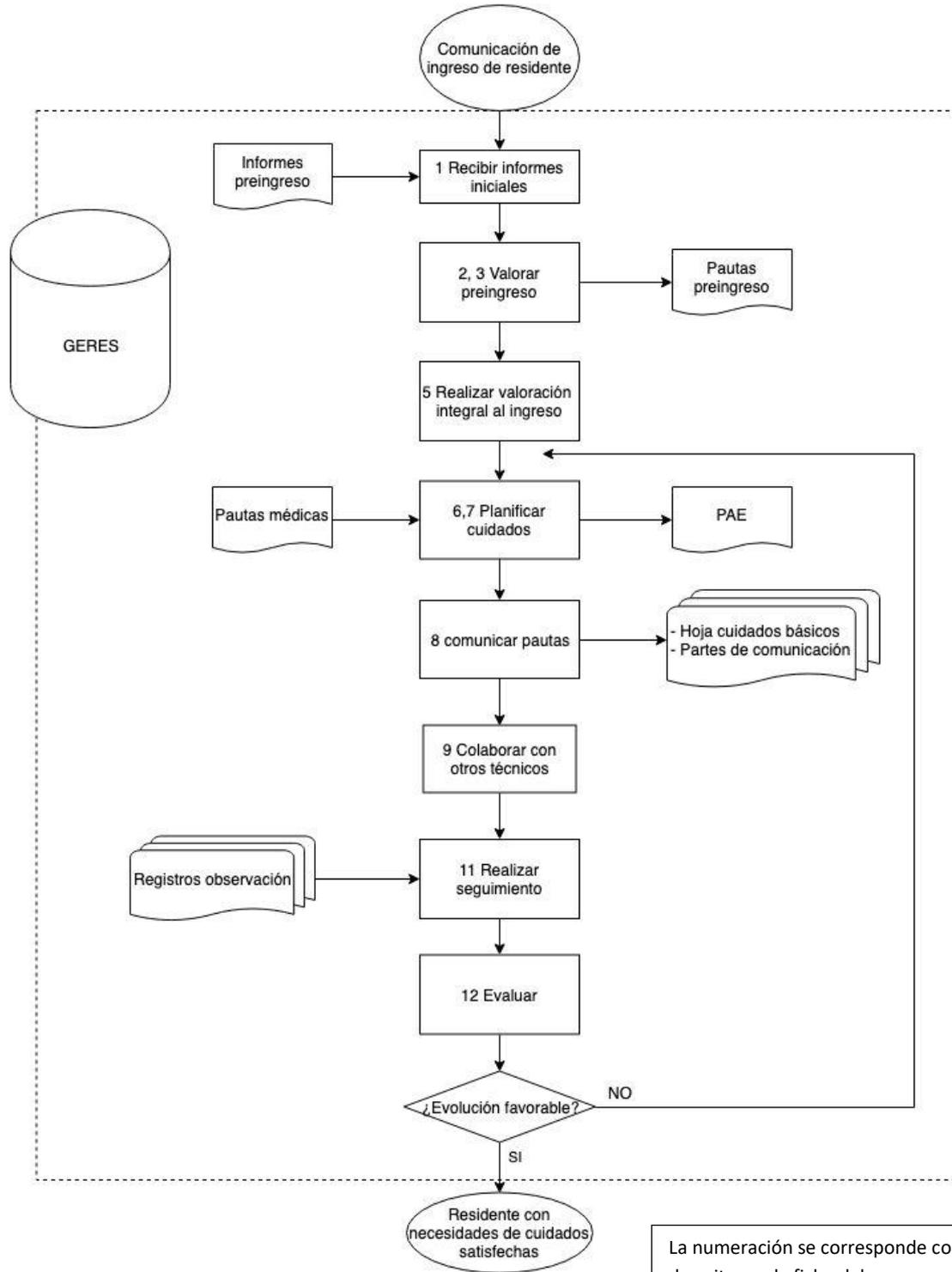
Nombre	Descripción	Responsable
Nº de caídas	Nº de caídas en proporción al número de residentes	Enfermería
Nº de UPP post ingreso	% de residentes con UPP grado II-IV producidas en la residencia	Enfermería
Encamados	% de residentes encamados	Enfermería
Errores en la medicación	% de residentes con errores	Enfermería
Pérdida de peso involuntaria	% de residentes con pérdida >5% en un mes o 10% en tres meses de forma involuntaria	Enfermería
Satisfacción con el servicio	Medida en encuesta de calidad a usuarias/familias	Dirección, coordinador de calidad

ÁREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

ÁMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

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>PR105.1.3</b>
	<b>ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS</b>	Fecha: 21.09.2018 Versión <b>1</b>
ÁREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
ÁMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Identificación precoz y respuesta a nuevos problemas de salud de los usuarios y necesidades secundarias derivadas de los mismos.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar precozmente procesos agudos.</li> <li>• Responder de forma rápida, integral y multidisciplinar a los mismos.</li> <li>• Adecuar la coordinación con profesionales internos y externos al centro.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: médico del centro y enfermería (representante en equipo calidad).</li> <li>• Otros implicados: RAAR, coordinadora TCAE, TCAE y otros profesionales según la incidencia.</li> </ul>

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

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir demanda de atención (el equipo de salud). Puede ser:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• De familias, a través de teléfono (con horario de enfermería de 12h a 13h en horario de mañanas o de 16h a 19h en horario de tarde) o en persona.</li> <li>• Del propio residente</li> <li>• De otros profesionales: verbal o escrita.</li> </ul> </li> <li>2. Valorar la situación. La valoración inicial se realizará por la enfermera.</li> <li>3. Cribar la gravedad y urgencia de la situación. Normalmente enfermería.</li> <li>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:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergencia/urgencia vital: actuación según protocolo de urgencias.</li> </ul> </li> </ol>

- Actuación médica: actuaciones directas, prescripciones, pautas, derivación para realización de pruebas, solicitud de colaboración de otros profesionales...
  - Actuación de enfermería: autónoma, ejecutando pautas del médico o pautando y solicitando colaboración de otros profesionales.
  - Solicitud de observación y registro de la situación (ingesta, eliminación, síntomas...)
5. Derivar a urgencias según necesidad. Según criterio médico o de enfermería si no está el médico. Contacta con el servicio de urgencias el personal del equipo de salud (realiza llamada al médico, enfermería o PSA si las anteriores no pueden realizarlo por estar atendiendo el proceso agudo). Actuación según instrucciones y protocolo de urgencias.  
Se prepara resumen de historia del paciente, diagnósticos, tratamiento, evolución médica y proceso de enfermería con situación actual.
  6. Registrar en historia de residente y comunicación enfermería-médico.
  7. Comunicar a la familia, según el protocolo del centro.
  8. Acompañar a consultas o urgencias, según protocolo del centro.
  9. Realizar seguimiento de la evolución del estado de salud y respuestas/necesidades del residente.
  10. Reevaluar y actualizar pautas y tratamientos.
  11. Reevaluar y actualizar el plan de atención si procede.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Programa/base de datos	GERES, historia de salud	
Documento/registro	Plan de atención del residente	
Documento/registro	Hoja solicitud consulta especialista	
Documento/registro	Volante analítica	
Documento/registro	Parte de incidencias	
Documento/registro	Informes de especialistas o urgencias	
Documento/registro	Parte unificado de lesiones, agresiones y accidentes	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento a consultas externas y urgencias hospitalarias</li> <li>• Actuación ante una urgencia sanitaria</li> <li>• Preparación y administración de la medicación y tratamientos pautados</li> <li>• Prevención y actuación ante caídas</li> <li>• Tratamiento de úlceras por presión</li> <li>• Contenciones físicas</li> </ul>	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

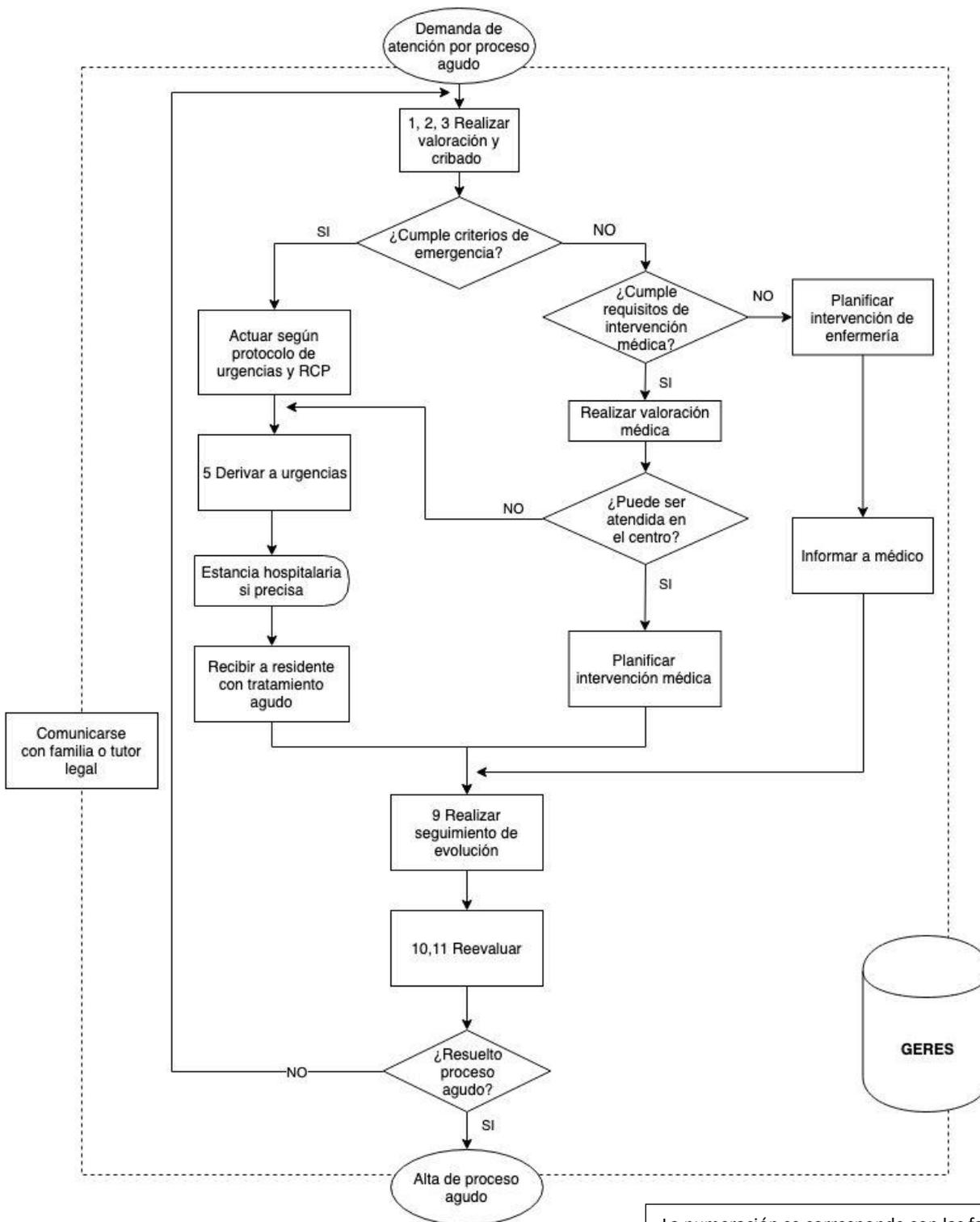
Nombre	Descripción	Responsable
Procesos agudos atendidos por enfermería	Nº de consultas de enfermería por demandas sin atender previamente en relación al nº residentes	Enfermería
Procesos agudos atendidos por médico	Nº de consultas médicas por demandas sin atender previamente en relación al nº residentes	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

ÁREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

ÁMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

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>APOYOS DE FISIOTERAPIA</b>	Fecha: 25/05/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Prevención, curación y recuperación funcional de las patologías neuromusculares que afectan al tono, a la postura y al movimiento.

### OBJETIVOS

- Mejorar la condición fisiológica general: psicomotora, cardiovascular y respiratoria.
- Mejorar el funcionamiento de sistemas locomotor, nervioso, endocrino y trófico.
- Prevenir los problemas derivados del sedentarismo y de la falta de ejercicio físico.
- Mejorar la motricidad y los aspectos sensorio-perceptivos.
- Favorecer el control motor: conciencia de las posibilidades y de las limitaciones.
- Abordar el tratamiento de las patologías específicas: degenerativas, neurológicas, reumáticas y traumatológicas.
- Colaborar con equipo multiprofesional para asegurar la calidad de vida de los usuarios.
- Promover la autonomía personal y el ejercicio físico.
- Fomentar de la salud global del individuo.
- Posibilitar el intercambio relacional, ocio, distracción, trabajo en grupo.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: fisioterapeuta.
- Otros implicados: médico, enfermería, terapeuta ocupacional (TO), TCAE, técnico recuperador (TR), otros.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de la persona en el centro.</li> <li>• Valoración/exploración funcional - diagnóstico fisioterapéutico.</li> </ul>	<p>En función de los subprocesos, considerando que, a veces, nunca concluye el proceso de fisioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos realizados.</li> <li>• Ayuda técnica para la movilidad / tratamiento ortopédico prescrito, asignado y adaptado.</li> <li>• Alta (temporal o definitiva).</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Informes remitidos por otros profesionales (externos e internos).</li> <li>• Sugerencias / derivación de los demás profesionales.</li> <li>• Demandas familiares (entrevista).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento realizado.</li> <li>• Historia clínica de fisioterapia confeccionada.</li> <li>• Plan de Cuidados Personales (PCP) elaborado (áreas de movilidad y autonomía personal, medidas posturales).</li> <li>• Inclusión en Programas asistenciales coordinados desde fisioterapia (P. cuidados posturales y P. de movilidad y paseos). Se revisa permanentemente.</li> <li>• Informes elaborados (a petición de las familias o de otros profesionales).</li> <li>• Satisfacción usuarios y familias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración.</li> <li>• Equipo multiprofesional.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Ortopedias. Empresas material técnico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: todos los residentes y usuarios de centro de día, especialmente los más afectados desde el punto de vista neuromotor.</li> <li>• Indirectos: personal de atención directa (programas asistenciales), familias.</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

Según subproceso:

105.2.1-Diagnóstico fisioterapéutico.

105.2.2-Tratamientos de fisioterapia.

105.2.3-Autonomía en el movimiento y cuidados posturales.

105.2.4-Adaptación ayudas técnicas para la movilidad. Se ha reclasificado como PR107.4.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	Indicadores de rendimiento asistencial (registros)	
Base de datos	Base datos seguimiento fisioterapia	
Base de datos	Cuadro de mando	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Historia clínica fisioterapia	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Informes	
Protocolos asociados	Protocolos de movilidad, traslado y transferencia de pacientes	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa socio-sanitaria. Código deontológico.
- Guías de buenas prácticas.
- Proyecto de gestión del CAPDI.

## INDICADORES

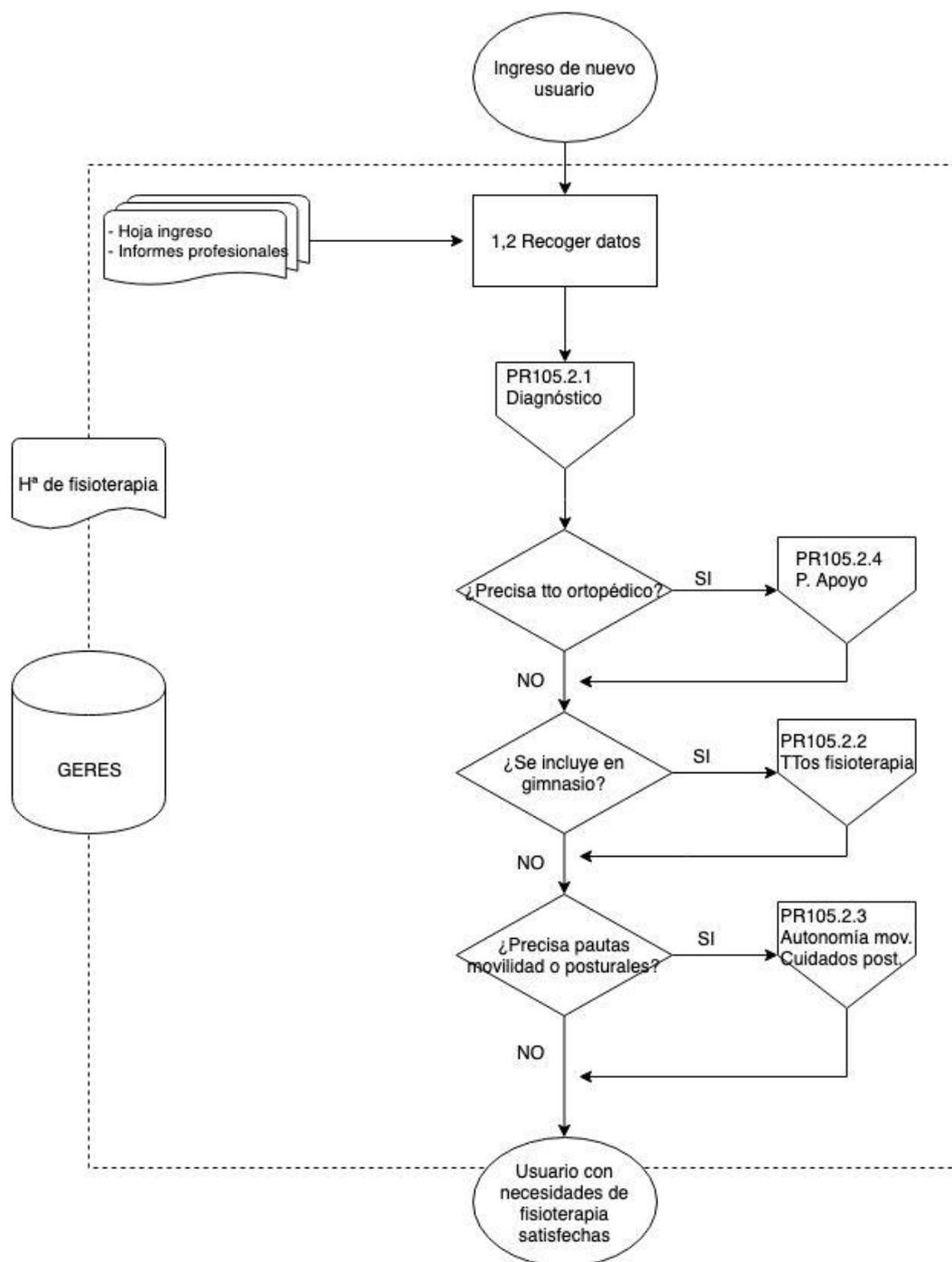
Nombre	Descripción	Responsable
Participación en reuniones técnicas	Nº reuniones con participación de fisioterapia	Fisioterapeuta
Informes realizados	Nº de informes elaborados al mes: informes a familias o a otros profesionales (especialistas médicos, ortopedias, etc.)	Fisioterapeuta
Satisfacción con el servicio de fisioterapia	Medida en encuesta de calidad a usuarios/familias	Dirección, coordinador de calidad
Los de cada subproceso		

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

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>PR105.2.1</b>
	<b>APOYOS DE FISIOTERAPIA: DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO</b>		Fecha: 25/05/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS		ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA	
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA		VALIDADO POR: GERENCIA IASS	

### MISIÓN

Exploración y evaluación funcional de la sintomatología neuromuscular, respiratoria y osteoarticular de los residentes y usuarios de centro de día.

### OBJETIVOS

- Explorar, valorar y analizar de los síntomas del usuario que afectan a tono, postura y movimiento, con el fin de elaborar el plan terapéutico individualizado más adecuado.
- Identificar las capacidades y necesidades para una adecuada planificación de apoyos/actuaciones.
- Observar la evolución del paciente.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: fisioterapeuta.
- Otros implicados: médico, enfermería, terapeuta ocupacional (TO), técnico recuperador (TR), otros...

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso del paciente.</li> <li>• Recepción de la ficha de ingreso.</li> <li>• Solicitud por parte de otros profesionales o familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Cuidados Personales (PCP) elaborado (áreas de movilidad y autonomía personal, cuidados posturales). Se revisa periódicamente.</li> <li>• Historia clínica de fisioterapia confeccionada.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de ingreso.</li> <li>• Sugerencias / derivación de los demás profesionales.</li> <li>• Demandas familiares (entrevista)</li> <li>• Otros: según proceso general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica confeccionada.</li> <li>• Plan de Cuidados Personales (PCP) elaborado.</li> <li>• Informe clínico realizado.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según proceso general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro.</li> <li>• Indirectos: personal atención directa, familias.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Ingreso: analizar ficha de ingreso y recogida de datos a partir de informes de otros profesionales.
2. Recoger datos a partir de entrevista familiar (si procede).
3. Realizar exploración / valoración funcional fisioterapéutica del usuario.

4. Elaborar la historia clínica de fisioterapia:
  - Diagnóstico.
  - Exploración ortopédica, neuromotora, neuromuscular y funcional.
  - Escalasvaloración: Achsworth, Barthel, Tinetti, Holden, Scoot.
  - Registro acerca de otros tratamientos médico/ocupacionales.
  - Observaciones: información referente a aspectos conductuales, sociofamiliares, dieta, ABVD.
5. Elaborar el plan terapéutico.
6. Realizar aportaciones al PCP.
7. Elaborar informes técnicos (cuando es requerido).

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	Indicadores de rendimiento asistencial (registros)	
Base de datos	Base datos seguimiento fisioterapia	
Base de datos	Cuadro de mando	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Historia clínica fisioterapia	
Documento/registro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Aschworth</li> <li>• Test Tinetti</li> <li>• Índice de Barthel</li> <li>• Clasificación Holden</li> <li>• Valoración Scoot</li> </ul>	
Documento/registro	PCP	
Documento/registro	Informes de fisioterapia	
Documento/registro	Informes técnicos complementarios contenciones	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas. Código deontológico.
- Normativa, instrucciones...
- Proyecto de gestión del CAPDI.

#### INDICADORES

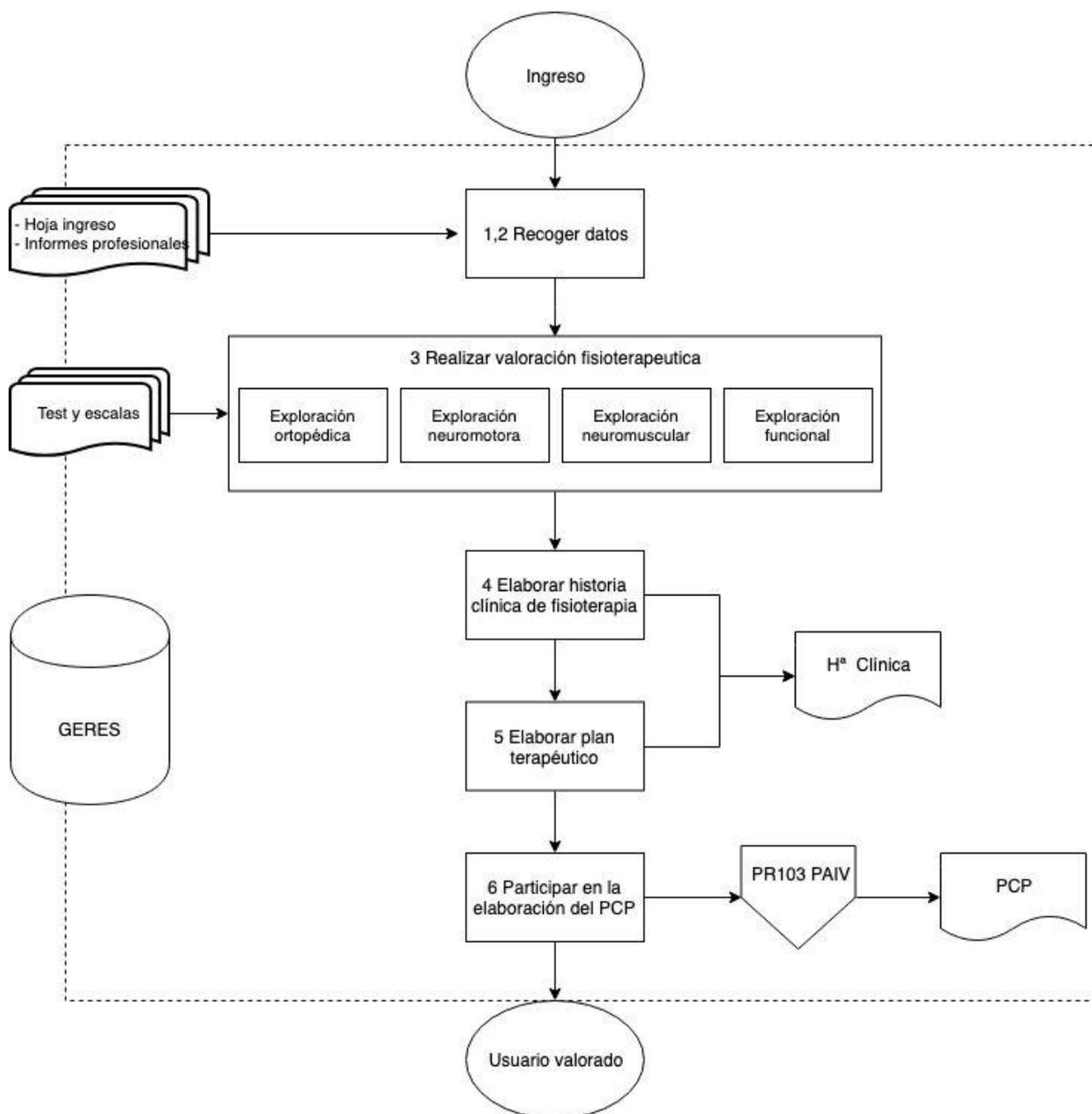
Nombre	Descripción	Responsable
Exploraciones / valoraciones funcionales	Nº exploraciones efectuadas al día/ al mes	Fisioterapeuta

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.2.2</b>
	<b>APOYOS DE FISIOTERAPIA: TRATAMIENTOS FISIOTERAPIA</b>		Fecha: 25/05/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>		ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>		VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Prevención, curación y recuperación funcional de las patologías neuromusculares que afectan al tono, a la postura y al movimiento.

