

PLIEGO DE CLÁUSULAS  
TÉCNICAS QUE HA DE REGIR  
EL CONTRATO PÚBLICO PARA  
LA GESTIÓN DE CENTROS  
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL  
DE PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD FÍSICA



CSV: **0C456950506C996E**

Puede verificar su autenticidad introduciendo el CSV en / Benetakoa dela egiaztatu dezakezu CSVa hemen sartuta:

<https://administracionelectronica.navarra.es/validarCSV/default.aspx>

Emitido por Gobierno de Navarra / Nafarroako Gobernuak emana (DIR3: A15007522)

Fecha de emisión / Noiz emana: 2022-07-06 08:25:45

<b>1. FUNDAMENTACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETO.....</b>	<b>4</b>
<b>3. PERSONAS USUARIAS.....</b>	<b>5</b>
<b>4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>5. METODOLOGÍA DE TRABAJO.....</b>	<b>7</b>
5.1. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL CENTRADO EN LA PERSONA.....	7
5.2. PERSONAL DE REFERENCIA O APOYO.....	7
5.3. PARADIGMA DE APOYOS.....	8
5.4 APOYO CONDUCTUAL POSITIVO.....	8
5.5. TRABAJO INTERDISCIPLINAR.....	8
5.6. GRUPOS DE CONVIVENCIA Y GRUPOS ESTABLES DE ATENCIÓN.....	8
5.7. PROCESOS PARTICIPATIVOS.....	8
5.8. EQUIPOS DE MEJORA.....	9
5.9. ENFOQUES DE ATENCIÓN.....	9
5.10 COORDINACIÓN CON SERVICIOS Y RECURSOS COMUNITARIOS.....	9
5.11. BUENAS PRÁCTICAS.....	9
5.12. INSTRUMENTOS VALIDADOS.....	10
5.13. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.....	10
<b>6. GESTIÓN DE ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO.....</b>	<b>11</b>
6.1. SERVICIOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL Y ATENCIÓN DIURNA.....	11
6.2. ENFOQUES DE ATENCIÓN.....	16
6.3. GESTIÓN DEL PERSONAL.....	29
<b>7. GESTIÓN EN RELACIÓN A LA PERSONA USUARIA.....</b>	<b>31</b>
7.1 PLAN DE ACOGIDA.....	31
7.2 PERSONAL DE REFERENCIA.....	32
7.3 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL CENTRADO EN LA PERSONA.....	34
7.4 PLAN PARA LA DESPEDIDA DE LA PERSONA USUARIA.....	36
<b>8. SERVICIOS EXIGIBLES A LA ENTIDADES GESTORAS POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS NO INCLUIDOS EN EL CONTRATO.....</b>	<b>37</b>
<b>9. PLANTILLA EXIGIDA DE PERSONAL.....</b>	<b>38</b>
<b>10. MEDIOS MATERIALES EXIGIDOS.....</b>	<b>42</b>
<b>11. INGRESOS DE PERSONAS USUARIAS.....</b>	<b>44</b>
11.1. PERIODO DE ADAPTACIÓN.....	45
11.2 ALTAS, BAJAS, INCIDENCIAS.....	45
11.3 INGRESOS TEMPORALES EN LOS CENTROS.....	46
11.4 PLAZAS PARA NECESIDADES URGENTES EN TODOS LOS CENTROS.....	47
<b>12. EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>47</b>
<b>13. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE MEMORIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO.....</b>	<b>48</b>



## 1. FUNDAMENTACIÓN

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU). Estos acuerdos fueron ratificados y desarrollados a nivel estatal mediante la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La citada Convención constituye el marco de referencia desde una perspectiva de derechos para todas las políticas que se dirijan a las personas con discapacidad, pues define las obligaciones de los poderes públicos para garantizar el ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad. Concretamente, en su preámbulo se establece la importancia de posibilitar la plena participación de las personas con discapacidad. El derecho de las personas con discapacidad a tomar decisiones y tener el control en su vida se recoge en el artículo 12, y en el 19 el derecho a vivir de forma independiente y la inclusión en la comunidad.

A nivel estatal, la Constitución Española recoge los derechos de las personas con discapacidad de forma genérica a través del artículo 14 y más específicamente mediante el 49, por el que se insta a los poderes públicos a realizar las políticas necesarias para garantizar la plena autonomía personal e inclusión social de las personas con discapacidad.

Otra legislación estatal y autonómica, como la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, así como la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, y el Decreto Foral 30/2019, de 20 de marzo, que modifica el