### OBJETIVOS

- Mejorar la condición fisiológica general: psicomotora, cardiovascular y respiratoria.
- Mejorar el funcionamiento de sistemas locomotor, nervioso, endocrino y trófico.
- Prevenir los problemas derivados del sedentarismo y de la falta de ejercicio físico.
- Mejorar la motricidad y los aspectos sensorio-perceptivos.
- Favorecer el control motor: conciencia de las posibilidades y de las limitaciones.
- Realizar tratamiento de las patologías específicas: degenerativas, neurológicas, reumáticas y traumatológicas.
- Colaborar con equipo multiprofesional para asegurar la calidad de vida de los usuarios.
- Promover la autonomía personal y el ejercicio físico.
- Fomentar la salud global del individuo.
- Posibilitar el intercambio relacional, ocio, distracción, trabajo en grupo.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: fisioterapeuta.
- Otros implicados: equipo multiprofesional.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión en horario de tratamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesión de tratamiento realizada.</li> <li>• Periodo de tratamiento concluido (según rotación de horarios).</li> <li>• Alta, en lesiones traumatológicas.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según proceso general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento realizado (residente atendido).</li> <li>• Alta de fisioterapia.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según proceso general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios del centro, con mayor afectación neuromuscular.</li> <li>• Indirectos: personal atención directa, familias.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Realizar exploración y evaluación funcional.
2. Elaborar historia clínica de fisioterapia y del Plan de Cuidados Personales (PCP).
3. Elaborar el plan fisioterapéutico individualizado.
4. Incluir, si procede, en horario de gimnasio y coordinación con los horarios del resto de tratamientos y actividades.
5. Desarrollar el tratamiento, según patología predominante:

- Fisioterapia neurológica.
  - Fisioterapia manual ortopédica.
  - Estimulación basal.
  - Entrenamiento al esfuerzo: ejercicio físico.
  - Psicomotricidad.
  - Confección de órtesis con material termoplástico.
  - Tratamientos posturales (en camilla o en silla de ruedas).
  - Otros: ultrasonoterapia, vendajes, punción seca, electroterapia, fisioterapia bucofacial...
6. Realizar evaluación, reevaluación y seguimiento (según indicadores de calidad).
  7. Finalizar sesión de tratamiento.
  8. Finalizar periodo de tratamiento (alta definitiva o temporal).

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Historia clínica de fisioterapia	
Documento/registro	Plan Cuidados Personales	
Documento/registro	Horario de gimnasio	
Documento/registro	Pautas a personal de atención directa (notas interiores)	
Protocolos asociados	Protocolos de movilidad, traslado y transferencia de pacientes	
Documentos/registros	Informes elaborados	
Base de datos	Registros de actividad asistencial	
Base de datos	Seguimiento	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas. Código deontológico.
- Normativa, instrucciones...
- Proyecto de gestión del CAPDI.

#### INDICADORES

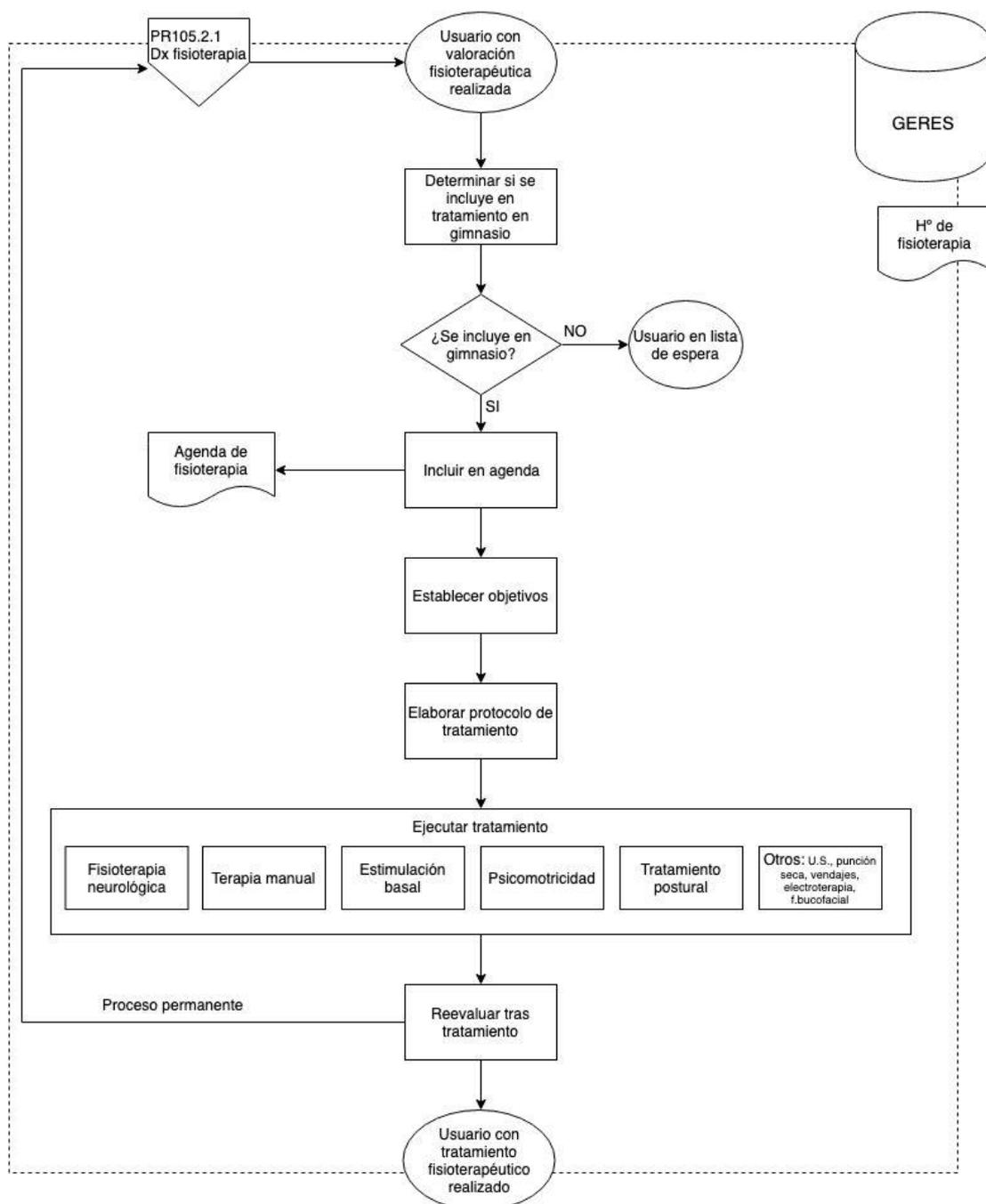
Nombre	Descripción	Responsable
Alcance total de fisioterapia	% de usuarios con atención fisioterapéutica	Fisioterapeuta
Alcance de fisioterapia individual	% de usuarios con atención fisioterapéutica individualizada documentada	Fisioterapeuta
Nº sesiones de fisioterapia	Nº sesiones totales en relación con el número de <u>residentes</u>	Fisioterapeuta
Actuaciones ortopédicas	Nº intervenciones ortopédicas realizadas al día/ al mes	Fisioterapeuta

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR105.2.3</b>
	<b>APOYOS DE FISIOTERAPIA: AUTONOMIA EN EL MOVIMIENTO Y CUIDADOS POSTURALES</b>		Fecha: 25/05/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 sensorio perceptivos.</li> <li>• Favorecer el control motor: conciencia de las posibilidades y de las limitaciones.</li> <li>• Realizar tratamiento de las patologías específicas: degenerativas, neurológicas, reumáticas y traumatológicas-.</li> <li>• Colaborar con equipo multiprofesional para asegurar la calidad de vida de los usuarios.</li> <li>• Promover la autonomía personal y el ejercicio físico.</li> <li>• Fomentar la salud global del individuo.</li> <li>• Fomentar el intercambio relacional, ocio, distracción, trabajo en grupo.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: fisioterapeuta.</li> <li>• Otros implicados: personal de atención directa: técnico recuperador (TR), TCAE, enfermería, terapeuta ocupacional (TO).</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de la persona en el CAPDI.</li> <li>• Valoración/Exploración Funcional - Diagnóstico Fisioterapéutico.</li> </ul>	Inclusión, ejecución y revisión en Programas Asistenciales coordinados desde Fisioterapia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de cuidados posturales.</li> <li>• Programa de movilidad y paseos.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según proceso general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Cuidados Personales elaborado.</li> <li>• Comunicación pauta correspondiente.</li> <li>• Satisfacción usuarios y familias.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento Salud (médico, enfermería).</li> <li>• Terapia ocupacional.</li> <li>• Personal de atención directa: TCAE, TR.</li> <li>• Trabajadora social.</li> <li>• Psicóloga.</li> <li>• Familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: todos los residentes del CAPDI y usuarios de centro de día.</li> <li>• Indirectos: personal de atención directa.</li> <li>• (programas asistenciales), familias (externo).</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Realizar exploración, valoración funcional (diagnóstico fisioterapéutico).
2. Establecer objetivos para cada residente o y/o usuario de centro de día.
3. Elaborar el plan terapéutico.
4. Plantear pautas/instrucciones acerca de:
  - Cómo movilizar, cómo desplazar y a quien (programa de movilidad y paseos).
  - Postura recomendada en silla de ruedas, en sillón o en cama; si procede: fotografía o esquema explicativo (programa de cuidados posturales).
5. Elaborar el Plan de Cuidados Personales (PCP): área de autonomía en el movimiento y cuidados posturales. Evaluar y revisar (según indicadores de calidad).

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base de datos	Indicadores de rendimiento asistencial (registros)	
Base de datos	Base datos de observación y seguimiento	
Base de datos	Cuadro de mando	
Documento/registro	Historia clínica fisioterapia	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Informe técnico complementario contenciones (sujeciones posturales)	
Documento/registro	Hoja de paseos	
Protocolos asociados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocolo contenciones del CAPDI</li><li>• Protocolo contenciones (SALUD, IASS)</li><li>• Protocolos de movilidad, traslado y transferencia de pacientes</li></ul>	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas. Código deontológico.
- Normativa sociosanitaria.
- Proyecto gestión del CAPDI.

## INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Actuaciones ortopédicas	Nº intervenciones ortopédicas realizadas al día/ al mes	Fisioterapeuta

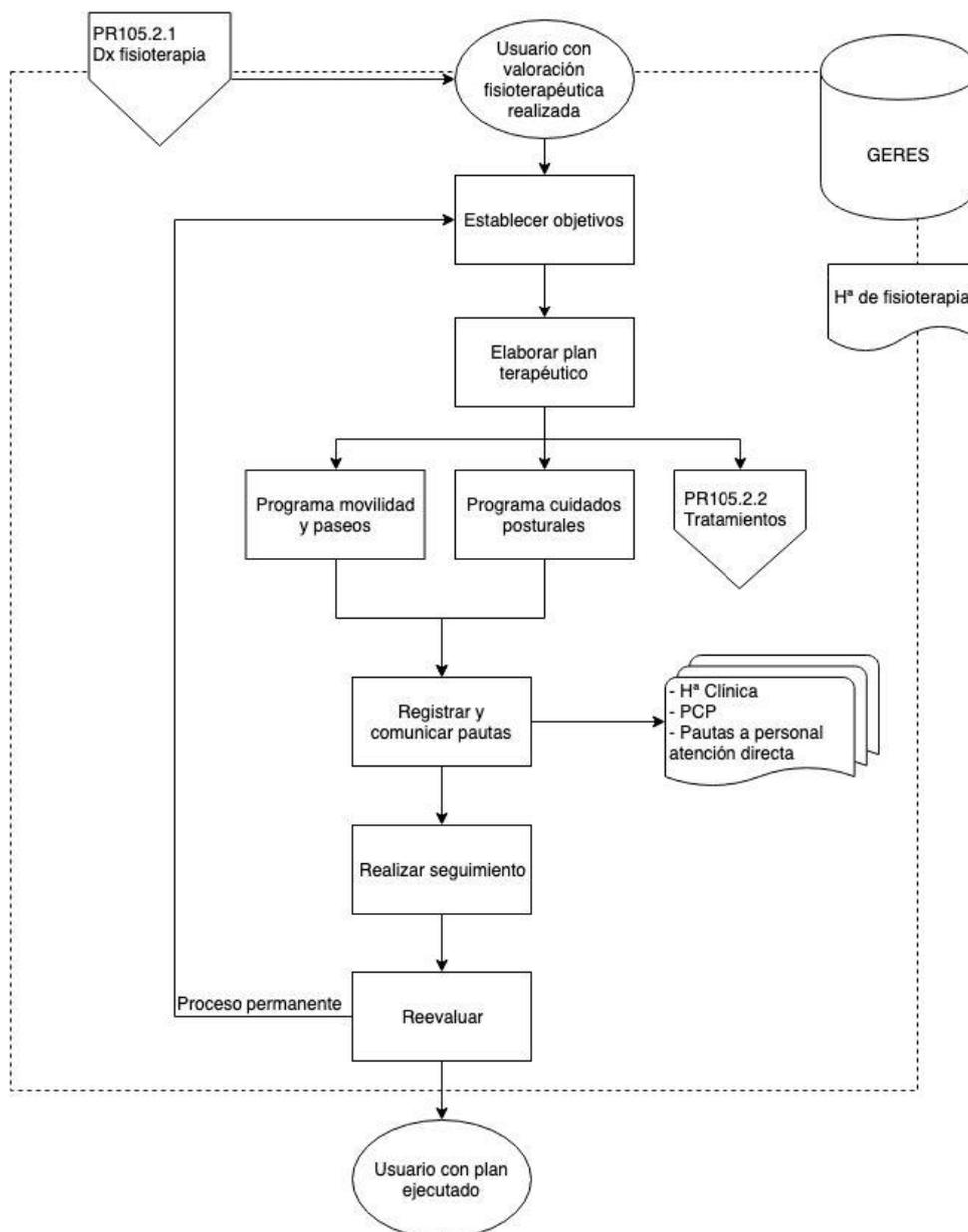
**APOYOS DE FISIOTERAPIA:  
AUTONOMIA EN EL MOVIMIENTO Y CUIDADOS  
POSTURALES**

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR106.1</b>
	<b>PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES</b>	Fecha: 02/03/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

Valorar los perfiles psicológicos mediante la definición de las características cognitivas, afectivas y conductuales de los usuarios del centro, para el establecimiento de medidas multidisciplinares de aplicación individual que garanticen su calidad de vida.

### OBJETIVOS

- Realizar la valoración del residente según los criterios del DSM V de la discapacidad intelectual: deficiencia del funcionamiento cognitivo y deficiencias del comportamiento adaptativo.
- Realizar gestiones organizacionales para facilitar la adaptación del centro a las necesidades individuales.
- Coordinar medidas multidisciplinares para potenciar y mantener las capacidades del residente.
- Planificar intervenciones de apoyo conductual positivo en el caso que se requiera.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: psicóloga.
- Otros implicados: responsable de área asistencial y residencial (RAAR), técnico recuperador (TR), equipo multidisciplinar.

#### INICIO DEL PROCESO

- Comunicación de ingreso de residente.

#### FINAL DEL PROCESO

- Proceso permanente.
- Fin de estancia de residente.

#### ENTRADAS

- Informes remitidos por profesionales al ingreso.
- Información aportada por la familia/usuario por medio de entrevistas y observación directa.
- Información de personal de atención directa
- Informes de otros profesionales internos o externos.

#### SALIDAS

- Valoración psicológica del residente.
- Planificación de apoyo conductual positivo.
- Pautas a otros profesionales.
- Informes psicológicos.
- Autorizaciones.

#### PROVEEDORES

- Gerencia o Dirección Provincial (DP).
- Familiares.
- Usuario del centro.
- Especialistas externos.
- Otros profesionales del centro.

#### DESTINATARIOS

- Directos: usuarios del centro.
- Indirectos: otros profesionales del centro y familiares.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir informes preingreso a través de trabajadora social.
2. Realizar valoración inicial. Entrevistarse con familia y residente previamente al ingreso.
3. Apertura de historia escrita.
4. Realizar la ficha de ingreso estableciendo indicaciones iniciales para el personal de atención directa (ver proceso PR102.1 Admisión y preingreso).

5. Registrar la información en el programa informático GERES.
6. Planificar actividades y apoyos según se precisen:
  - Estudio y coordinación para la inclusión en actividades realizadas en el centro.
  - Comunicación de planes de actuación, pautas u orientaciones a los diferentes profesionales del centro y familia.
7. Realizar análisis funcional, en el periodo de adaptación a la institucionalización.
8. Realizar seguimiento de la evolución: observación directa, lectura de libro de incidencias de TR, TCAE e información de otros profesionales, registros de observación...
9. Contactar con la familia s/p para información y coordinación.
10. Recibir o solicitar colaboración a otros profesionales ante necesidades detectadas.
11. Colaborar con la consulta de psiquiatría (mensual).
12. Participar en la elaboración multidisciplinar del plan de cuidados.
13. Revisar el plan de cuidados y pautas en las reuniones de supervisión de casos y reuniones multidisciplinarias.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Autorización/Consentimiento informado	
Documento/registro	Actas de supervisión de caso o de reunión multidisciplinar	
Documento/registro	Libro incidencias TR y TCAE	
Documento/registro	Registro incidencias	
Programa/base de datos	GERES	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Documento/registro	Plan de cuidados	
Documento/registro	Registros de observación	
Documento/registro	Pauta de intervención	
Documento/registro	Programación de actividades	
Documento/registro	Registro de contenciones	
Documento/registro	Consentimiento informado/ Autorización	
Protocolos asociados	Contenciones físicas	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión.
- Normativa y guías de actuación vigentes.
- DSM-V, ICAP.
- Guía 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

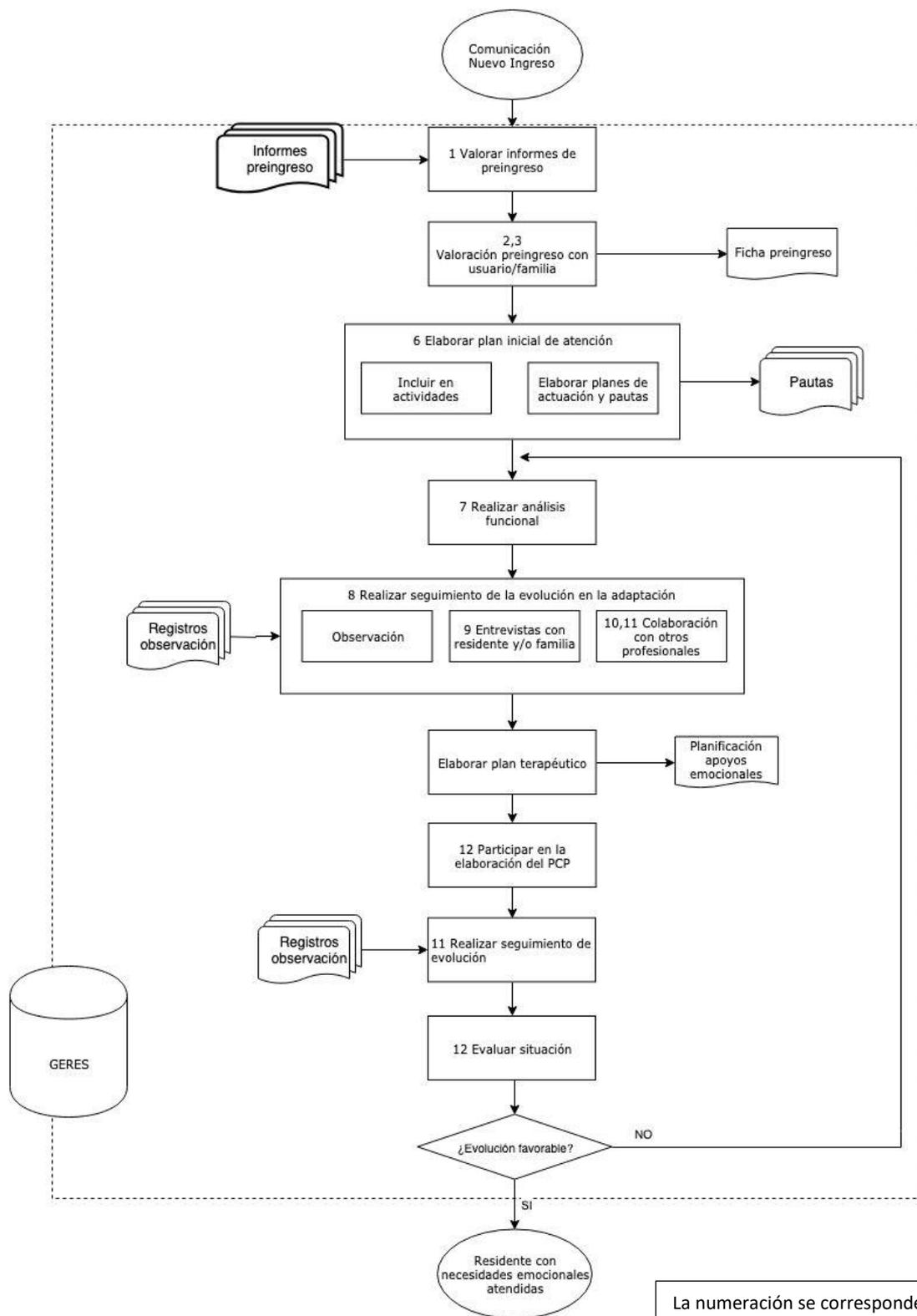
**PLANIFICACIÓN DE APOYOS EMOCIONALES**

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR106.2</b>
	<b>ATENCIÓN A ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA</b>	Fecha: 17/12/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Identificar las alteraciones de conducta adaptativa de los usuarios y realizar intervenciones para la adquisición de habilidades mediante un apoyo conductual positivo.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la autonomía y la convivencia con el menor riesgo posible en la integridad física de los usuarios y de terceras personas.</li> <li>• Identificar factores ambientales, sociales, familiares, orgánicos y/o conductas adquiridas que determinan la alteración de la conducta adaptativa para una adecuada intervención.</li> <li>• Utilizar el apoyo conductual positivo para elaborar pautas de actuación.</li> <li>• Intervenir de manera unificada frente a las alteraciones de conducta.</li> <li>• Facilitar la convivencia en el centro.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: psicóloga, TR.</li> <li>• Otros implicados: todos los profesionales del centro.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de alteraciones en la conducta adaptativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de conducta atendido.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de usuarios, familias y trabajadores.</li> <li>• Historia psicológica previa. Intervenciones previas.</li> <li>• Información sobre su situación de salud y social.</li> <li>• Registros en los libros de incidencias.</li> <li>• Partes de lesiones.</li> <li>• Reunión multidisciplinar.</li> <li>• Supervisiones de PAIV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas de intervención.</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 alteración de la conducta adaptativa.</li> <li>2. Aplicar pautas generales de actuación o específicas existentes.</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> </ul> </li> </ol>

- Parte de lesiones y agresiones.
  - Comunicación verbal de familia.
4. Realizar intervención de urgencia ante alteraciones conductuales graves, según protocolo.
  5. Valorar la incidencia por parte de la psicóloga, TR.
    - Recogida y análisis de información.
    - Consulta a profesionales de referencia.
  6. Coordinarse y solicitar colaboración si se considera necesario a:
    - Médico. Posibilidad de valoración y tratamiento farmacológico.
    - Derivación a psiquiatría.
    - Valoración por equipo multidisciplinar, con participación de profesionales de referencia.
    - Participación de familia.
    - Reuniones de caso, según protocolo.
  7. Elaborar pautas de intervención en consenso con el personal de atención directa:
    - Modificación ambiental.
    - Cambio en el estilo de vida.
    - Programación de actividades.
    - Diseño de apoyo conductual positivo.
    - Aplicación de contenciones físicas, según protocolo.
  8. Comunicar las medidas tomadas al personal implicado.
  9. Realizar seguimiento y evaluación de su eficacia. Elaborar registros de seguimiento s/precisa.
  10. Revisar las medidas en función de la evaluación.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Libro de incidencias	
Documento/registro	Parte unificado de lesiones, agresiones y accidentes	
Documento/registro	Pautas generales de actuación	
Documento/registro	Pautas específicas	
Documento/registro	Consentimiento informado/autorización	
Documento/registro	Indicación de la sujeción física	
Documento/registro	Informes complementarios	
Documento/registro	Actas de reuniones: supervisión, multidisciplinar, de caso	
Documento/registro	Registros de observación	
Documento/registro	Programación general de actividades	
Base de datos	GERES	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos de intervenciones físicas</li> <li>• Actuación ante alteraciones de la conducta adaptativa</li> </ul>	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- DSM V.
- 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

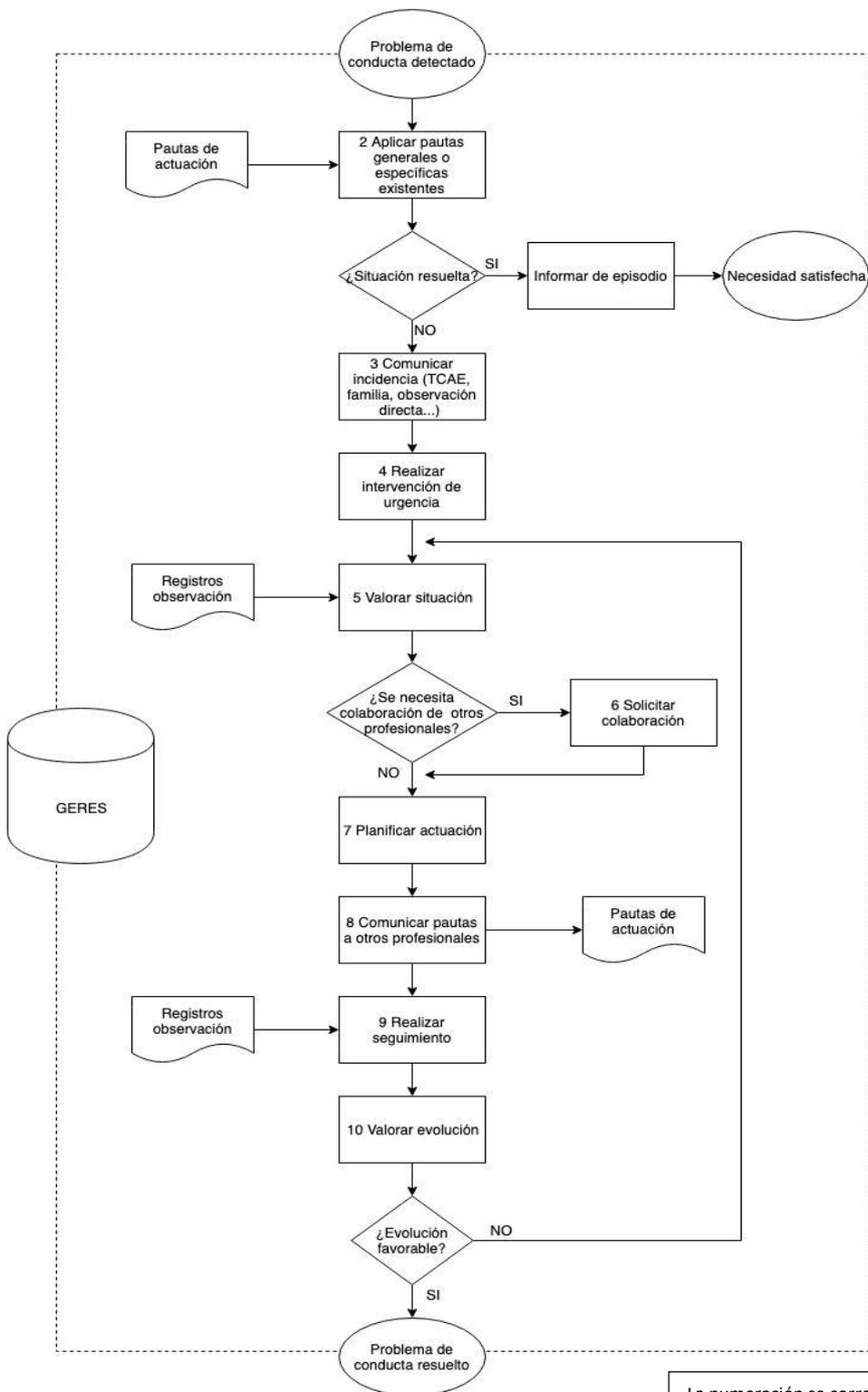
**ATENCIÓN A ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA**

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

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 DE TERAPIA OCUPACIONAL</b>		Fecha: 21/09 2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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 y propositiva como herramienta rehabilitadora para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función.

### OBJETIVOS

- Realizar la historia ocupacional del usuario que permita elaborar su plan de atención integral y vida.
- Ayudar a adquirir, mejorar y/ o potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
- Facilitar y apoyar la participación de los usuarios en actividades de ocio y tiempo libre para cubrir las necesidades de disfrute, placer, exploración e integración social.
- Aconsejar y adiestrar en el uso de las ayudas técnicas necesarias para favorecer la autonomía personal del usuario y facilitar el trabajo del personal de atención directa.
- Trabajar el sentimiento de autoeficacia y la significatividad en las actividades que realiza el usuario en los diferentes talleres.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y emocionales adecuadas.
- Favorecer el sentimiento de pertenencia al grupo.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: terapeuta ocupacional.
- Otros implicados: maestros de taller, RAAR y otros profesionales.

#### INICIO DEL PROCESO

- Recepción de ficha de ingreso.
- Derivación o consulta por parte de otros profesionales.

#### FINAL DEL PROCESO

- Proceso permanente.
- Fin de estancia de usuario.

#### ENTRADAS

- Necesidades del usuario.
- Información aportada por la familia/usuario.
- Informes de otros profesionales, internos o externos.

#### SALIDAS

- Área ocupacional del Plan de Cuidados Personales.
- Plan de terapia ocupacional.
- Prescripción de productos de apoyo.
- Acuerdos y pautas a otros profesionales.
- Informes elaborados.
- Satisfacción de usuarios y familias.

#### PROVEEDORES

- Usuarios.
- Profesionales y técnicos del centro.
- Familias.

#### DESTINATARIOS

- Directos: usuarios del centro.
- Indirectos: personal de atención asistencial/residencial, otros técnicos del centro y familiares.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir y analizar informes preingreso a través de trabajadora social y de ficha de ingreso a través de RAAR.
2. Abrir historia de terapia ocupacional y si procede colaborar en la elaboración de pautas preingreso.

3. Tras el ingreso del residente, realizarexploración en diferentes contextos y evaluación ocupacional.
4. Recibir derivación desde el departamento de psicología al área ocupacional.
5. Registrar historia terapéutica: anamnesis, radiografías, exploraciones, test, observaciones.
6. Elaborar el plan terapéutico dentro de su Plan de Cuidados Personales.
  - Coordinación con psicología, TR, TCAE para inclusión en agendas y comunicación a otros profesionales.
  - Derivación-coordinación con los maestros de taller.
  - Actuación directa individual y/o grupal.
  - Pautas a maestros de taller u otros profesionales.
  - Prescripción de productos de apoyo si se precisa.
7. Realizar seguimiento de la evolución, cambios de pautas o tratamientos, etc.
8. Evaluar.
9. Revisar el plan de terapia ocupacional para aportar al Plan de cuidados personales del usuario cada 6 meses y elaboración de informe a los TR responsables de cada residente.
10. Incorporar en el plan de terapia ocupacional de los acuerdos tomados en la revisión del Plan de Cuidados Personales.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Hª de terapia ocupacional	
Documento/registro	Documentos de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PPL: Perfil de la Personalidad Laboral</li> <li>• AMPS: Cuestionario Observacional de las Habilidades Motoras y de Procesamiento</li> <li>• CV: Cuestionario Volicional</li> <li>• ACIS: Cuestionario Observacional de las Habilidades Comunicativas y de Interacción Social</li> <li>• Hojas de evolución del residente</li> </ul>	
Documento/registro	Informe de seguimiento del área ocupacional	
Documento/registro	Ficha de pautas al ingreso	
Documento/registro	Agenda de terapia	
Documento/registro	Horarios del servicio	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Hoja de seguimiento	
Programa/base de datos	GERES	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías de actuación vigentes código deontológico de terapia ocupacional.
- Proyecto de gestión del centro.

#### INDICADORES

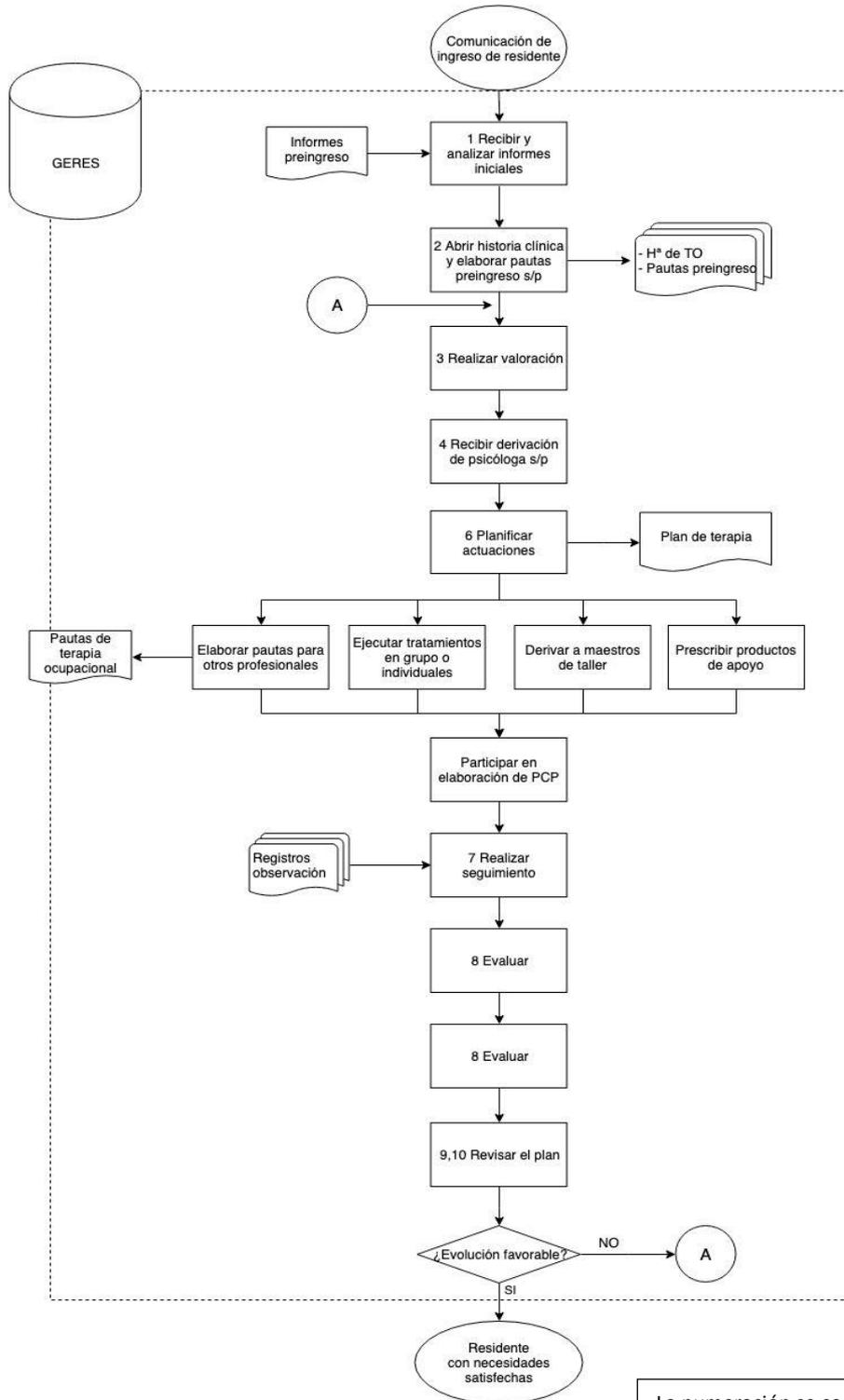
Nombre	Descripción	Responsable
Alcance total de terapia ocupacional	% de usuarios con atención de terapia ocupacional	TO
Alcance terapia ocupacional individual	% de usuarios con atención individualizada documentada	TO
Nº sesiones de TO	Nº sesiones totales en relación con el número de residentes	TO
Satisfacción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

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.2</b>
	<b>DINAMIZACIÓN EN MÓDULOS</b>	Fecha: 17-12-18
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERECIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Procurar una actividad lúdica para cada uno de los residentes de forma que trabajen aspectos psicomotrices dentro del módulo.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar relaciones significativas entre los residentes y el personal.</li> <li>• Proveer oportunidades y situaciones significativas en el ámbito personal.</li> <li>• Proponer un espacio de actividad sensorial y motriz donde el residente pueda desarrollar sentimientos básicos de confianza en ese ambiente.</li> <li>• Aportar una actividad estructurada grupal en cada módulo.</li> <li>• Trabajar el sentimiento de pertenencia al grupo y la colaboración entre usuarios.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: terapeuta ocupacional.</li> <li>• Otros profesionales implicados: TCAE de cada módulo.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de las necesidades y demandas del residente y del personal de atención directa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario con programación de actividades del área ocupacional ejecutada.</li> <li>• Proceso permanente.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de los usuarios.</li> <li>• Información aportada por la familia/usuario/ TCAE.</li> <li>• Informes de otros profesionales, internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de dinamización en módulos elaborado.</li> <li>• Satisfacción de usuarios y familiares.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCAE de cada módulo.</li> <li>• Otros técnicos.</li> <li>• Usuarios, familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: usuarios.</li> <li>• Indirectos: TCAE de cada módulo.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar valoración: exploración de las necesidades de los residentes a través de la historia de terapia ocupacional.</li> <li>2. Elaborar el plan de dinamización en módulos.</li> <li>3. Realizar programación de las actividades.</li> <li>4. Ejecutar el programa.</li> </ol>

- Preparación del material necesario para poder desarrollar la actividad.
  - Adaptación de la actividad programada a las necesidades de los usuarios si se precisa.
  - Saludar a los usuarios de cada módulo utilizando estrategias para favorecer su respuesta.
  - Preparación de la sala donde van a trabajar transportando a usuarios con ayuda de los TCAE y los estudiantes de terapia ocupacional.
  - Explicación y participación en los juegos propuestos en función de sus posibilidades:
    - Participación activa (jugando).
    - Participación pasiva (buscando respuestas de enderezamiento, contacto visual, disminución del estado de agitación psicomotriz, escuchando la música, etc.).
  - Despedida y recogida de material.
5. Realizar seguimiento de la programación de dinamización.
    - Registro de las actividades.
    - Valoración de la adecuación de las actividades propuestas a los usuarios y como se han encontrado durante y después de la actividad.
  6. Valorar los resultados y evolución.
  7. Modificar la planificación si procede.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Historia de terapia ocupacional	
Documento/registro	Ficha de registro de actividad	
Documento/registro	Hoja de seguimiento de terapia ocupacional	
Documento/registro	Notas interiores	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

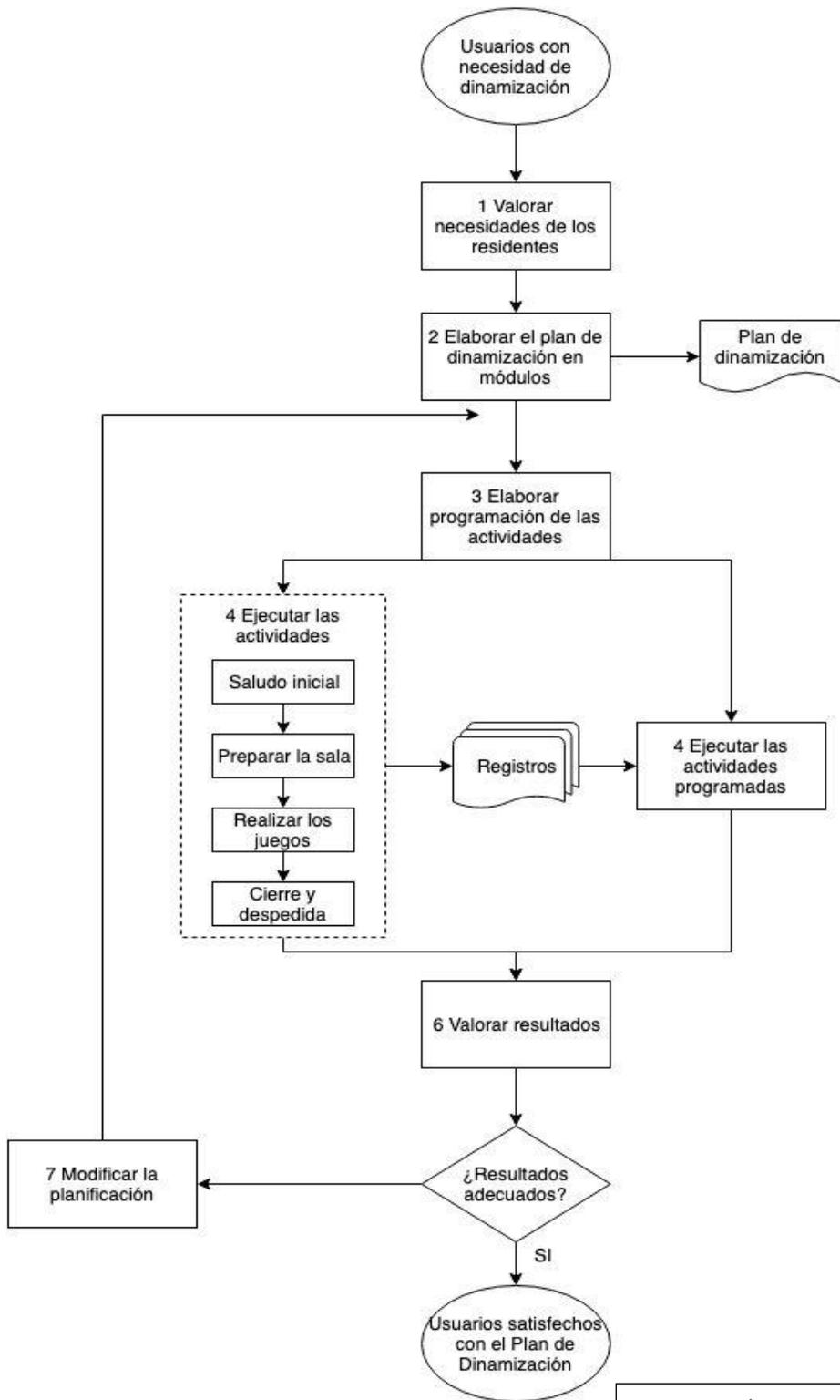
Nombre	Descripción	Responsable
Alcance de la actividad de dinamización a los usuarios	Nº de residentes que participan en cada módulo	TO
Nº de sesiones de dinamización por módulo	Nº de sesiones mensuales realizadas en cada módulo	TO

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERECIA 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</b>		Fecha: 29/06/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
Mantener e incrementar la autonomía e independencia personal de nuestros residentes con el fin de mejorar su calidad de vida.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar hábitos necesarios para las actividades básicas de la vida diaria: aseo, vestido y desvestido, lavado de dientes y comedor.</li> <li>• Presentar una apariencia externa aceptable teniendo en cuenta sus gustos y preferencias.</li> <li>• Fomentar que los usuarios sean capaces de detectar sus necesidades concretas y de solicitar ayuda.</li> <li>• Mantener las capacidades adquiridas.</li> <li>• Facilitar el comportamiento adaptativo.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario:TR.</li> <li>• Otros implicados: psicóloga, TCAE, terapeuta ocupacional.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de programa de autonomía (psicóloga) en la fase de admisión e ingreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización correcta del programa.</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.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicación psicológica en ficha de ingreso.</li> <li>• Valoración TR tras observación.</li> <li>• Demanda del usuario/familia.</li> <li>• Necesidades del usuario.</li> <li>• Información de los trabajadores.</li> <li>• Pautas técnicas.</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>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicóloga.</li> <li>• TR.</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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
1. Valorar y asignar a programa de autonomía (la psicóloga del centro).

2. Planificar los apoyos.
3. Realizar la ejecución diaria de los programas:
  - Aseo (Ducha, peinado, limpieza de dientes y afeitado).
  - Vestido y desvestido.
  - Comedor (Actitud, respeto de normas sociales, ritmo adecuado de ingesta, postura adecuada, manejo de cubiertos, uso de servilleta, recogida y limpieza de mesa).
4. Dar instrucciones y apoyos necesarios e imprescindibles para que el usuario sea capaz de realizar los programas de la forma más autónoma posible.
5. Evaluar la planificación semestralmente.
6. Revisar los programas según necesidades.

#### 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 Cuidados Personales	
Documento/registro	Escala de valoración del CAPDI	
Documento/registro	Historia y proyecto vital del residente	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Normativa y guías vigentes.
- Proyecto de Gestión del Centro.
- Guía de buenas prácticas.

#### INDICADORES

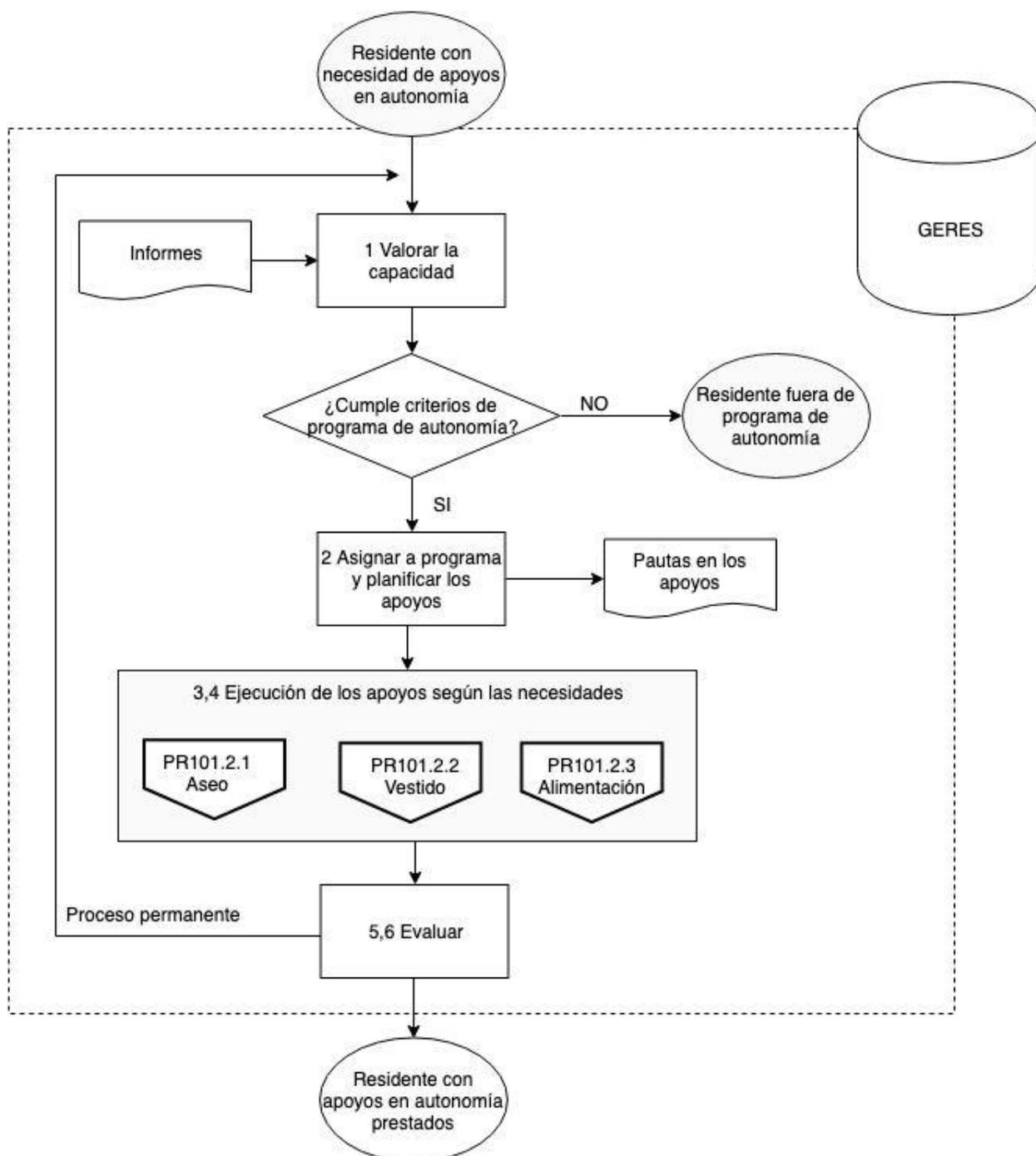
Nombre	Descripción	Responsable
% residentes en programa de autonomía	% de residentes incluidos en programa de autonomía	TO
Barthel en programa de autonomía	Barthel medio de residentes incluidos en programa	TO

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR107.4</b>
	<b>ADAPTACIÓN Y GESTIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MOVILIDAD</b>		Fecha: 25/05/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Prevención, curación y recuperación funcional de las patologías neuromusculares que afectan al tono, a la postura y al movimiento.

### OBJETIVOS

- Mejorar la condición fisiológica general: psicomotora, cardiovascular y respiratoria.
- Mejorar el funcionamiento de sistemas locomotor, nervioso, endocrino y trófico.
- Prevenir los problemas derivados del sedentarismo y de la falta de ejercicio físico.
- Mejorar la motricidad y los aspectos sensorio-perceptivos.
- Favorecer el control motor: conciencia de las posibilidades y de las limitaciones.
- Realizar tratamiento de las patologías específicas: degenerativas, neurológicas, reumáticas y traumatológicas.
- Promover la autonomía personal y el ejercicio físico.
- Colaborar con equipo multiprofesional para asegurar la calidad de vida de los usuarios.
- Fomentar la salud global del individuo.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
- Otros implicados: médico, enfermería, TCAE, técnico recuperador (TR), trabajadora social (TS), personal de mantenimiento, gobernancia y talleres.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso del la persona en el CAPDI: detección de la necesidad de ayuda técnica.</li> <li>• Valoración/exploración funcional - diagnóstico fisioterapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda técnica / producto de apoyo / tratamiento ortopédico prescrito, asignado y adaptado.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de ingreso en CAPDI.</li> <li>• Informes remitidos por médico especialista.</li> <li>• Sugerencias / derivación de los demás profesionales.</li> <li>• Demandas familiares (entrevista)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento ortopédico realizado.</li> <li>• Alta (temporal o definitiva).</li> <li>• Informes elaborados.</li> <li>• Satisfacción usuarios y familias.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento salud (médico, enfermera).</li> <li>• Personal de atención directa (TCAE, TR).</li> <li>• Trabajadora social.</li> <li>• Familiares.</li> <li>• Ortopedias. Empresas material técnico.</li> <li>• Servicio Aragonés Salud (recetas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directos: todos los residentes del CAPDI y usuarios de centro de día, especialmente los más afectados desde el punto de vista neuromotor.</li> <li>• Indirectos: personal de atención directa, familias.</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Realizar exploración y valoración funcional fisioterapéutica y/ de terapia ocupacional.
2. Detectar la necesidad de ayuda técnica ortopédica.
3. Realizar entrevista informativa con familia o tutor legal si procede.
4. Consultar técnico ortopédico (profesional externo) si procede.
5. Elaborar informe para solicitud de prescripción por parte del médico especialista (Servicio Rehabilitación Hospital Royo Villanova) si procede. Se gestiona a través de médico del CAPDI.
6. Recibir informe y volante-receta de prescripción (si procede).
7. Recibir y/o elaborar el material. Periodo de prueba:
  - Adaptación de sillas de ruedas y sus accesorios.
  - Adaptación de ayudas técnicas para la deambulaci3n: andadores, bastones...
  - Adaptaci3n de calzado ortopédico.
  - Adaptaci3n de órtesis plantares.
  - Realizaci3n y adaptaci3n de férulas.
8. Preparar, junto con TS, la documentaci3n para la solicitud de subvenci3n (si procede).
9. Enviar, a trav3s del establecimiento ortopédico, la documentaci3n a la inspecci3n sanitaria para trámite de la subvenci3n (si procede).
10. Tratamiento ortopédico realizado.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominaci3n	Enlace a servidor
Base de datos	Indicadores de rendimiento asistencial (registros)	
Registro/base de datos	Base datos seguimiento	
Registro/base de datos	Cuadro de mando	
Documento/registro	Historia clínica fisioterapia	
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Informe a médico especialista	
Protocolo asociado	Protocolo de adaptaci3n y prescripci3n de ayudas técnicas ortopédicas y para la movilidad	
Documento/registro	Receta del médico especialista	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías de buenas prácticas. C3digo deontol3gico.
- Normativa, instrucciones.
- Proyecto de gesti3n del CAPDI.

## INDICADORES

Nombre	Descripci3n	Responsable
Actuaciones ortopédicas	Nº intervenciones ortopédicas realizadas al día/ al mes	Fisioterapeuta
Exploraciones / valoraciones funcionales.	Nº exploraciones efectuadas al día/ al mes	Fisioterapeuta
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
Atenci3n a familiares	Nº entrevistas con familiares	Fisioterapeuta
Gestiones externas, adquisici3n de material técnico	Nº de gestiones con ortopedias, hospitales, proveedores de material, etc.	Fisioterapeuta
Satisfacci3n con el servicio	Medida en encuesta de calidad	Direcci3n, coordinador de calidad

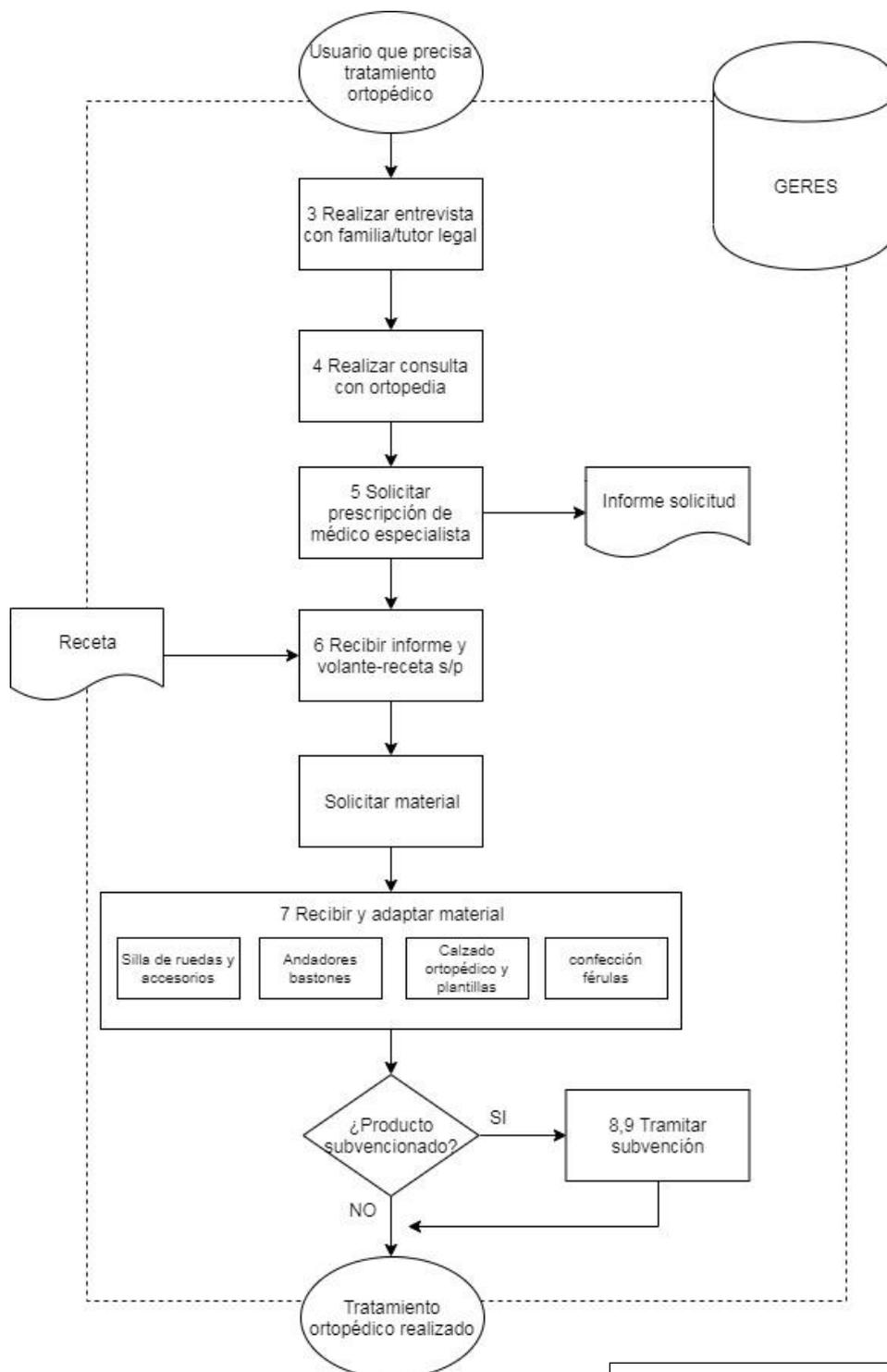
**ADAPTACIÓN Y GESTIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MOVILIDAD**

AREA: CENTROS

ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA

AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA

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: 08/06/2018 Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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: trabajadora social (TS).
- Otros implicados: técnicos recuperadores (TR), terapeuta ocupacional (TO), TCAE, 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 trimestral: equipo de ocio (TR, TO, TS).
2. Realizar programación teniendo en cuenta a toda la población atendida: equipo de ocio.
3. Comunicar la programación a todos los servicios: PSA.
4. Gestionar los recursos y logística para cada actividad: TS, o TO en su ausencia.
5. Preparar hoja de salida en caso de actividad exterior, con listado de usuarios y recursos necesarios (humanos y materiales) de cada actividad: TR.
6. Solicitar autorización y recursos económicos a familias si procede (TS).
7. Comunicar los listados de cada actividad a todos los servicios: PSA.

8. Asignar al personal acompañante.
9. Preparar material necesario, si procede, en cada ocasión (nieve, playa, paseo etc.): coordinación de TR, participación de servicios en función de las necesidades.
10. Realizar la actividad.
11. Hacer registros de la misma: TR.
12. Valorar la actividad por los profesionales implicados: coordina TR.
13. Comunicar la actividad a familias/medios interesados si procede. Ver *proceso de representación y proceso de información y comunicación a familias*.

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

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Guía de recursos TS	
Documento/registro	Credencial del centro	
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	Registros asistencia actividad	
Documento/registro	Evaluación de la actividad	
Documento/registro	Autorizaciones de participación	
Documento/registro	Control de gastos e ingresos	
Protocolos asociados	Protocolo de salidas de día	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Actividades socioculturales	Nº de actividades socioculturales realizadas: celebraciones, excursiones, etc.	TR
Porcentaje de usuarios que se benefician del ocio mensual	% de usuarios que participan en el ocio mensual	TR
Participación en actividades	% de usuarios que participan al menos en 4 actividades semanales regularmente	TR
Grado de satisfacción de usuarios y familias con las actividades de ocio	Encuesta de satisfacción	Dirección





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR107.6</b>
	<b>GESTIÓN DE TALLERES PRELABORALES Y OCUPACIONALES</b>	Fecha: 05/10/2018
		Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
<p>Procurar al usuario un ambiente estructurado en el que se entrenen las habilidades manipulativas laborales básicas, y ofrecer la oportunidad de adquirir hábitos positivos desarrollando actividades que resulten significativas y satisfactorias para su desarrollo personal.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la historia ocupacional del usuario que permita elaborar su plan de atención integral y vida.</li> <li>Ayudar a adquirir, mejorar y/ o potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.</li> <li>Facilitar y apoyar la participación de los usuarios en actividades de ocio y tiempo libre para cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración y de integración social.</li> <li>Aconsejar y adiestrar en el uso de las ayudas técnicas necesarias para favorecer la autonomía personal al usuario y al personal de atención directa.</li> <li>Trabajar el sentimiento de autoeficacia y la significatividad en las actividades que realizan en los diferentes talleres.</li> <li>Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y emocionales adecuadas.</li> <li>Favorecer el sentimiento de pertenencia al grupo.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Propietario: terapeuta ocupacional.</li> <li>Otros implicados: maestro de taller de madera, maestra taller de textil, psicóloga, técnico recuperador (TR) y otros profesionales.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Derivación del usuario en función de la valoración y planificación ocupacional del plan de cuidados personales o de la supervisión de casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuario con programación de actividades del área ocupacional ejecutada.</li> <li>Proceso permanente.</li> <li>Alta del usuario.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidades de los usuarios.</li> <li>Información aportada por la familia/usuario.</li> <li>Informes de otros profesionales, internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusión en talleres ocupacionales según programa de actuación.</li> <li>Informes.</li> <li>Satisfacción de usuarios y familiares.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>TR.</li> <li>Psicóloga.</li> <li>TCAE.</li> <li>Administración.</li> <li>Empresas de material.</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. Realizar valoración.
2. Incluir a los usuarios en los diferentes talleres: terapia ocupacional, taller de textil y/o taller de madera.
3. Asignar y adaptar actividades significativas a cada uno de los usuarios.
4. Establecer la intensidad de apoyos acorde a las destrezas que posea el usuario.
5. Ejecutar las actividades propuestas, mediante imitación, acompañamiento y/o explicación verbal.
6. Realizar seguimiento de la evolución en cada uno de los talleres.
7. Evaluar la ejecución en las actividades propuestas, comportamiento, relación con los compañeros etc.
8. Elaborar informe para la supervisión del plan de atención integral y vida del usuario.
9. Revisar la planificación en función de la evaluación. Incorporar los acuerdos tomados en la supervisión del PAIV o en reuniones multidisciplinares.

## DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Historia de terapia ocupacional	
Documento/registro	Documento de evaluación	
Documento/registro	Informe de seguimiento del área ocupacional	
Documento/registro	Ficha de pautas al ingreso	
Documento/registro	Programación de actividades	
Documento/registro	Parte de incidencias	
Documento/registro	Hoja de seguimiento	
Documento/registro	Registro de asistencia	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## INDICADORES

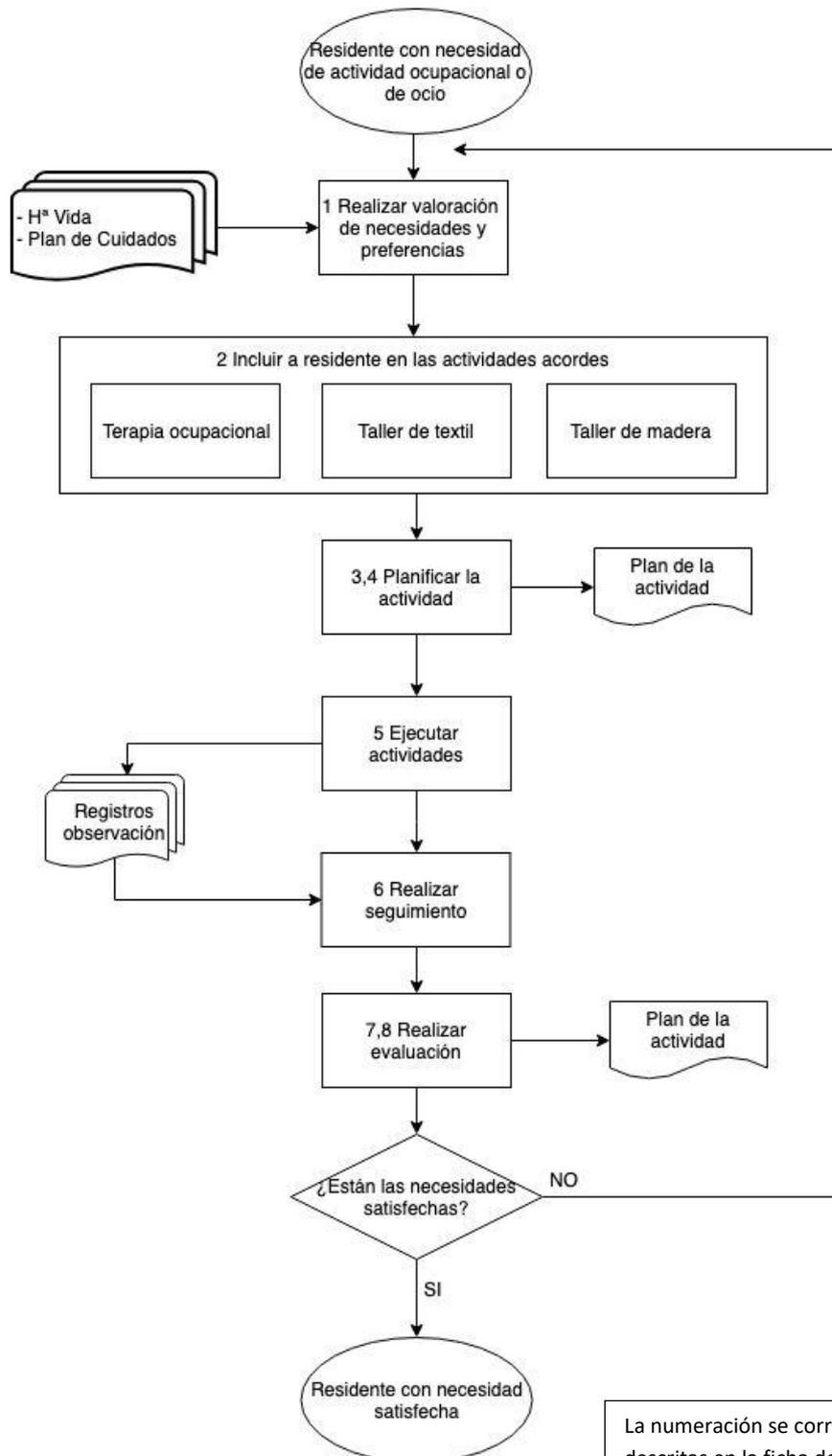
Nombre	Descripción	Responsable
Alcance de actividades en aulas y talleres	% de usuarios que asisten a cada una de las actividades	Psicóloga/TO
Alcance de actividades en aulas y talleres individual	% de usuarios con atención individualizada en cada una de las actividades	Psicóloga/TO
Satisfacción con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

AREA: CENTROS

ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA

AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA

VALIDADO POR: GERENCIA IASS





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR107.7</b>
	<b>APOYO SOCIOEDUCATIVO EN AULAS</b>		Fecha: 14/09/2018
			Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA		
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	VALIDADO POR: GERENCIA IASS		

<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 y hortalizas.</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: psicóloga.</li> <li>• Otros implicados: técnico recuperador, otros técnicos.</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 Cuidados Personales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento o 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 Cuidados Personales.</li> <li>• Valoración TR/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>• TR.</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>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>

1. Realizar valoración integral de la persona y detección de necesidades, capacidades y preferencias de los usuarios (Ver proceso *PR102.2 Ingreso y acogida*).
2. Incluir al usuario en las actividades acordes a la evaluación inicial.
3. Coordinar al equipo de TR para dar continuidad y contenido común a las actividades programadas.
4. Ejecutar las distintas actividades según programación del aula.
5. Registrar las actividades realizadas.
6. Realizar seguimiento y evaluación del grado de ejecución de las tareas en cada actividad.
7. Revisión semestral de los usuarios, manteniendo o cambiando las actividades según necesidades.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento /registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Control de asistencia diario	
Documento/registro	Horarios de actividades	
Documento/registro	Programación de aula	
Documento/registro	Hoja de seguimiento de aula	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

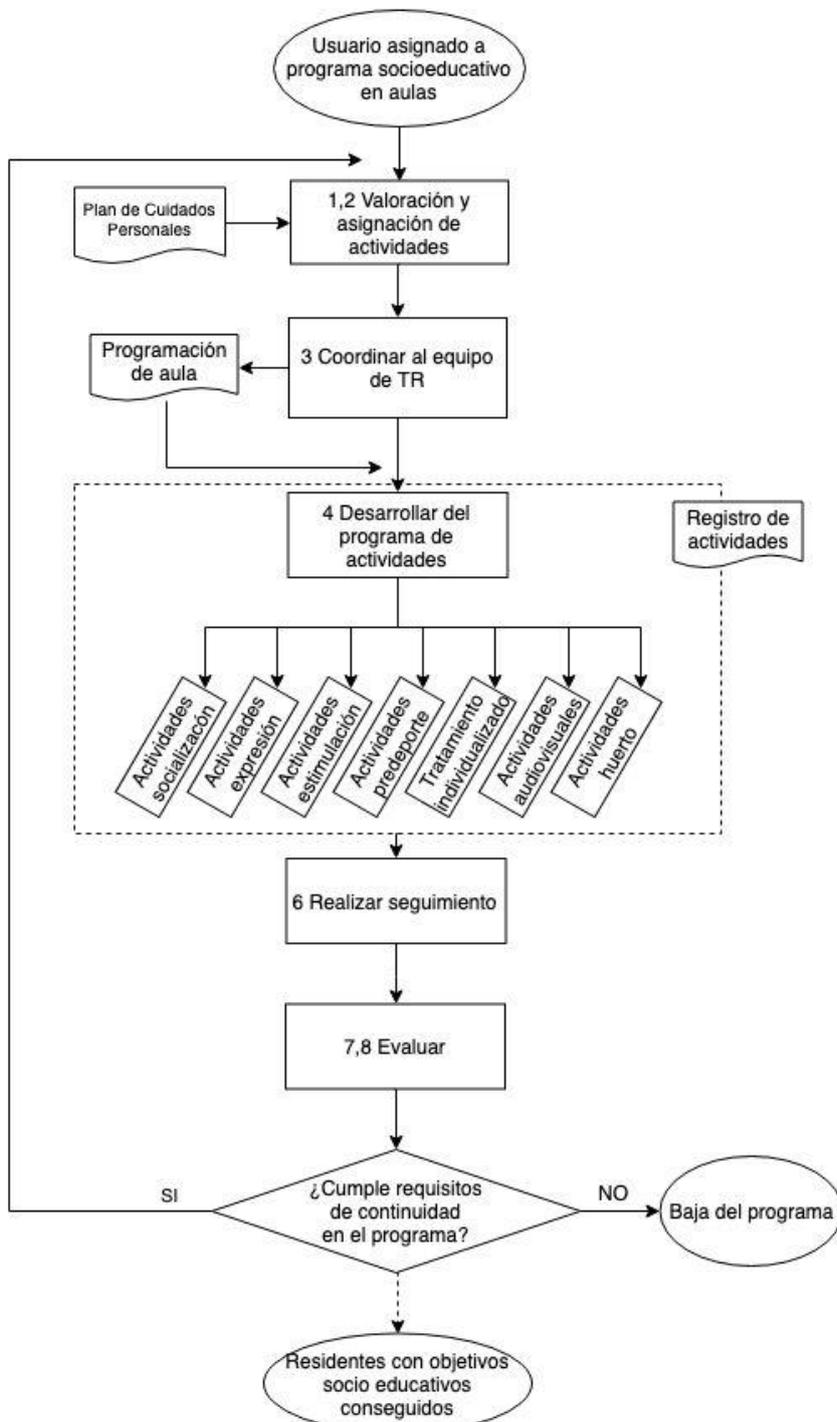
Nombre	Descripción	Responsable
Alcance de actividades en aulas y talleres	% de usuarios que asisten a cada una de las actividades	Psicóloga/TR
Alcance de actividades en aulas y talleres individual	% de usuarios con atención individualizada en cada una de las actividades	Psicóloga/TR
Actividades por usuario	Nº medio de actividades semanales realizadas por usuario	Psicóloga/TR
Déficit de actividades	Nº de residentes que realizan menos de 5 actividades semanales de media	Psicóloga/TR
Satisfacción con la actividad	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección, coordinador del equipo de calidad

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

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: 16/01/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
<p>Conocer la situación sociofamiliar y personal del usuario para establecer canales de comunicación y participación claros y fluidos con la familia, fomentando relaciones positivas y de confianza mutua.</p>

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la realidad familiar del residente.</li> <li>• Mantener a la familia como lugar afectivo de referencia de la persona.</li> <li>• Posibilitar la participación directa de usuario y familia en el PAIV.</li> <li>• Elaborar la historia de vida del usuario con la participación del mismo y su familia.</li> <li>• Establecer con la familia una relación de apoyo y confianza.</li> <li>• Garantizar el derecho de participación de usuarios y familias en el centro.</li> <li>• Potenciar el derecho de los usuarios a mantener una relación con su entorno familiar y social.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: trabajadora social.</li> <li>• Otros profesionales implicados: TR, TCAE (especialmente los de referencia), enfermería 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>• Entrevista preingreso.</li> <li>• Comunicación de necesidad.</li> <li>• Propuesta de intervención.</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>• Profesionales de otros servicios o entidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias y usuarios.</li> <li>• Profesionales del centro o externos.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar entrevistas con usuario y familiares: inicial, el día de ingreso y durante la estancia.</li> <li>2. Elaborar la historia social e Historia y Proyecto Vital del usuario.</li> <li>3. Realizar la planificación de la comunicación y participación familiar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyos sociales y comunicación con la familia.</li> </ul> </li> </ol>

- Participación de la familia en los apoyos al usuario.
  - Planificación de actividades del centro en las que pueda participar la familia.
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 Cuidados Personales.
    - 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).
    - Participación de la familia en actividades del centro.
  5. Realizar seguimiento.
  6. Evaluar las actuaciones planificadas.
  7. Revisar el plan en función de las necesidades.
  8. Actualizar la historia social, Historia y Proyecto Vital.

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 Cuidados Personales	
Base de datos	GERES	
Documento/registro	Partes de comunicación	
Documento/registro	Programación de actividades de ocio. Documentación de las actividades	
Documento/registro	Informe anual a familias	
Documento/registro	Agenda de usuarios de centro de día	
Protocolos	Protocolo 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.
- Código deontológico.
- Guía de buenas prácticas.

### INDICADORES

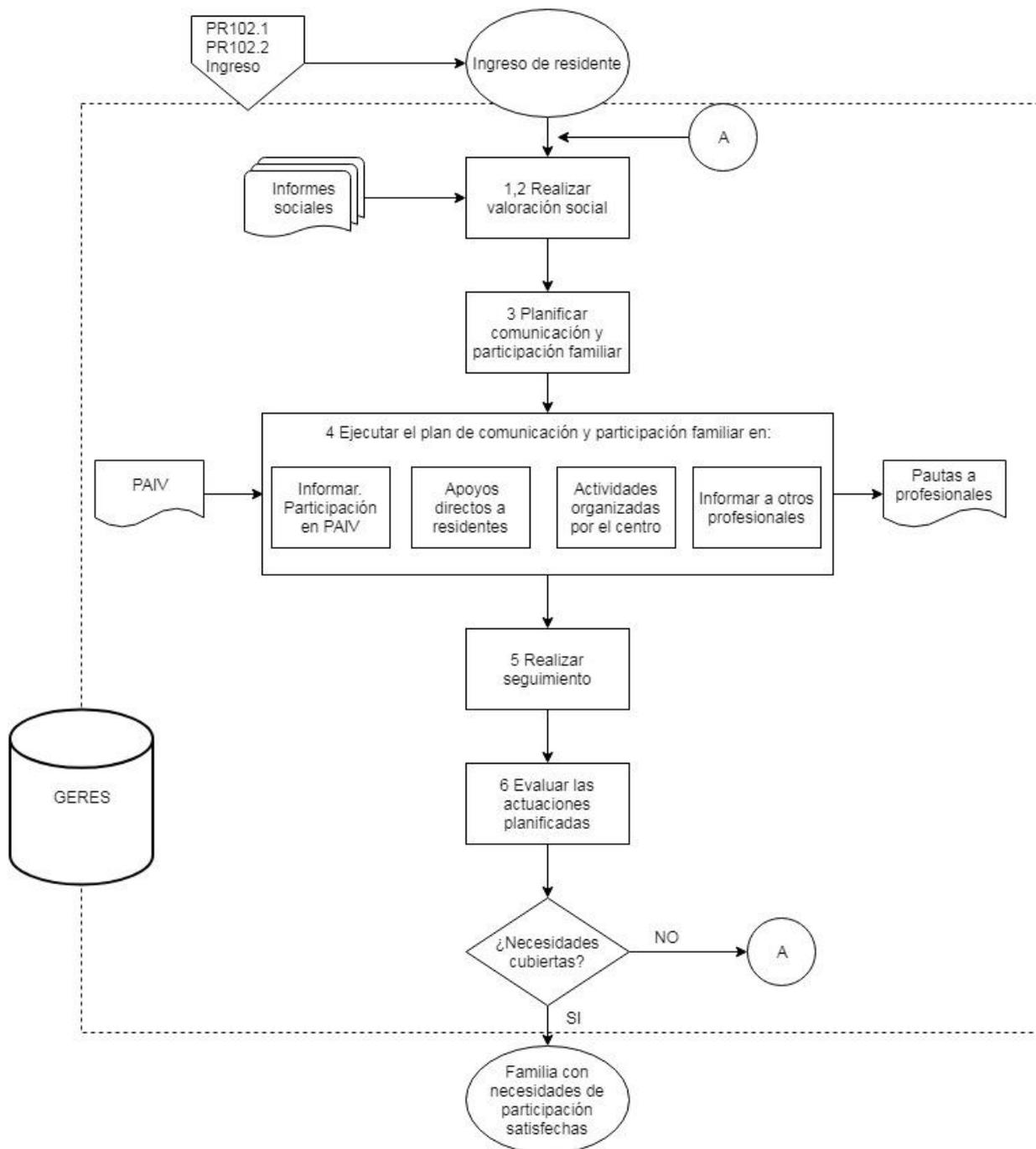
Nombre	Descripción	Responsable
Participación familiar	% de familias que participan en las actividades del centro o en apoyos a los usuarios.	Trabajadora social
Contacto con familias	% de familias con las que hay contacto frecuente (igual o mayor a 1 x mes)	Trabajadora social
Satisfacción con la comunicación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

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CAPDI ZARAGOZA**

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: 16/01/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
Facilitar las gestiones legales o administrativas de la persona usuaria, orientando y apoyando a su familia, o actuando de forma delegada cuando sea necesario.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar en la gestión de trámites administrativos o legales relacionados con el usuario.</li> <li>• Mantener actualizada la documentación del residente.</li> <li>• Realizar gestiones económicas o administrativas de forma delegada.</li> <li>• Garantizar los derechos de las personas tuteladas, en coordinación con el servicio de tutelas y la autoridad judicial.</li> <li>• Prestar los apoyos sociales necesarios al usuario o su familia.</li> </ul>

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: trabajadora social.</li> <li>• Otros profesionales implicados: dirección, administración y otros.</li> </ul>

<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>• Solicitudes de familias, 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 de Adultos, Juzgados y otras entidades.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Comisión de Tutelas de Adultos, Juzgados.</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 de Adultos, Juzgados y otras entidades.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recoger información de la situación legal y administrativa (preingreso e ingreso): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar entrevista con usuarios/familias: situación, necesidades...</li> <li>- Recibir informes de tutelas u otros profesionales.</li> <li>- Comprobar documentación.</li> <li>- Solicitar autorización de familias para realización de gestiones.</li> </ul> </li> </ol>

2. Valorar:
  - Situación y necesidades administrativas o legales.
  - Capacidad de usuario/familia para realizar los diferentes trámites.
  - Necesidad de realizar gestiones económicas o administrativas delegadas.
3. Planificar apoyos en los diferentes trámites relacionados con el usuario:
  - Gestiones económicas: trámites bancarios, gestión de dinero de bolsillo.
  - Trámites administrativos o de documentación.
  - Trámites relacionados con capacidad modificada judicialmente o tutelados.
  - Trámites relacionados con la situación social del usuario o su familia.
  - Trámites relacionados con vacaciones organizadas por entidades externas.
  - Otros.
4. Ejecutar apoyos planificados.
  - Supervisión u orientación.
  - Apoyo en trámites.
  - Gestiones delegadas.
  - Apoyo social a través de recursos propios o de la comunidad.
 Registro de actuaciones. Registro de entradas, salidas y balance de cuentas de dinero de bolsillo.
5. Realizar seguimiento de la tramitación.
  - Comunicar información relevante a dirección o a profesionales implicados.
6. 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	Hoja de control de gasto de dinero de bolsillo	
Protocolos	Protocolo 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.
- Código deontológico.
- Guía de buenas prácticas.

#### INDICADORES

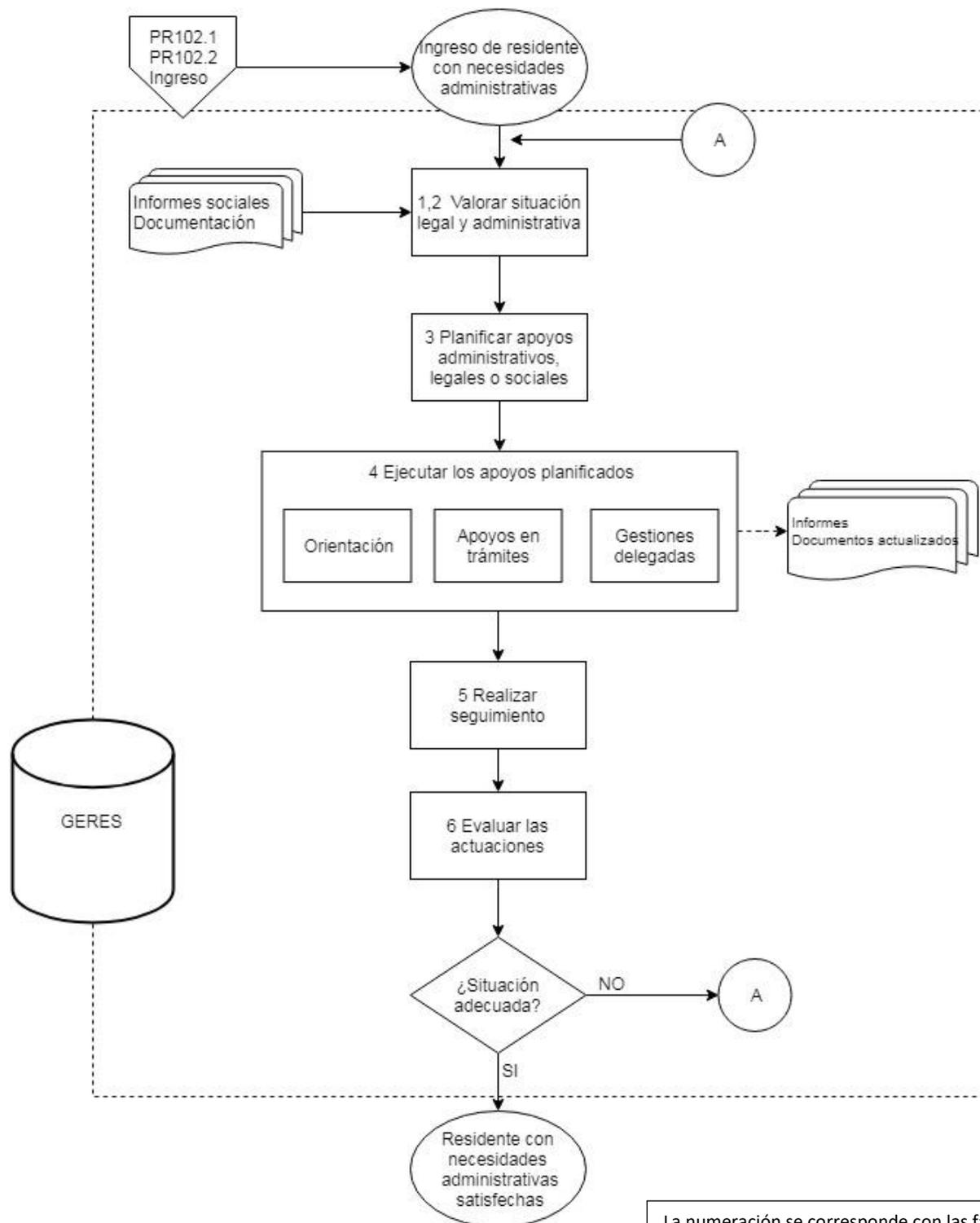
Nombre	Descripción	Responsable
Capacidad modificada judicialmente	% de usuarios con capacidad modificada judicialmente	Trabajadora social
Tutelados por Gobierno de Aragón	% de usuarios tutelados por Gobierno de Aragón	Trabajadora social
Satisfacción de usuarios/familias con el apoyo en las gestiones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

AREA  
**CENTROS**

ELABORADO POR  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN  
**CAPDI ZARAGOZA**

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: 08/06/2018 Versión: <b>1</b>
ÁREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
ÁMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		
<b>MISIÓN</b>			
Facilitar un vestuario adecuado y un entorno inmediato adaptado y acogedor, que respete las preferencias personales y proyecto vital del residente, elementos clave en su calidad de vida.			
<b>OBJETIVOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la continuidad del proyecto vital del residente en la medida de las posibilidades.</li> <li>• Facilitar la entrada y cuidado de enseres personales que proporcionen un entorno próximo significativo y acogedor.</li> <li>• Lograr que el residente vaya vestido adecuadamente, facilitando sus preferencias y adaptando la ropa y elementos personales a sus necesidades.</li> </ul>			
<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: trabajadora social.</li> <li>• Otros implicados: PSA, gobernanta, PESD, RAAR, psicóloga, médico, coordinadora de TCAE, técnico de referencia, TCAE de referencia y TCAE.</li> </ul>			
<b>INICIO DEL PROCESO</b>		<b>FINAL DEL PROCESO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista preingreso.</li> <li>• Información a familia, instrucciones relativas a pertenencias.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente con necesidades relativas a sus pertenencias satisfechas.</li> <li>• Proceso continuo.</li> </ul>	
<b>ENTRADAS</b>		<b>SALIDAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia social del residente.</li> <li>• Preferencias e historia de vida del residente.</li> <li>• Plan de atención individual 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>	
<b>PROVEEDORES</b>		<b>DESTINATARIOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente.</li> <li>• Familia/tutor.</li> <li>• Profesionales de referencia.</li> <li>• Otros técnicos del centro.</li> <li>• Comisión de tutelas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente.</li> <li>• Familia.</li> <li>• Gobernanta/PESD, cuidador de referencia y otros profesionales implicados en la atención del residente.</li> </ul>	
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar entrevista con familia previa a ingreso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación acerca de posibles pertenencias, comunicación/entrega de listado de enseres y ropa mínimos al ingreso, instrucciones de marcado...</li> <li>- Asignación de número de ropa del residente (TS en coordinación con gobernantas). Ver proceso de admisión y preingreso.</li> <li>- Solicitud de autorización de desecho de ropa u otros elementos deteriorados (TS).</li> <li>- Registro de información social (TS) e inicio de registro del documento de historia de vida (hábitos y preferencias) por TS, psicóloga, educador y TCAE de referencia...</li> </ul> </li> <li>Ingreso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibir y comprobar el estado y marcado de pertenencias (Gobernantas y TCAE de referencia u otra del módulo). Participación familiar si lo desea.</li> <li>- Realizar inventario (TCAE de referencia o TCAE).</li> <li>- El inventario se pasa a TS.</li> </ul> </li> </ol>			

- Colaborar-colocar en habitación/armario (TCAE de referencia, posibilidad de participación de familia).
- 3. Marcar elementos que lo precisen (fuera del centro a cargo de la familia/tutor o en el centro a través de gobernantas). Lo coordinan TS/gobernantas.
- 4. Realizar adaptaciones de elementos que lo precisen. Se realiza preferentemente fuera a cargo de familia/tutor.
- 5. Revisar periódicamente el estado de pertenencias y necesidades (TCAE de referencia). Además, dos veces al año coincidiendo con el cambio de temporada, revisión y solicitud de ropa. La familia puede participar si lo desea.
- 6. Detectar ropa dañada.
- 7. Solicitar reparación/reposición a familia/tutor. En caso de hacerlo en el centro, la trabajadora social lo solicita a las gobernantas.
- 8. Realizar compra de ropa/enseres o reparación. Lo hace la familia o la trabajadora social previa autorización (algunas familias y tutelados).
- 9. Registrar pagos y facturas s/p en programa.
- 10. Recibir ropa u otros enseres por parte de PSA y traslado a TS o gobernantas.
- 11. Comprobar el estado/marcado por parte de las gobernantas. Si no está en condiciones adecuadas, ir a punto 3.
- 12. Las gobernantas toman nota de las prendas recibidas y las distribuyen a los módulos.
- 13. Las TCAE colocan la ropa en los armarios.
- 14. La TCAE de referencia verifica con la gobernanta la recepción de la ropa solicitada.
- 15. Se repiten puntos a partir del 5.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Listado de elementos mínimos al ingreso	
Documento/registro	Inventario y control de pertenencias	
Documento/registro	Documento Historia de Vida	
Documento/registro	Listado de reparto de residentes y profesionales de referencia	
Documento/registro	Solicitud de reposición ropa de temporada	
Documento/registro	Plan de cuidados	
Documento/registro	Parte de comunicación	
Documento/registro	Criterios de revisión y valoración del estado de la ropa	
Documento/registro	Autorización de desecho de ropa	
Documento/registro	Listado familiares que autorizan el desecho	
Documento/registro	Carta tipo para solicitar ropa de temporada	
Documento/registro	Solicitud compra de ropa a Comisión de Tutelas	
Documento/registro	Relación de prendas recibidas	
Documento/registro	Ficha devolución de ropa a las familias	
Base informática	GERES	
Base informática	Base de datos access residentes-ropa	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### INDICADORES

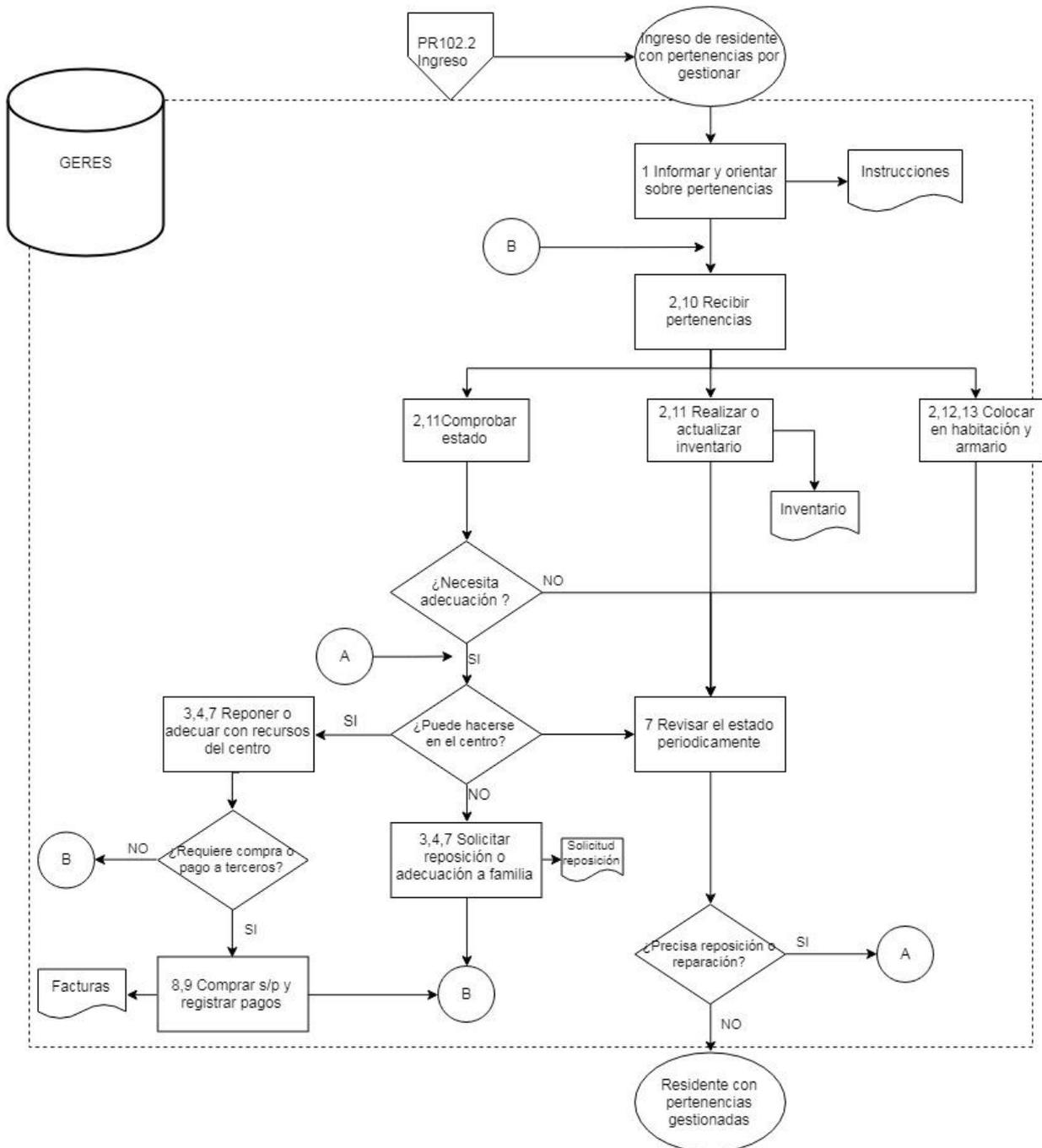
Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con pertenencias	Nº de quejas formales o incidencias registradas (extravío, rotura) en proporción al nº de residentes	Trabajadora social
Actualización de inventarios	% de inventarios de pertenencias de usuarios actualizados en los últimos 6 meses	Trabajadora 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 CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR108.4</b>
	<b>APOYO A FAMILIAS: PROGRAMA CUIDARTE</b>		Fecha: 12/04/2019
			Versión <b>1</b>
AREA: CENTROS	ELABORADO POR: EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA		
AMBITO DE APLICACIÓN: CAPDI ZARAGOZA	VALIDADO POR: GERENCIA IASS		

### MISIÓN

Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por una situación de dependencia.

### OBJETIVOS

- Proporcionar un espacio socioterapéutico para aquellas personas que tienen a su cargo una persona en situación de dependencia.
- Promocionar la autonomía personal de aquellas personas que están en una situación de dependencia.
- Fomentar el refuerzo de capacidades personales y la adquisición de habilidades para cuidarse y afrontar el momento que viven.
- Crear un espacio para relacionarse y aprender de la experiencia común.
- Ofrecer redes de apoyo social que favorezcan el establecimiento de vínculos afectivos.
- Promover grupos de apoyo entre iguales como vía para contribuir a mejorar el bienestar de las personas.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: trabajadora social y psicóloga.
- Otros implicados: dirección, RAAR y otros profesionales.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación del programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa ejecutado y evaluado.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de las familias y usuarios.</li> <li>• Solicitud de cuidadores.</li> <li>• Derivaciones de otros centros o entidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las necesidades de los cuidadores y usuarios.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias, usuarios.</li> <li>• Técnicos del centro.</li> <li>• Técnicos de otros centros o entidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias.</li> <li>• Usuarios.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Realizar la planificación anual de los grupos cuidarte a desarrollar (cuidadores y/o promoción de la autonomía).
2. Divulgarel programa:
  - Presentación del programa a los familiares en uno de sus cafés tertulias.
  - Publicidad del grupo a través de carteles en el centro y redes sociales
  - Comunicación del inicio a Gerencia, centros del IASS y otros departamentos (colegios, centro de salud...) y/o entidades sociales.

- Invitación expresa a potenciales participantes.
- 3. Recibir las solicitudes del programa.
- 4. Realizar entrevistas individuales si es necesario.
- 5. Diseñar el programa:
  - a. Configurar el grupo (6-15 personas).
  - b. Elaborar el calendario de las sesiones. Se planifican entre ocho y diez con una periodicidad semanal y una duración aproximada de dos horas.
  - c. Asignar los temas a tratar en cada sesión.
- 6. Ejecutar el programa diseñado.
- 7. Evaluar el programa:
  - De cada sesión por parte de las conductoras y global al finalizar el programa.
  - Evaluación individual de los participantes del programa realizado.
- 8. Realizar las gestiones administrativas asociadas al programa.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Modelo de solicitud de grupos de personas cuidadoras	
Documento/registro	Modelo de solicitud de grupos de promoción de la autonomía personal	
Documento/registro	Propuesta de resolución	
Documento/registro	Ficha de demanda	
Documento/registro	Modelo de intervención de grupos de personas cuidadoras	
Documento/registro	Modelo de intervención de grupos de promoción de la autonomía	
Documento/registro	Modelo de evaluación de los participantes en los grupos de personas cuidadoras	
Documento/registro	Modelo de evaluación de los participantes en los grupos de promoción de la autonomía personal	
Documento/registro	Modelo de evaluación de los profesionales que conducen los grupos.	
Recurso Web	Website Cuidarte	
Base informática	Programa GERES	
Protocolos	Protocolo de implementación del programa	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión del centro.
- Carta de servicios del centro.
- Códigos deontológicos profesionales.

#### INDICADORES

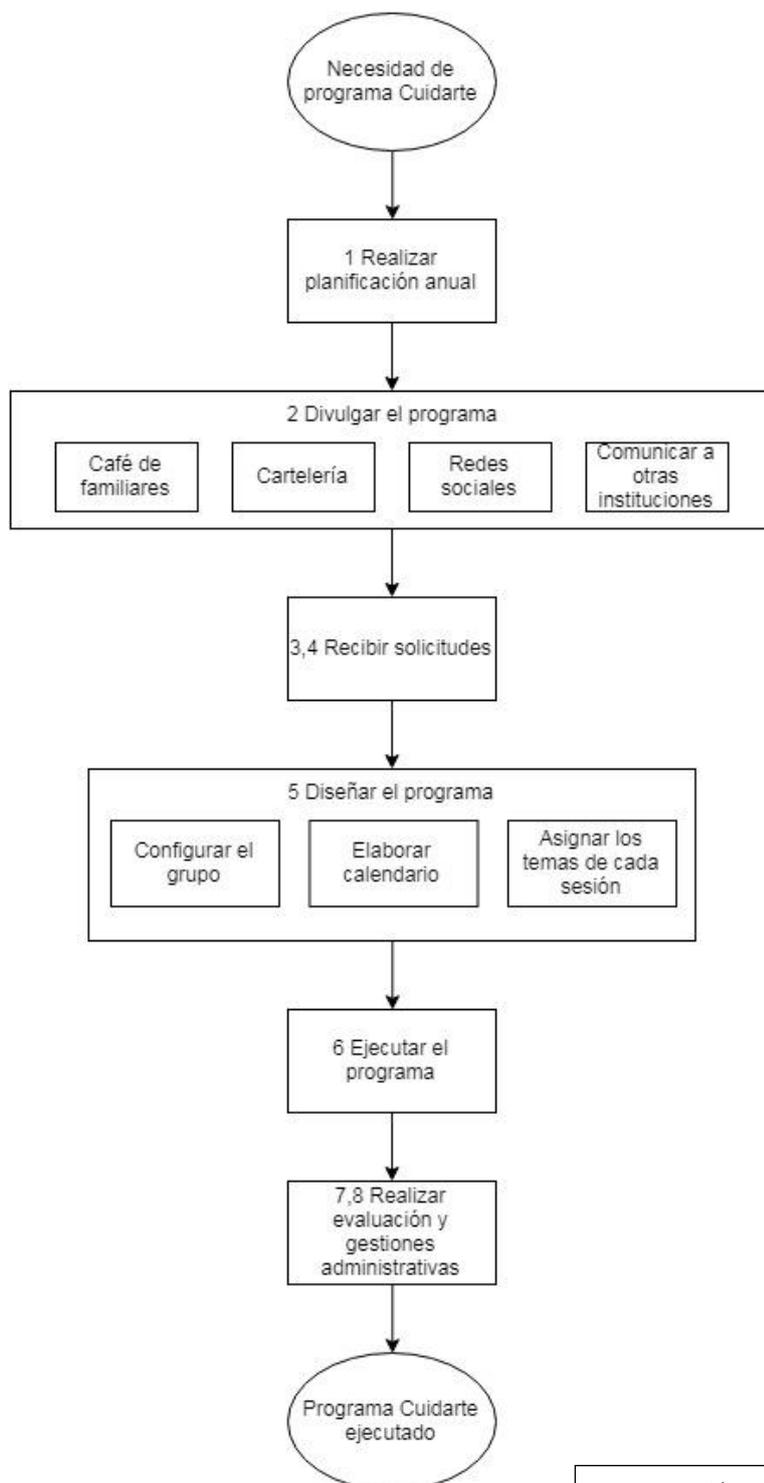
Nombre	Descripción	Responsable
Nº de grupos Cuidarte	Nº de grupos realizados anualmente	TS/Psicóloga
Nº de usuarios Cuidarte	Nº de participantes	TS/Psicóloga
Asistencia a grupos Cuidarte	% participación en cada sesión	TS/Psicóloga
Renuncias en programa Cuidarte	Nº de bajas durante el programa	TS/Psicóloga
Satisfacción de usuarios/familias	Medida en encuesta de evaluación	Dirección, coordinador de equipo calidad

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**



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



### 3.4DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE SOPORTE





 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201</b>
	<b>GESTIÓN ECONÓMICA</b>		Fecha: 25-03-2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

<b>MISIÓN</b>
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.

<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de una previsión de ingresos y gastos anual autorizada por la Dirección General de Presupuestos o Gerencia del IASS.</li> <li>• Elaborar una propuesta de inversiones del centro.</li> <li>• Tramitar las necesidades de crédito.</li> <li>• Elaborar y controlar la ejecución de los contratos de suministros, obras y servicios que precisa el centro en función de la asignación presupuestaria y autorización de crédito.</li> <li>• Justificar los gastos.</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>• 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>
<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> </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>
<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> <li>• Usuarios del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

PR201.1 PROVISIÓN DE INGRESOS.  
PR201.2 CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA.  
PR201.3 ANTICIPOS DE CAJA Y GASTOS A JUSTIFICAR.

### REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Base/programa informático	GERES	
Base/programa informático	SERPA	
Base/programa informático	GESTALMA	
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		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201.1</b>
	<b>PROVISIÓN DE INGRESOS</b>		Fecha: 25/03/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

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

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

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

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

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

#### **Elaboración de presupuestos**

1. Analizar necesidades y prioridades según el plan de gestión del centro.

2. Analizar la ejecución presupuestaria del ejercicio anterior.
3. Realizar ajustes, actualización y concreción de las necesidades de gasto corriente (capítulo II).
4. Concretar y priorizar necesidades de inversiones para el próximo ejercicio (capítulo VI).
5. Elaborar la memoria económica de necesidades (de gasto corriente y de inversiones).
6. Solicitar crédito a Dirección Provincial.
7. Validar informes (Gerencia).
8. Aprobar el crédito y emisión del certificado de existencia de crédito: la Dirección General de Presupuestos del Departamento de Hacienda, solo para los gastos de tramitación anticipada.

### Gestión de ingresos directos

Gestión de cobro del copago de las plazas:

1. Comunicar la cuota a pagar por cada residente del centro. Gerencia o Dirección Provincial, en la notificación de ingreso.
2. Registrar en la base informática (GERES) de cuota, nº de cuenta, altas, bajas y movimientos de los residentes.
3. Calcular la cuota mensual por residente.
4. Comunicar a entidad bancaria los cargos y números de cuenta de cada residente.
5. Realizar y enviar informes mensuales de facturación y de cuenta justificativa a Intervención Delegada.
6. Reclamar impagos.

Gestión de otros ingresos: servicio de comidas para personal del centro.

### 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

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR201.2</b>
	<b>CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA</b>		Fecha: 25/03/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</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 y Gerencia del IASS.

#### INICIO DEL PROCESO

- Aprobación de propuesta de gasto del centro.
- Proceso cíclico.

#### FINAL DEL PROCESO

- Ejecución de contratos fiscalizada por intervención.

#### ENTRADAS

- Necesidades y demandas priorizadas.
- Análisis y distribución del presupuesto.
- Resoluciones de gerencia.
- Instrucciones de DP o Gerencia.
- Informes de Intervención Delegada.
- Ofertas de empresas.

#### SALIDAS

- Contratos administrativos.
- Publicaciones en perfil de contratante y BOA.
- Órdenes de pago e ingreso bancario.
- Informes a DP/Gerencia/Intervención.
- Necesidades de suministros y servicios satisfechas.

#### PROVEEDORES

- Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.

#### DESTINATARIOS

- Todos los agentes implicados en la organización del centro, de la Dirección Provincial y la Gerencia.
- Usuarios del centro.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES O ACTUACIONES

1. Aprobar propuesta de gasto del centro (Gerencia).
2. Recibir certificado de existencia de crédito.

3. Registrar en el módulo RM. Enviar documento contable "R", de retención de crédito en SERPA, a Intervención Delegada. Intervención contabiliza el R.
4. Realizar resolución de inicio e informe de necesidad.
5. Elaborar pliego de cláusulas administrativas (PCAP). \*
6. Elaborar pliego de cláusulas técnicas (PPT).
7. Elaborar documento contable "A", de autorización de gasto. Se envía con la documentación del expediente a intervención.
8. Publicar la licitación (con PCAP y PPT) en el perfil del contratante y boletines oficiales.
9. Constituir y publicar la mesa de contratación.
10. Recibir ofertas, realizar baremación y propuesta de contratación.
11. Requerir a empresa de documentación necesaria.
12. Proponer contratación a Intervención con documento contable "D", de disposición de crédito.
13. Adjudicar contrato. Formalización de contrato (fiscalización por intervención).
14. Informar a profesionales del centro implicados (responsables, mantenimiento, almacén...)
15. Ejecutar contrato:
  - Realización de servicio o provisión de mercancías. Ver procesos de almacén.
  - Recibir, registrar y cotejar facturas con albaranes y contratos.
  - Gestionar incidencias.
  - Registrar en SERPA.
  - Tramitar el pago a través de entidad bancaria.
16. Justificar gastos.
  - Elaborar documento contable "O", de reconocimiento de obligación.
  - Enviar a Intervención junto a facturas.
  - Fiscalizar el gasto (Intervención).
  - Gestionar disconformidades.
17. Realizar abono de importe (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	GESTALMA	
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: 25/03/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR <b>GERENCIA IASS</b>		

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

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

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: 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>• 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>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de compra o servicio.</li> <li>• Nombramiento de cajero-pagador.</li> <li>• Facturas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de suministro satisfecha.</li> <li>• Registros contables.</li> <li>• Documentos contables.</li> <li>• Órdenes de pago bancario.</li> <li>• Informes a DP/Gerencia/Intervención.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Gerencia del IASS.</li> <li>• Empresas de suministros y servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Gerencia.</li> <li>• Intervención Delegada.</li> <li>• Empresas de suministros y servicios.</li> </ul>

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

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 devolver metálico sobrante.
7. Registrar los movimientos en la contabilidad correspondiente.
8. Elaborar relación de facturas, registrar en SERPA y elaborar "ADO".
9. Enviar documentación a Intervención Delegada.
10. Fiscalizar (Intervención).
11. Aprobar la cuenta. La Secretaría General, en función del informe de la Intervención.
12. Reponer el importe en cuenta.

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

1. Solicitar el suministro o servicio.
2. Valorar la necesidad e idoneidad de método de pago (administrador, dirección).
3. Realizar compra/contratación.
4. Realizar recepción, conformación y validación de 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. Informar relación de facturas y registrar documento contable "ADO".
8. Fiscalizar (Intervención).
9. Aprobar cuentas. Secretaría General, en función del informe de la Intervención.
10. Reponer el importe en cuenta.

#### 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	Administrador
Volumen de gasto con ACF	% de gasto realizado con ACF	Administrador

	<b>FICHA DE PROCESO</b>		Código <b>PR202</b>
	<b>GESTIÓN DE CONTEXTOS FÍSICOS</b>		Fecha: 17/06/2019
			Versión <b>1</b>
AREA <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN <b>CAPDI ZARAGOZA</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, y acorde a la normativa.
- Conservar adecuadamente los espacios exteriores e interiores.
- 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.
- Proporcionar contextos que faciliten la seguridad y el adecuado desarrollo del trabajo.
- Dar una buena imagen del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: dirección, RAAR.
- Otros profesionales implicados: equipo de dirección, psicóloga, profesionales de referencia, gobernantía, 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 (PRL).</li> <li>• Informes-instrucciones de Dirección Provincial.</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> <li>• Contratos de obra o servicio.</li> <li>• Solicitudes o informes a Dirección Provincial.</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 PRL.</li> <li>• Dirección Provincial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios, familias.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Dirección Provincial.</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Supervisary evaluar la adecuación de espacios, instalaciones y equipamientos a la normativa y las necesidades de usuarios y trabajadores.
2. Identificar y recibir de propuesta de necesidades de reparación o de mejora de los mismos, tanto a nivel arquitectónico como de instalaciones o 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 los recursos del centro (propios o externos).
4. Planificar las actuaciones.
5. Ejecutar las actuaciones:
  - Con recursos propios:
    - Personal del centro (mantenimiento).
    - Empresas contratadas.
    - Elementos elaborados en actividades programadas en el centro: talleres, ocio...
  - Compra de material o contratación de servicios externos a través de fondos obtenidos por capítulo de inversiones (Dirección Provincial), herencias recibidas u otras fuentes de ingresos.
6. Supervisar y evaluar los resultados.

## REGISTROS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace
Documento/registro	Acta de reuniones	
Documento/registro	Informes de necesidades del centro	
Documento/registro	Informes de necesidades de inversión	
Documento/registro	Contratos de obra o servicio	
Documento/registro	Informes de prevención de riesgos laborales	
Documento/registro	Partes de mantenimiento	
Documento/registro	Encuestas	
Documento/registro	Plan de gestión del centro	

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Actuaciones de PRL en contextos	% de necesidades de PRL relacionadas con contextos físicos atendidas	Dirección, 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: 05/10/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Garantizar un nivel de limpieza óptimo, así como unas correctas condiciones higiénicas en todas las dependencias del centro.

### OBJETIVOS

- Conseguir que las distintas estancias e instalaciones estén perfectamente limpias e higienizadas.
- Mantener las condiciones higiénico-sanitarias necesarias para la vida diaria de los usuarios.
- Facilitar el trabajo de los profesionales y minimizar riesgos para su salud.
- Responder de forma inmediata a las necesidades e incidencias de limpieza.
- Contribuir a la buena imagen del centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: gobernantía.
- Otros implicados: PESD y resto de profesionales del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de limpieza de las estancias u otros elementos del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancias y/o elementos limpios.</li> <li>• Proceso de carácter permanente.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de usuarios y familias.</li> <li>• Necesidades y demandas del personal.</li> <li>• Incidencias de limpieza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancias o elementos limpios y en adecuado estado.</li> <li>• Satisfacción de usuarios, familias 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

1. Relacionar las tareas a realizar en cada uno de los distintos espacios del centro: módulos, cocina, aulas-talleres, gimnasio, lavandería, enfermería, conserjería, zonas comunes y oficinas.
2. Planificar la periodicidad de las tareas de limpieza para cada espacio: tareas diarias básicas y tareas de limpieza en profundidad periódicas.
3. Asignar y repartir las tareas diarias.
4. Registrar las tareas realizadas y resultados.

5. Responder a imprevistos.
6. Realizar limpiezas profundas de forma periódica.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de limpieza del centro	
Documento/registro	Hoja de reparto de tareas	
Documento/registro	Planillas de turnos	
Documento/registro	Registro de control de limpieza por zonas	
Documento/registro	Relación de ubicación de residentes por habitación y cama ocupada	
Documento/registro	Registro de colchones y necesidades especiales de lencería	
Protocolos	Protocolo de limpieza del centro	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión.
- Normativa y guías vigentes.
- Fichas técnicas de uso y de seguridad de productos.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Nº de incidencias de limpieza	Nº de trabajos relacionados con incidencias de limpieza en proporción al nº de residentes	PESD
Nº de quejas relacionadas con la limpieza	Quejas de usuarios o profesionales en proporción al nº de residentes	Dirección, 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: 29/10/2018
AREA: <b>CENTROS</b>		ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>		VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

<b>MISIÓN</b>
Garantizar un adecuado estado de conservación y limpieza de la ropa de usuarios, trabajadores y lencería del centro, que ayuda a conseguir mayor seguridad, dignidad, autoestima y realización.

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

<b>RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propietario: gobernantía.</li> <li>• Otros implicados: PESD, RAAR, TCAE y otros profesionales del centro.</li> </ul>

<b>INICIO DEL PROCESO</b>	<b>FINAL DEL PROCESO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de limpieza de ropa de usuarios o trabajadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ropa limpia y ordenada en armarios o perchas.</li> <li>• Proceso continuo.</li> </ul>
<b>ENTRADAS</b>	<b>SALIDAS</b>
<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> <li>• Satisfacción de las familias.</li> </ul>
<b>PROVEEDORES</b>	<b>DESTINATARIOS</b>
<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 y otros.</li> </ul>

<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES</b>
<p><b>Ropa de usuarios</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recoger la ropa, realizando primera clasificación por tipo de prenda (usuarios/lencería) y suciedad y traslado de la ropa a lavandería (TCAE).</li> <li>2. Realizar comprobación y segundo clasificado en lavandería (PESD).</li> <li>3. Lavar según tipo de prenda y suciedad.</li> <li>4. Comprobar el correcto lavado.</li> <li>5. Secar.</li> </ol>

6. Comprobar el marcaje y estado de la ropa. Ver proceso *PR108.2 Gestión de pertenencias*.
7. Plegar y colocar en carros de ropa limpia por módulos y residentes.
8. Trasladar a módulos (TCAE).
9. Devolver los carros a lavandería (TCAE).

### Ropa de trabajadores

1. Recoger la ropa depositada por los trabajadores en cestos de lavandería, según tipos de prendas y suciedad.
2. Lavar según tipo y suciedad.
3. Comprobar su correcta limpieza.
4. Secar.
5. Colgar en perchas individuales por número. Remarcar si es preciso el número de percha.
6. Recoger las prendas por parte de cada trabajador.

### Lencería

1. Recoger la ropa de cama (PESD) y de las toallas (TCAE) y trasladar a lavandería.
2. Lavar:
  - Salvacamas, colchas y toallas en el centro.
  - Sábanas y fundas de almohada: servicio externo.
3. Secar la ropa.
4. Plegar las prendas.
5. Retirar aquellas piezas que no estén en condiciones de uso para su reparación o baja definitiva.
6. Recibir sábanas y fundas de almohada lavadas por el servicio externo.
7. Colocar en los carros de lencería y repartir a cada módulo.
8. Devolver los carros a lavandería.

### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listados con números de residentes y trabajadores	
Documento/registro	Listado de ropa/pertenencias de residentes	
Documento/registro	Registro de devolución de prendas por servicio externo	

### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión del centro.
- Normativa vigente.

### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Kilos de ropa lavados	Nº de kilos de ropa lavados al mes	Gobernanta
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	Gobernanta
Satisfacción con el servicio de lavandería	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección, coordinador equipo de calidad

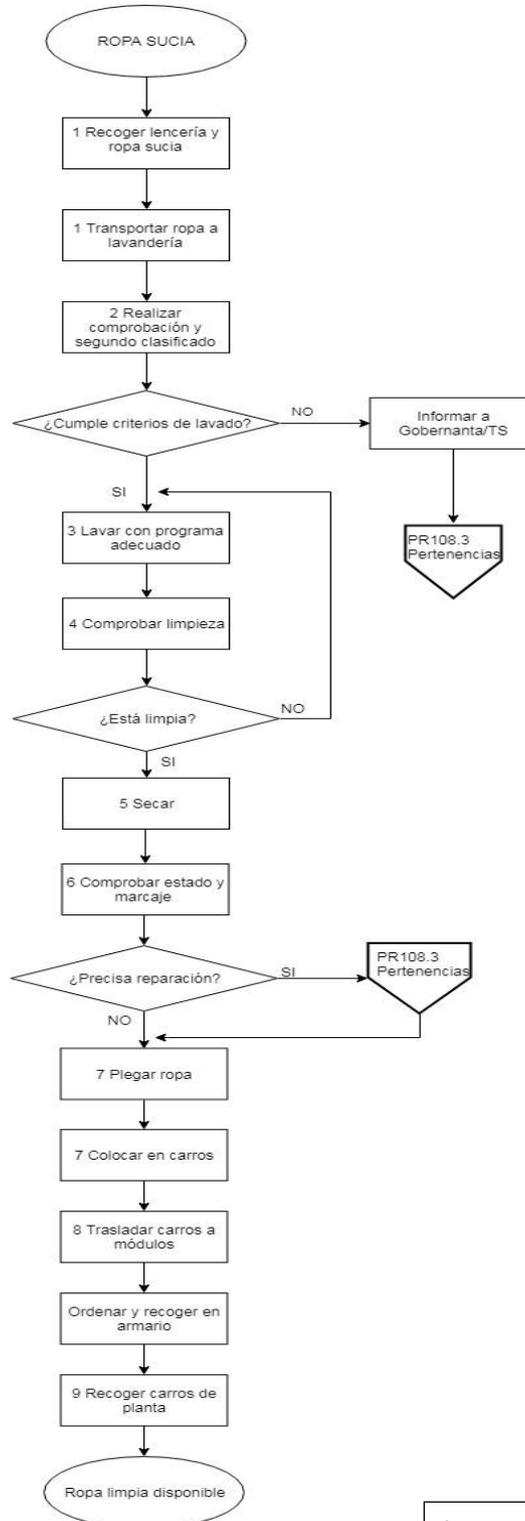
**LAVANDERÍA**

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

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: 25/03/2019
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Proporcionar adecuados espacios, ambiente y condiciones higiénicas para el apoyo de la actividad diaria de comer, contemplando las necesidades dietéticas y las preferencias de los usuarios del centro.

### OBJETIVOS

- Conservar un ambiente confortable que favorezca la socialización, interacción y disfrute de las comidas.
- Procurar la coordinación necesaria entre los diferentes profesionales para el ajuste de los tiempos y temperatura de los alimentos en el momento de comer.
- Mantener las condiciones higiénicas de los comedores, mobiliario y de los distintos elementos de menaje y lencería utilizados por usuarios y personal.
- Distribuir a cada usuario los alimentos correspondientes, según los horarios previstos y respetando las dietas establecidas.
- Facilitar los productos de apoyo y medios necesarios para la ingesta según cada necesidad.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: RAAR, gobernanta.
- Otros implicados: PESD, PSA, personal de cocina, TCAE y otros profesionales que participan en la atención directa o indirecta a los usuarios.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montaje de mesas antes de cada servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza de todos los elementos y espacios empleados en cada servicio.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y preferencias de los usuarios en la alimentación.</li> <li>• Dietas establecidas para cada usuario (o trabajador).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario con necesidades satisfechas.</li> <li>• Comedor en adecuadas condiciones ambientales e higiénicas para cada servicio.</li> <li>• Utensilios y productos de apoyo pautados para cada usuario.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios/familias.</li> <li>• Profesionales del centro.</li> <li>• Otros profesionales 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:**

1. Planificación de espacios y ubicación de usuarios: psicóloga con la colaboración de TR, TCAE y otros profesionales.

2. Estudio de necesidades y pautas relacionadas con la actividad de comer.
3. Indicación de las ubicaciones y necesidades de cada usuario en planos y mesas de comedor.

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

1. Montar mesas (PESD).
2. Montar carros de servicio por PESD y personal de cocina.
3. Servir mesas de cada área antes del horario de entrada a comedor (PESD).
4. Comprobar y adaptar alimentos (TCAE, TR).
5. Trasladar y ubicar a usuarios en comedor (TCAE, TR).
6. Apoyar en la actividad de comer (TCAE/TR) y administrar medicación (enfermería).
7. Atender las necesidades sobrevenidas de usuarios o profesionales durante el servicio (TCAE/TR/PESD).
8. Salida de usuarios y personal de atención directa de los comedores.
9. Limpiar mesas, elementos empleados e instalaciones (PESD).
10. Detectar y notificar incidencias al técnico correspondiente (TCAE/TR/PESD).
11. Cumplimentar registros.

Cuando se requiera, se dará de comer en salón de módulo o habitación.

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

1. Preparación de utensilios y enseres.
2. Traslado de carro con alimentación.
3. Limpiar mesas, elementos empleados e instalaciones.

### **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Listados de dietas y necesidades de residentes	
Documento/registro	Ficha de ingreso	
Documento/registro	Plano del comedor	
Documento/registro	Horario de comedor	
Documento/registro	Menú semanal	
Documento/registro	Parte de comunicaciones	
Documento/registro	Agenda de usuarios de SED	
Documento/registro	Registros de control de ingesta	

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

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

### **INDICADORES**

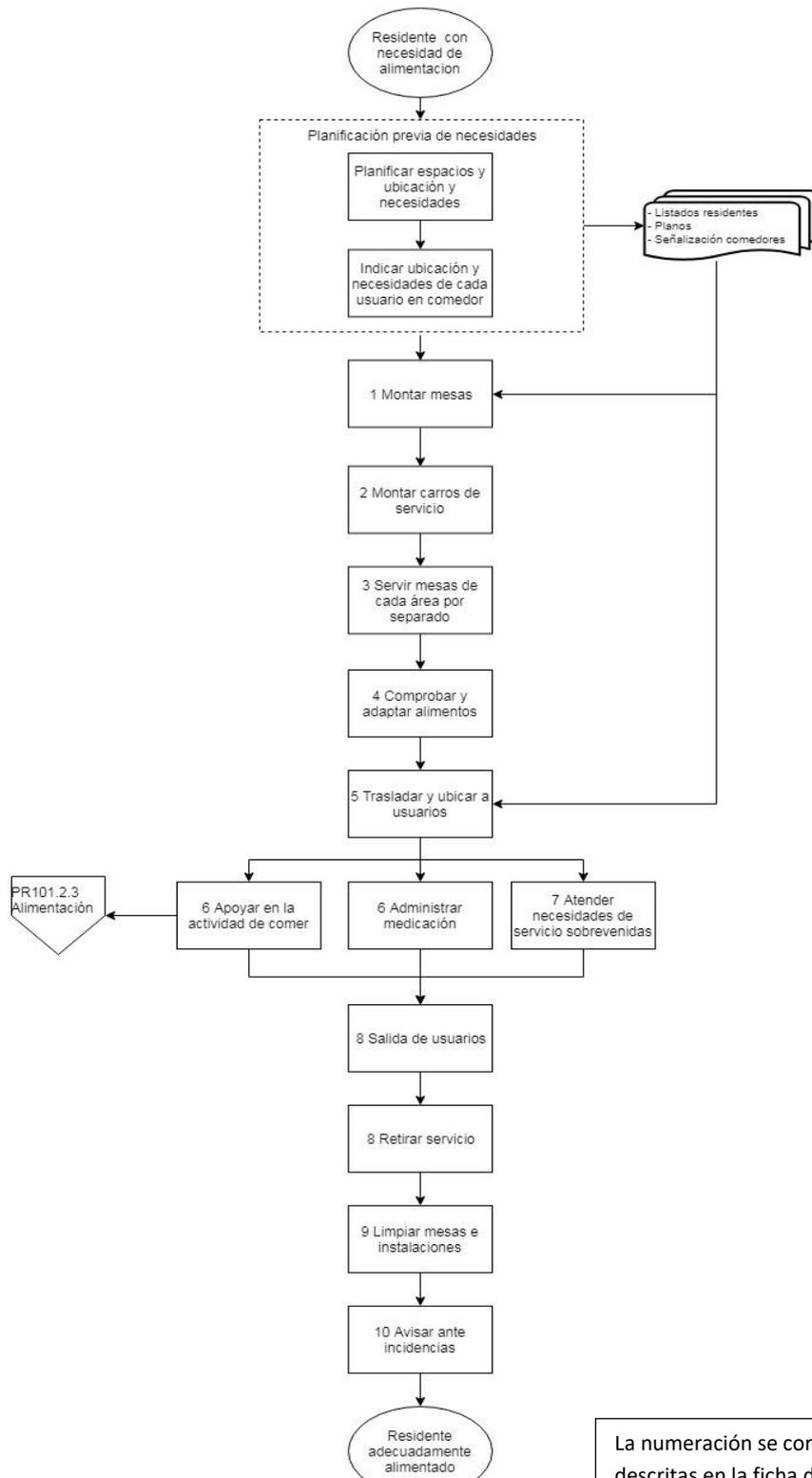
Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias con comedor	Nº quejas o incidencias con el servicio detectadas o comunicadas	Gobernanta, RAAR
Satisfacción con el servicio de comedor	Medida en encuesta de satisfacción	Dirección, coordinador equipo calidad

AREA: **CENTROS**

ELABORADO POR: **EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN: **CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR: **GERENCIA IASS**



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



 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.4.1</b>
	<b>DISEÑO DE MENÚ</b>	Fecha: 06/05/2019
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	Versión: <b>1</b>
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>	

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

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

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: médico, jefe de cocina.
- Otros implicados: personal de cocina, enfermería, dirección, administrador, responsable de almacén, TCAE, ETAR-TR, PESD.

#### INICIO DEL PROCESO

- Análisis de las necesidades nutricionales generales de los usuarios del centro.

#### FINAL DEL PROCESO

- Menú semanal elaborado y aprobado por médico y dirección.

#### ENTRADAS

- Preferencias y expectativas de los usuarios.
- Necesidades de salud de los usuarios.
- Recomendaciones del plan de cuidados de cada usuario.

#### SALIDAS

- Menú semanal aprobado con diferentes opciones dietéticas.
- Satisfacción de las necesidades y preferencias.

#### PROVEEDORES

- Usuarios/familias.
- Médico, enfermería.
- Profesionales de referencia.
- Otros profesionales.

#### DESTINATARIOS

- Directos: usuarios del servicio.
- Indirectos: otros profesionales del centro.

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Estudiar las necesidades y gustos de los usuarios.
  - Estudios nutricionales y de necesidades.
  - Pautas de alimentación saludable (médico-enfermería).

- Estudio e incorporación de las preferencias de los usuarios. Se recogen a través de profesionales de referencia, familiares, trabajos en grupos o encuestas...
2. Realizar reuniones periódicas para planificar y establecer criterios comunes o posibles cambios: dirección, RAAR, coordinadora TCAE, cocina, médico/enfermería.
  3. Concretar los menús semanales: jefe de cocina:
    - Menús normales.
    - Modificaciones cualitativas y cuantitativas.
    - Pautas específicas de preparación si procede.
  4. Aprobar el menú: médico del centro (enfermería en su ausencia).
  5. Dar autorización final: dirección.
  6. Comunicar el menú:
    - Tablón de anuncios.
    - Notificaciones a familias.
    - Indicaciones al personal: sistema organizado de pictogramas, de fácil comprensión para todo el personal que refleje las necesidades alimenticias de los usuarios (cocina, PESD, TCAE, ETAR-TR, enfermería).

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Planes de Cuidados	
Documento/registro	Listados de dietas, preferencias y necesidades de residentes	
Base informática	GERES	
Recurso Web	Formulario Google Drive	
Documento/registro	Actas de reuniones	
Documento/registro	Menú semanal y sus modificaciones	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión.
- Guía de buenas prácticas.
- Normativa y guías vigentes.

#### 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: 06/05/2019 Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>	
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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 generales 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: jefe de cocina.
- Otros implicados: personal de cocina, médico, enfermería, responsable de almacén.

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 servicio.</li> <li>• Indirectos: PESD, TCAE, otros profesionales del centro.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

1. Recibir el menú semanal autorizado. Jefe de cocina o persona encargada en su defecto.
2. Realizar provisión de recursos. Previsión de necesidades de materia prima, realización de pedidos a proveedores y conservación en cámaras o almacenes. Jefe de cocina o persona encargada en su defecto, responsable de almacén (ver proceso PR203.5 *Gestión de almacenes*).

3. Concretar el menú del día. Recuento de nº de dietas de cada tipo, recepción de pautas nuevas de médico/enfermería.  
Comunicación de conserjería a cocina/comedor sobre ausencias, salidas y llegadas de residentes, con día y hora previstos.
4. Preparar la materia prima y herramientas del día.
5. Cocinar los alimentos.
6. Emplatar.
7. Controlar el producto final: presentación, temperatura, etc.
8. Tomar muestras alimentarias para control.
9. Realizar limpieza de herramientas y superficies.
10. Controlar y registrar de análisis de peligros y puntos de control crítico (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	Listados de dietas, preferencias y necesidades de residentes	
Documento/registro	Partes de comunicaciones	
Documento/registro	Hoja de pedido a almacén/proveedores	
Documento/registro	Instrucciones existentes para elaboraciones concretas	
Documento/registro	Hoja de APPCC	
Base informática	GERES	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Proyecto de gestión.
- Guía de buenas prácticas.
- Normativa y guías vigentes:
  - Decreto 81/2005 del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el Reglamento de los Manipuladores de Alimentos.
  - Decreto 131/2006 del Gobierno de Aragón sobre condiciones sanitarias en los establecimientos y actividades de comidas preparadas.

#### INDICADORES

Nombre	Descripción	Responsable
Incidencias higiénico-sanitarias en cocina	Nº de incidencias detectadas en inspección	Dirección, jefe de cocina
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

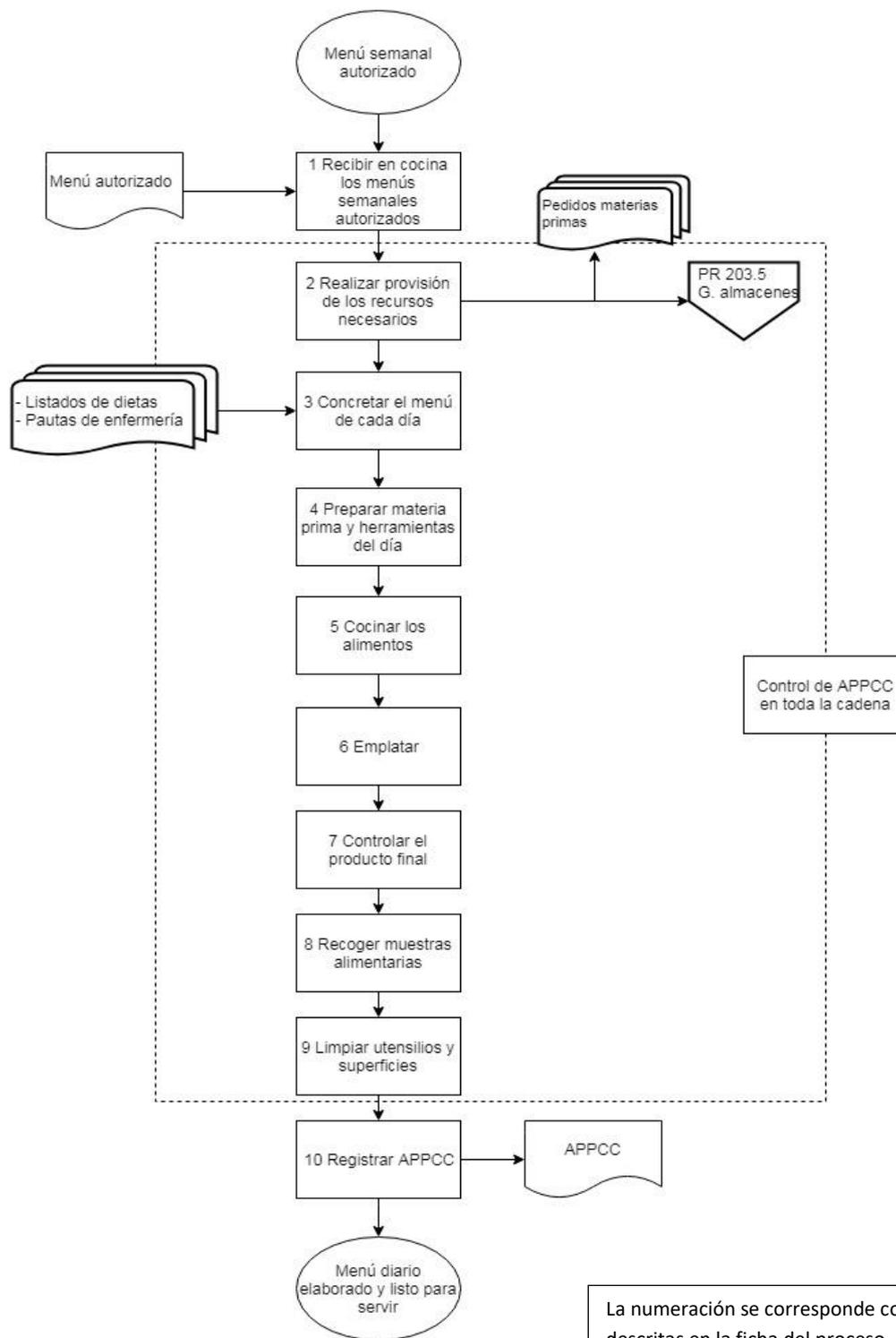
**ELABORACIÓN DE MENÚ**

AREA:  
**CENTROS**

ELABORADO POR:  
**EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA**

AMBITO DE APLICACIÓN:  
**CAPDI ZARAGOZA**

VALIDADO POR:  
**GERENCIA IASS**





	<b>FICHA DE PROCESO</b>	Código <b>PR203.5.1</b>
	<b>GESTIÓN DE ALMACENES GENERALES</b>	Fecha: 25/03/2019
AREA: <b>CENTROS</b>		ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>		VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

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

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: responsable de almacén.
- Otros implicados: dirección, 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>• Comunicación de contratos adjudicados.</li> <li>• Solicitud interna de productos.</li> <li>• Recepción de mercancías externas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de pedidos externos.</li> <li>• Albaranes y facturas.</li> <li>• Entrega de productos solicitados en centro.</li> </ul>
PROVEEDORES	DESTINATARIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección Provincial.</li> <li>• Empresas de distribución contratadas.</li> <li>• Responsable de administración y otros profesionales del centro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residentes en el centro.</li> <li>• Trabajadores del centro.</li> <li>• Empresas proveedoras.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

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

1. Comunicar contratos y condiciones a encargado de almacén. Estudio de contratos adjudicados.
2. Controlar stock y condiciones en almacenes.
3. Comunicar o detectar necesidad de producto.

4. Realizar pedido a proveedor. Responsable de almacén, jefe de cocina en caso de productos perecederos.
5. Recibir el pedido. Comprobar adecuación y estado. Comprobar albarán. Colaboración de cocina en productos perecederos. Registro en el programa de gestión de almacén.
6. Gestionar disconformidades. Primero responsable de almacén, en caso de conflicto, responsable de administración.
7. Almacenar los productos. Colocación de productos en los diferentes almacenes.
8. Documentar. Archivo de albaranes.
9. Recibir facturas y comprobar correspondencia con los albaranes archivados. Responsable de almacén.
10. Contactar con el proveedor si existe alguna discrepancia.

### **Gestión de pedidos internos**

1. Controlar el stock de almacenes. Realizar inventario de existencias.
2. Recibir solicitud con identificación de trabajador. Frecuencia semanal.
3. Preparar el pedido.
4. Disponer el pedido en 24 horas desde su petición.
5. Comprobar, firmar y archivar el albarán. Grabación y archivo de hoja de pedido.
6. Controlar el stock y estado de productos/almacén.

\* En caso de necesidad de material urgente y ausencia de encargado, un responsable (o un trabajador en su ausencia) recoge llave del correspondiente almacén y saca el producto necesario, dejando cumplimentada la hoja del pedido en conserjería, junto con la llave.

### **DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

Tipo	Denominación	Enlace
Base de datos	GESTALMA	Z:\GESTALMA
Documento/registro	Comunicación/contrato proveedores	\\Servidor\ADMINISTRACION\CONT.ADMINISTRATIVA\Contratación 2019
Documento/registro	Pedido externo/interno	
Documento/registro	Albaranes	
Documento/registro	Facturas	\\Servidor\ADMINISTRACION\ADMINISTRADOR\27.- Facturas 2019\AALMACEN
Documento/registro	Registro de APPCC	C:\escritorio\CAMP\CONTROLESSANITARIOS

### **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: 01/02/2019
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

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

### OBJETIVOS

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

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: enfermería, médico del centro.
- Otros implicados: conductor, TS, RAAR, responsable de almacén.

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 (electrónica o papel).</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>• Enfermería.</li> <li>• Familia.</li> <li>• Farmacia (de calle o de hospital).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de salud.</li> </ul>

### DESCRIPCIÓN DE LAS FASES/ACTUACIONES

#### **Gestión de pedidos a hospital**

1. Realizar prescripciones de tratamiento de residente. Médico del centro o externo. El médico del centro lo registra en el programa informático GERES.
2. Realizar el pedido semanal a farmacia de hospital
  - Provisión de necesidades 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. Supervisar y preparar el pedido en hospital. Resolución de incidencias: enfermería, RAAR.
4. Recoger el pedido: conductor del centro.
5. Recibir el pedido en el servicio (enfermería):
  - Comprobación de albaranes y medicamentos servidos.
  - Gestión de incidencias: enfermería/RAAR.

- Almacenaje
- 6. Documentar.
- 7. Controlar y registrar las condiciones de almacenaje, temperaturas (ambiental y de nevera), etc.
- 8. Realizar inspección periódica de botiquín (servicio de farmacia de hospital).

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

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

1. Diagnosticar y pautar tratamiento de residente. Médico del centro o externo.
2. Registrar medicamento en listado para pedidos a farmacia de calle, individualizado por residente (si precisa).
3. Realizar previsión de necesidades y revisión de stock.
4. Pedir a farmacia de calle. Frecuencia semanal (o en función de necesidades).
  - Enfermería hace una relación de medicamentos o productos necesarios.
  - Elaboración de receta si se precisa (en papel o electrónica).
  - Pedido a farmacia.
  - Registro de productos solicitados.
5. Realizar preparación del pedido (farmacia de calle).
6. Recoger el pedido.
7. Recibir los medicamentos. Comprobar con registro del pedido y gestión de incidencias.
8. Almacenar.
9. Realizar recuento mensual de tickets y facturar (farmacia de calle).
10. Abonar los importes correspondientes con el dinero de bolsillo del residente, justificando el gasto a la familia (trabajadora social).

#### **Gestión de otros productos sanitarios a almacén de atención primaria mensual**

1. Realizar previsión de necesidades y revisión de stock.
2. Realizar petición a almacén de atención primaria vía Web (enfermería).
3. Recoger el pedido (conductor del centro).
4. Comprobar y registrar la llegada del material. Gestión de incidencias.
5. Almacenar (según producto en almacén de enfermería o almacén del centro de productos sanitarios)

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

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Informes, prescripciones...	
Base de datos	GERES	
Programa	SERPA	
Documento/registro	Listados de comprobación de existencias	
Documento/registro	Albaranes de pedidos	
Documento/registro	Albaranes de productos servidos	
Documento/registro	Hojas de control de condiciones de botiquín	
Documento/registro	Recetas	
Documento/registro	Facturas	

#### **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: 29/10/2018
			Versión: <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</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, para lograr el mayor confort y bienestar de los usuarios, trabajadores y familias.

### 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.
- Registrar las reparaciones efectuadas en el centro.

### RESPONSABLES DEL PROCESO – Profesionales implicados

- Propietario: jefe de unidad de mantenimiento.
- Otros implicados: técnicos de mantenimiento, RAAR, responsable de TCAE, administrador y otros profesionales del centro.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de estado de equipos e instalaciones.</li> <li>• Comunicación de incidencias en los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso continuo.</li> <li>• Plan de mantenimiento ejecutado.</li> <li>• Resolución de incidencia.</li> </ul>
ENTRADAS	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de conservación de las instalaciones.</li> <li>• Dotación de equipos a conservar.</li> <li>• Partes de averías e incidencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalaciones en adecuado estado.</li> <li>• Incidencias resueltas correctamente.</li> <li>• Satisfacción de usuarios, trabajadores y familias.</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

#### **Mantenimiento preventivo**

1. Evaluar el estado de equipos e instalaciones, como consecuencia de las revisiones ya realizadas.
2. Recibir, instalar equipos e informar sobre su manejo adecuado.

3. Planificar y ordenar las actuaciones de mantenimiento preventivo.
4. Realizar tareas diarias de frecuencia variable. El equipo de mantenimiento del centro, ver instrucción anexa.
5. Realizar el control de tareas trimestrales, semestrales y anuales efectuadas por servicios de mantenimiento externos.
  - Verificación del trabajo realizado por las empresas externas.
  - Archivo de certificaciones oficiales de estas empresas.
6. Registrar las actuaciones.

**Actuación ante incidencias y averías**

1. Cumplimentar el parte de incidencias por parte del personal que detecta la avería.
2. Depositar dicho parte en recepción. En caso de gran urgencia, avisar directamente en el servicio de mantenimiento.
3. Numerar y priorizar los partes por el RAAR, que los entrega a mantenimiento.
4. Resolver la avería o incidencia. Personal de mantenimiento.
5. Entregar del comprobante del trabajo realizado, y firmado, al RAAR.

**DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS**

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

**NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Normativa vigente aplicable: sanitaria, laboral de seguridad, de concursos...
- Proyecto de gestión del centro.

**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: 17/06/2019
			Versión <b>1</b>
AREA: <b>CENTROS</b>	ELABORADO POR: <b>EQUIPO CALIDAD CAPDI ZARAGOZA</b>		
AMBITO DE APLICACIÓN: <b>CAPDI ZARAGOZA</b>	VALIDADO POR: <b>GERENCIA IASS</b>		

### MISIÓN

Prestar 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.
- Dar respuesta a necesidades de salud relacionadas con podología.
- Facilitar una imagen personal digna, 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 externo (peluquería, podología), PSA, TCAE, enfermería, fisioterapeuta.

INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidad o demanda de servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio adecuadamente realizado.</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>• Plan de Cuidados Personales.</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. Obtener autorización de tutor legal y fondos para prestar el servicio. TS.

2. Coordinar agenda de servicios con profesional externo.
3. Detectar necesidad de servicio por TCAE/enfermería o recibir solicitud de usuario/familia.
4. Registrar el listado de usuarios pendientes de recibir el servicio. TCAE registran su listado. Familias lo comunican a PSA.
5. Recibir al profesional externo y entregar los listados de residentes anotados por familias: PSA.
6. Organizar y trasladar a los usuarios a la estancia en la que se presta el servicio: coordinación profesional externo con TCAE.
7. Prestar el servicio.
8. Registrar en listado unificado todos los servicios prestados.
9. Comprobar el servicio y su adecuación (TCAE, enfermería s/p).
10. Recibir pautas de cuidados de podología si se precisa.
11. Facilitar el listado de usuarios atendidos a PSA. PSA lo sella, deja copia a profesional externo y original para TS.
12. Pago del servicio, a través de la TS, con registro en GERES.

#### DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

Tipo	Denominación	Enlace a servidor
Documento/registro	Plan de Cuidados Personales	
Documento/registro	Listado de usuarios para los que se solicita el servicio	
Documento/registro	Listado de residentes para los que no se autoriza el servicio	
Programa/base de datos	GERES	

#### NORMATIVA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

#### 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 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 CAPDI ZARAGOZA

#### INDICADORES DE PROCESOS ESTRATÉGICOS DEL CAPDI ZARAGOZA

<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
		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	<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
		<b>Trabajadores con ITCC</b>	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
		<b>Participación en formación externa</b>	RAAR, responsable de formación
002.3 Formación	Dirección	<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
		Reuniones con delegados sindicales	Dirección
002.4 Relaciones laborales	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
		Satisfacción	Dirección, coordinador de calidad
004.1 Plan de Calidad	Coordinador calidad	Objetivos de calidad cumplidos	Dirección, coordinador calidad
		Difusión del plan de calidad	Dirección, coordinador calidad
		<b>Equipo de calidad</b>	Dirección, coordinador calidad
004.2 Revisión sistema	Coordinador calidad	Revisión de procesos	Coordinador calidad
		Adecuación de indicadores	Coordinador calidad
		Funcionamiento de los procesos	Coordinador calidad
004.3 Quejas y sugerencias	Dirección	<b>Quejas y sugerencias</b>	Dirección, RAAR
		Satisfacción con el procedimiento de quejas y sugerencias	Dirección, coordinador calidad

### INDICADORES DE PROCESOS OPERATIVOS DEL CAPDI ZARAGOZA

PROCESO	PROPIETARIO PROCESO	INDICADORES	RESPONSABLE INDICADOR
101.1 Cuidador referencia	Coordinador TCAE, RAAR	<b>Cuidador de referencia</b>	Coordinador TCAE
		<b>Participación indirecta en PAIV</b>	RAAR, técnico de referencia
		Satisfacción con cuidadores de referencia	Dirección, coordinador calidad
101.2 ABVD	TCAE, TR, coordinador TCAE	<b>Grado de dependencia</b>	Trabajadora 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, TR, coordinador 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, TR, coordinador 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, TR, coordinador 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, TR, coordinador TCAE	Índice autonomía en eliminación	T. Ocupacional
		Personalización en la eliminación	Técnico de referencia
		Incidencias en eliminación	Enfermería
		Uso de absorbentes	Médico
101.2.5 ABVD Movilidad	TCAE, TR, coordinador TCAE	<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>	Trabajadora social

102.2 Ingreso	RAAR	Satisfacción de usuario/familia con proceso de ingreso	Dirección, coordinador calidad
		<b>Nº de ingresos</b>	Trabajadora social
		<b>Nº de ingresos en estancia temporal</b>	Trabajadora 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
104 Baja	Trabajadora social	Satisfacción con el Plan de Cuidados	Dirección, coordinador calidad
		<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
105.1.2 Proceso de enfermería	Enfermería	Satisfacción con el servicio	Dirección, coordinador de calidad
		<b>Caídas</b>	Enfermería
		<b>Nº de UPP post ingreso</b>	Enfermería
		Errores en la medicación	Enfermería
		<b>Pérdida de peso involuntaria</b>	Enfermería
105.1.3 Procesos agudos	Médico, enfermería	Satisfacción con el servicio	Dirección, coordinador de calidad
		<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 Apoyos de fisioterapia	Fisioterapeuta	Participación en reuniones técnicas.	Fisioterapeuta
		Informes realizados	Fisioterapeuta
		Satisfacción con el servicio de fisioterapia	Fisioterapeuta
105.2.1 Fisioterapia: diagnóstico	Fisioterapeuta	Exploraciones / valoraciones funcionales	Fisioterapeuta
105.2.2 Fisioterapia: tratamientos	Fisioterapeuta	<b>Alcance total de fisioterapia</b>	Fisioterapeuta
		<b>Alcance fisioterapia individual</b>	Fisioterapeuta
		Nº sesiones de fisioterapia	Fisioterapeuta
		Actuaciones ortopédicas	Fisioterapeuta
105.2.3 Fisioterapia: autonomía en el movimiento y cuidados post.	Fisioterapeuta	Actuaciones ortopédicas	Fisioterapeuta
106.1 Apoyos emocionales	Psicóloga	Alcance de apoyos psicológicos	Psicóloga

		<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Psicóloga
		Nº de alteraciones de conducta	Psicóloga
		Bienestar emocional	Dirección, coordinador de calidad
106.2 Atención a problemas de conducta	Psicóloga	<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Psicóloga
		Nº de alteraciones de conducta	Psicóloga
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
107.2 Dinamización en módulos	Terapeuta ocupacional	Alcance de la actividad de dinamización a los usuarios	TO
		Nº de sesiones de dinamización por módulo	TO
107.3 Plan de autonomía	Terapeuta ocupacional	% residentes en programa de autonomía	TO
		Barthel en programa de autonomía	TO
107.4 Productos de apoyo para la movilidad	Fisioterapeuta	Actuaciones ortopédicas.	Fisioterapeuta
		Exploraciones / valoraciones funcionales.	Fisioterapeuta
		Atención a familiares.	Fisioterapeuta
		Gestiones externas, adquisición de material técnico.	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>	TR
		Porcentaje de usuarios que se benefician del ocio mensual	TR
		<b>Participación en actividades</b>	TR
		Grado de satisfacción de usuarios y familias con las actividades de ocio	Dirección, coordinador de calidad
107.6 Gestión de talleres ocupacionales	Terapeuta ocupacional	Alcance de actividades en aulas y talleres	Psicóloga/TO
		Alcance de actividades en aulas y talleres individual	Psicóloga/TO
		Satisfacción con la actividad	Dirección, coordinador calidad
107.7 Apoyo socio educativo en aulas	Psicóloga	Alcance de actividades en aulas y talleres	Psicóloga/TR
		Alcance de actividades en aulas y talleres individual	Psicóloga/TR
		Actividades por usuario	Psicóloga/TR
		Déficit de actividades	Psicóloga/TR
		Satisfacción con la actividad	Dirección, coordinador del equipo de calidad
108.1 Participación familiar	Trabajadora social	<b>Participación familiar</b>	Trabajadora social
		<b>Contacto con familias</b>	Trabajadora social
		Satisfacción con la comunicación y participación de las familias	Dirección, coordinador de calidad
108.2 Apoyo en gestiones	Trabajadora social	<b>Capacidad modificada judicialmente</b>	Trabajadora social
		<b>Tutelados por Gobierno de Aragón</b>	Trabajadora social
		Satisfacción de usuarios/familias con el apoyo en las gestiones	Dirección, coordinador de calidad
108.3 Gestión de pertenencias	Trabajadora social	Incidencias con pertenencias	Trabajadora social
		Actualización de inventarios	Trabajadora social
		Satisfacción de usuario/familia con la gestión de las pertenencias	Dirección, coordinador de calidad

108.4 Apoyo a familias, Programa Cuidarte	TS, psicóloga	Nº de grupos Cuidarte	TS/Psicóloga
		Nº de usuarios Cuidarte	TS/Psicóloga
		Asistencia a grupos Cuidarte	TS/Psicóloga
		Renuncias en programa Cuidarte	TS/Psicóloga
		Satisfacción de usuarios/familias	Dirección, coordinador de equipo calidad

### INDICADORES DE PROCESOS DE SOPORTE DEL CAPDI ZARAGOZA

PROCESO	PROPIETARIO PROCESO	INDICADORES	RESPONSABLE INDICADOR
201 Gestión económica	Dirección, administrador	Coste medio de plaza residencial	Administrador
		Coste medio de estancia	Administrador
201.1 Provisión de ingresos	Dirección, administrador	Estancias	Administrador
		Ocupación	Administrador
		Impagos de plaza	Administrador
201.2 Contratación administrativa	Dirección, administrador	Ejecución presupuestaria	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	Dirección, RAAR	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	Gobernantía	Nº de incidencias de limpieza	PESD
		Nº de quejas relacionadas con la limpieza	Dirección, coordinador de calidad
		Satisfacción con la limpieza del centro	Dirección, coordinador de calidad
203.2 Lavandería	Gobernantía	Kilos de ropa lavados	Gobernanta
		Incidencias con lavandería	Dirección, coordinador de calidad
		Servicio de costura	Gobernanta
		Satisfacción con el servicio de lavandería	Dirección, coordinador de calidad
203.3 Comedor	Gobernantía, RAAR	Incidencias con comedor	Gobernanta, RAAR
		Satisfacción con el servicio de comedor	Dirección, coordinador de calidad
203.4.1 Diseño menú	Médico, jefe de cocina	Incidencias con el menú	Dirección
		Nº de variaciones del menú diario	Cocinero, responsable de empresa
		Satisfacción con el menú	Dirección, coordinador de calidad
203.4.2 Elaboración menú	Jefe de cocina	Incidencias higiénico-sanitarias en cocina	Dirección, jefe de cocina
		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 <i>Mantenimiento</i>	Responsable mantenimiento	<b>Nº de averías en los sistemas</b>	Responsable de mantenimiento
		Revisión de equipos e instalaciones	Responsable de mantenimiento
		Partes de mantenimiento resueltos	Responsable de mantenimiento
		Satisfacción con el mantenimiento de las instalaciones	Dirección, coordinador de calidad
203.7 <i>Servicios complementarios</i>	Trabajadora social	<b>% usuarios de podología</b>	Trabajadora social
		<b>% usuarios de peluquería</b>	Trabajadora 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	Semestral
Participación indirecta en PAIV	Semestral	Semestral				
PAIV	Hª DE VIDA	Historia de vida	Semestral	Semestral		
		PLAN DE CUIDADOS	Revisión del PAIV	Semestral	Semestral	
			Comunicación de plan de cuidados	Semestral	Semestral	
SANITARIO	PROC CRÓNICOS	Deterioro cognitivo	Mensual	Semestral		
		Polifarmacia	Mensual	Semestral		
		Medidas de sujeción	Mensual	Semestral		
	P.A. ENFERMERÍA	Nº de UPP post ingreso	Mensual	Semestral		
		Pérdida de peso involuntaria	Mensual	semestral		
	PROC AGUDOS	PROC AGUDOS	Estancias en hospital	Mensual	Semestral	
Derivaciones a urgencias			Mensual	Semestral		

<b>PROCESOS OPERATIVOS</b>		PLAN DE FISIOTERAPIA	<b>Alcance total de fisioterapia</b>	Mensual	Semestral
			<b>Alcance fisioterapia individual</b>	Mensual	Semestral
	EMOCIONAL	APOYOS EMOCIONALES	<b>Usuarios con alteraciones de conducta</b>	Mensual	Semestral
	TERAPIA Y TALLERES	PLAN DE TERAPIA	<b>Alcance terapia ocupacional</b>	Mensual	Semestral
			<b>Alcance terapia ocupacional individual</b>	Mensual	Semestral
		ACTIV SOCIO CULTURALES	<b>Actividades socioculturales</b>	Mensual	Semestral
			<b>Participación en actividades</b>	Semestral	Semestral
	APOYO A FAMILIAS	PARTICIPACIÓN FAMILIAR	<b>Participación familiar</b>	Semestral	Semestral
			<b>Contacto con familias</b>	Semestral	Semestral
		APOYO EN LAS GESTIONES	<b>Capacidad modificada judicialmente</b>	Semestral	Semestral
		<b>Tutelados por 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**



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

	<ul style="list-style-type: none"> <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>FÓRMULA</b>	<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>FÓRMULA</b>	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de RPT del centro	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Los datos a contabilizar serán los disponibles el último día del periodo contabilizado. Se contabilizarán los trabajadores con: <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>			

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

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

 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>FÓRMULA</b>	<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>	<p>No se contabilizarán actividades formativas realizadas en el centro y organizadas a través de entidades externas, por ejemplo el IAAP.</p>		
<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>	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.		
<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.</p> <p>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.</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>	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>		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>		

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

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

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

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

	<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>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>	Trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

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

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

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

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR101.2 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	PERSONALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS PERSONALES		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>% de residentes con preferencias o pautas personalizadas documentadas en su Plan de Cuidados Personales.</p> <p>La finalidad de este indicador es valorar el esfuerzo y adaptación de la organización a las preferencias de los residentes.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con preferencias o pautas personalizadas en el Plan de Cuidados	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como preferencias o pautas personalizadas aquellas recogidas fuera de las pautas generales del centro. Como referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseo: horario o forma singular de proceder.</li> <li>- Arreglo personal: uso de ropa o elementos personales concretos referenciados como preferidos; pautas singulares en el acicalado.</li> <li>- Alimentación: horarios, ubicación, preferencias o rechazos.</li> <li>- Otros: horarios, ubicaciones o actividades singulares.</li> </ul> <p>El número total de residentes será el del último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	<p>No se contabilizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Productos de apoyo o prescripciones por motivos de salud (alergias, intolerancias, patologías...).</li> <li>- Cuidados prestados de forma individualizada informalmente dentro de las rutinas del centro: en la selección de ropa, acicalado, alimentación, etc.</li> <li>- Cuidados prestados de forma individualizada no motivados por preferencias o gustos de la persona atendida.</li> </ul> <p>No se contabilizarán los residentes en estancia temporal.</p>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro específico de planes de atención.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Técnico de referencia, enfermería.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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.</p> <p>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.</p> <p>No se contabilizarán los traslados desde otro centro propio.</p>		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia de trabajadora social		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Trabajadora social		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		

	<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>	Trabajadora social	
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual	
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>		

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

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

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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>	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).		
<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>	Trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>80%		

	<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%		

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

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

	<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>	Trabajadora 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>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>	Trabajadora social.	
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual	
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>		

	<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>	Trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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 renuncias 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 renuncias 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>	Trabajadora 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>	% de residentes con deterioro cognitivo diagnosticado o reflejado en informe de salud. Descriptor del perfil de los usuarios del centro.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con deterioro cognitivo	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>El cómputo se realizará con los datos existentes el último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizará como residente con deterioro cognitivo aquel con diagnóstico médico de cualquier tipo de demencia, deterioro cognitivo o enfermedad mental.</p> <p>Se contabilizará igualmente como deterioro cognitivo a los residentes con discapacidad intelectual.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>	No se contabilizarán los procesos agudos.		
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

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

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.1 SEGUIMIENTO DE PROCESOS MÉDICOS CRÓNICOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON POLIFARMACIA		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	% de residentes con 6 o más medicamentos prescritos. Descriptor del perfil de los usuarios del centro y la atención sanitaria prestada.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con 6 o más medicamentos prescritos por un médico	X100
<b>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>			

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

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>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizan residentes, aunque puedan llevar más de una medida de sujeción.</p> <p>Los recuentos serán relativos al mes anterior al que se realiza el registro.</p> <p>El número total de residentes será en del último día del periodo contabilizado.</p> <p>Se contabilizarán como sujeciones las barras protectoras de cama, cinturones, muñequeras, petos, ubicaciones limitadas (dentro del centro) y cualquier otro tipo de medida que pueda impedir el libre movimiento o desplazamiento de la persona.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial. Historia médica o de enfermería.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Médico, enfermería en su ausencia.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	< 25 %		

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

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

 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%		

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

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR105.1.3 ATENCIÓN A PROCESOS DE SALUD AGUDOS		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	Suma de días de hospitalización en proporción al número de residentes. Descriptor que puede ser útil para objetivar las necesidades sanitarias agudas de los residentes, su modo de atención y la evolución de estos en el tiempo.		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	$\Sigma$ de días de hospitalización de residentes	X100
	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se contabilizarán el número de noches que el residente permanece ingresado en hospital. Igualmente se contabilizará la estancia en urgencias u observación si corresponde con una jornada entera, 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>	Nºde 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>	Nºde 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>	Nºde residentes atendidos de forma individualizada por servicios de fisioterapia del centro	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<p>Se contabilizarán como residentes atendidos de forma individualizada aquellos atendidos de forma directa por el técnico (por separado o en grupo), y de los cuales haya documentada una valoración, planificación y seguimiento individualizados.</p> <p>En el denominador, el número total de residentes será el existente el último día del periodo contabilizado.</p>		
<b>EXCEPCIONES</b>			
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Programa informático residencial, historia clínica.		
<b>RESPONSABLE DE OBTENCIÓN</b>	Fisioterapeuta.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

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

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

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

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

	<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>FÓRMULA</b>	<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>	PR107.5ACTIVIDADES 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>	Nºde 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>	Trabajadora social, terapeuta ocupacional.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

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

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR107.5ACTIVIDADES 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>	Nºde 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, trabajadora social, terapeuta ocupacional.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

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

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>	Trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>	>20%		

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

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

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

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR108.2 APOYO EN LAS GESTIONES		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	% DE RESIDENTES CON CAPACIDAD MODIFICADA JUDICIALMENTE		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de residentes cuya capacidad de autodeterminación ha sido modificada por resolución judicial.</p> <p>Este indicador es descriptor de la capacidad global de autodeterminación de los residentes. La capacidad de autodeterminación es de gran importancia para que las personas puedan participar de forma activa en sus planes de atención. En caso de que esté mermada, los apoyos externos para garantizar este derecho se hacen indispensables.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de residentes con capacidad modificada judicialmente	X100
<b>FÓRMULA</b>	<b>Denominador</b>	Nº total de residentes	
<b>EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS</b>	<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>	Trabajadora 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 el Gobierno de Aragón). Además, objetivará una mayor carga administrativa de la trabajadora 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>	Trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Semestral.		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<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>			

	<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 CON DEPENDENCIA		VALIDADO POR GERENCIA IASS	

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

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

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
<b>PROCESO</b>	PR203.4.2 ELABORACIÓN DE MENÚ		
<b>NOMBRE COMPLETO DE INDICADOR</b>	Nº DE INCIDENCIAS HIGIÉNICO-SANITARIAS		
<b>DESCRIPCIÓN, JUSTIFICACIÓN</b>	<p>Nº de incidencias higiénico-sanitarias detectadas por inspección en el proceso de alimentación.</p> <p>Un objetivo importante en cuanto a la calidad de los servicios hosteleros es el de garantizar la seguridad e higiene alimentaria.</p>		
<b>FÓRMULA</b>	<b>Numerador</b>	Nº de incidencias higiénico-sanitarias detectadas por inspección en el periodo computado	
<b>FÓRMULA</b>	<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>			

	<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>			

 Instituto Aragonés de Servicios Sociales	<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 ADULTAS		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>	Nºde residentes que utilizan el servicio de podología	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, trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

	<b>FICHA DE INDICADOR DE PROCESO</b>		Código: <b>ID203.7-2</b>
	<b>USUARIOS DE PELUQUERÍA</b>		Fecha: 01/07/2019
			Versión <b>1</b>
AREA CENTROS		ELABORADO POR SERVICIO CENTROS	
AMBITO DE APLICACIÓN RESIDENCIAS PERSONAS ADULTAS		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>	Nºde 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, trabajadora social.		
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual		
<b>VALOR ESTÁNDAR</b>			

## 5. GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE FICHAS DE PROCESOS.

La redacción de cada apartado debe ser sencilla y resumida. Prima la claridad en la exposición del contenido. El objetivo es que la actividad reflejada se comprenda rápidamente y con facilidad.

La fuente a utilizar en el modelo normal debe ser Verdana 10, salvo en el encabezado, donde el tamaño será 12 (10 para fecha/versión). Se registrará en negrita el nombre y código del proceso.

La fuente a utilizar en el modelo concentrado debe ser Verdana 8, excepto el nombre del proceso (tamaño 12) y el código (tamaño 10). Se registrará en negrita el nombre y código del proceso.

**Área:** anotar el área o ámbito al que pertenece el centro de trabajo: centros, Gerencia, Dirección Provincial...

**Ámbito de aplicación:** centro (si es centro residencial o de día), sección o unidad administrativa concreta en la que se aplicará el proceso.

**Elaborado por:** persona o equipo que se ha encargado de la elaboración del proceso.

**Validado por:** el proceso debe ser validado en el centro o sección (por el equipo de calidad, equipo directivo, director o jefe de servicio) y deseablemente por la Dirección Provincial o Gerencia del IASS.

**Misión:** corresponde al fin último que persigue el proceso.

**Objetivos:** los objetivos deben ser más concretos que la misión, pasos intermedios específicos, realistas y medibles.

**Propietario del proceso:** es la persona encargada de coordinar y supervisar el correcto funcionamiento del mismo. No es necesario que domine todos los aspectos técnicos de las tareas descritas en el mismo, sino tener adecuada una visión global. Se responsabiliza de hacer su seguimiento y evaluación, que posteriormente comunicará al equipo de calidad.

**Otros profesionales implicados:** profesionales que intervienen en la ejecución del proceso.

**Inicio del proceso:** es aquella circunstancia que motiva que el proceso se ponga en marcha. Puede ser la recepción de una información, un ingreso, derivación de un usuario por otro profesional...

**Fin del proceso:** es último paso del proceso.

**Entradas:** son aquellos elementos necesarios para el inicio y correcto desarrollo, y que el proceso transformará o utilizará para conseguir los objetivos.

**Salidas:** son los resultados del proceso.

**Proveedores:** son los agentes que nos proporcionan las entradas necesarias para el desarrollo del proceso. Participan en el inicio y a lo largo del proceso.

**Destinatarios:** aquellos a los que está dirigido el resultado del proceso (usuarios, familias, trabajadores, sociedad, instituciones...).

**Descripción de actividades:** se realizará una ordenación, numeración y enunciado de cada fase. No se trata de explicar cómo se realiza cada actividad, para eso se desarrollan los procedimientos o instrucciones.

**Documentos relacionados:** un documento es información en un medio de soporte. Puede ser un escrito, un vídeo, un archivo informático... en este apartado citaremos aquellos documentos con los que se trabaja en el proceso.

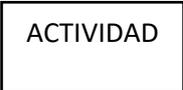
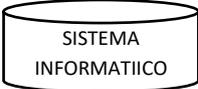
**Registros:** un registro es un tipo de documento que permite dejar constancia de una actividad realizada. Se ha cumplimentado para reflejar reuniones, controles realizados, comunicaciones, etc. Para realizar un registro pueden utilizarse diferentes modelos, con formato y campos a completar por el trabajador.

**Normativa y documentos de referencia:** documentos relevantes para el proceso porque determinan la forma de actuar, bien sea porque indican un deber (normas, instrucciones...) o porque nos sirven de referencia (guías de actuación, publicaciones, planes, políticas...).

**Indicadores:** son datos que nos ayudan a controlar y medir la evolución del proceso o sus resultados. Con el paso del tiempo indicarán una tendencia positiva o negativa del mismo. Normalmente se expresan en relaciones (% o tasas).

**Recursos:** son los medios que necesitamos para ejecutar el proceso de una forma adecuada, para realizar las tareas.

Símbolos del Diagrama de Flujo para la descripción de las actividades:

	<p>CIRCULO / OVALO          INICIO Y FINAL del proceso: situación que inicia el proceso y situación final que consigue el proceso.</p>
	<p>RECTÁNGULO / CAJA          ACTIVIDAD. Describe con un verbo o una acción la actividad de valor añadido que se realiza.</p>
	<p>ROMBO          DECISIÓN. Contiene una pregunta (Ej.: ¿cumple criterios de....?). De aquí parten varias alternativas. En su formato más sencillo saldrían dos flechas, una con SI y otra con NO.</p>
	<p>FLECHA          DIRECCIÓN del proceso. Conecta los bloques del diagrama informando de la secuencia y dirección de las actividades del proceso. Las líneas deben hacerse en ángulo recto.</p>
	<p>CILINDRO/BOTE          SISTEMA INFORMÁTICO/BASE DE DATOS. Representa el sistema informático que interactúa con las actividades de proceso o incluso lo gestiona totalmente.</p>
	<p>DOCUMENTO          Identifica los documentos físicos que se generan en el proceso o en los que se registran las actividades (informes, registros, hojas de control, etc.)</p>
	<p>CONECTORES          Conectan el diagrama con otro proceso distinto o con otra parte del mismo diagrama (conector circular).</p>

## 6. ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

A (documento): Autorización.  
ACF: Anticipo de Caja Fija.  
ACP: Atención Centrada en la Persona.  
AICP: Atención integral Centrada en la Persona.  
AVD: Actividades de la Vida Diaria.  
ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.  
ADO: (documento): Autorización, Disposición y reconocimiento de la Obligación.  
AD: (documento): Autorización y Disposición.  
BOA: Boletín Oficial de Aragón.  
CAPDI: Centro de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual.  
DP: Dirección Provincial.  
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.  
EMP: Equipo Multi Profesional.  
GERES: Gestión residencial.  
IASS: Instituto Aragonés de Servicios Sociales.  
ID: Indicador.  
INAEM: Instituto Aragonés de Empleo.  
ICAP: Inventory for Client and Agency Planning.  
IT: Incapacidad Temporal.  
ITAT: Incapacidad Temporal por Accidente de Trabajo.  
ITCC: Incapacidad Temporal por Contingencia Común.  
NHB: Necesidades Humanas Básicas.  
PAE: Plan de Atención de Enfermería.  
PAIV: Plan de Atención Integral y Vida.  
PCAP: Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.  
PCP: Plan de Cuidados Personales.  
PESD: Personal Especializado en Servicios Domésticos.  
PIA: Programa Individual de Atención.  
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>

CuatrecasasArbós, 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.

GenuaGoena, M.I. (coord.). (2012). *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Gobierno Vasco, Fundación INGEMA.

GenuaGoena 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., FantovaAzcoaga, F. y Sacanell Berrueco, Enrique. (2000). *El imperativo de la calidad en la acción social*. Madrid, Revista Cáritas Española, 2000.

Herranz, D. (2012). *Envejecimiento, vivienda y entorno. Informe de investigación cualitativa*. Fundación MATIA.

IMSERSO. (2006). *Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Recuperado de:  
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/modelosalojamiento.pdf>

IMSERSO. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Recuperado de:  
[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc\\_tec\\_21020.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf)

Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. (s.f.) *Manual de procesos para la gestión en centros de atención a personas con discapacidad intelectual*. Junta de Castilla y León. Recuperado de:  
[http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19030/manual\\_procesos\\_gestion.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19030/manual_procesos_gestion.pdf)

Kaplan, R. y Norton, D. (2002). *Cuadro de mando integral*. Barcelona. Gestión 2000.

Kaplan, R. y Norton, D. (2004). *Mapas estratégicos*. Barcelona. Gestión 2000.

Cáritas. (2002). *La calidad como imperativo en la acción social*. Documentación social, nº 128. Cáritas Española editores.

Llorens, F. y Llorens, F. J. (1996). *Medición de la calidad de servicio*. Universidad de Granada.

Modelo EFQM Fundación europea para gestión de calidad 1991 para reconocer la excelencia de una organización.

Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Gobierno Vasco.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. Y Rodríguez, P. (2014). *Atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. (11 cuadernos). Gobierno Vasco, Matia Instituto. Rescatado de: <http://www.euskadi.eus/publicaciones-servicios-sociales/web01-a2gizar/es/>

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Fundación Pilares para la autonomía personal.

Morel Liso, M.A. (coord.).(2010). *Proyecto de gestión: marco y modelo de atención. La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Morel Liso, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: protocolos de actuación y normas de funcionamiento en el CAMP*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Navarro, F et al. (2014). *50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP)*. SEGG. Recuperado de: [https://www.segg.es/media/descargas/50\\_Recomendaciones\\_PAGCP\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf)

Niven P. (2003). *El cuadro de mando integral paso a paso*. Gestión 2000.

Observatorio de personas mayores (2011). *Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias*. Perfiles y tendencias nº 49. IMSERSO.

Pardo Álvarez, J.M. ((2017). *Gestión por procesos y riesgo operacional*. Madrid, AENOR Internacional.

Peñafiel Olivar, A.E. (2010). *Criterios y estándares de cuidados en residencias de mayores*. Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica. Recuperado de: <http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/AmegEstand.pdf>

Red de Consultoría Social. (2010). *Guía para la gestión con indicadores en acción social*.

Rodríguez Rodríguez, P. (2012) *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Fundación Pilares para la autonomía.

Rodríguez Rodríguez, P. (coord.). (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Fundación Caser para la dependencia.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.

Rodríguez, Rodríguez, P. (Coord) (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos.

Ruíz López, J y Cuellar Martín, E. (2013). *La gestión de calidad en las administraciones públicas españolas, balance y perspectivas*. Gestión y Análisis de Políticas Públicas, Nueva Época, nº 10.

Schalock, L.R. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales*. Madrid. Alianza Editorial.

Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista española sobre discapacidad intelectual. Vol 38 (4), nº 224, 21-26.

SEGG. (2016). *10 conceptos básicos para implantar, mantener y mejorar un sistema de calidad*. Recuperado de:  
[https://www.segg.es/media/descargas/10\\_CONCEPTOS\\_BASICOS\\_PARA\\_IMPLANTAR\\_MANTENER\\_Y\\_MEJORAR\\_UN\\_SISTEMA\\_DE\\_CALIDAD\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/10_CONCEPTOS_BASICOS_PARA_IMPLANTAR_MANTENER_Y_MEJORAR_UN_SISTEMA_DE_CALIDAD_SEGG.pdf)

Verdugo Alonso, M. A. y Jordán de Urrés Vega, F. B. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, Amarú.

Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L.E. y Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.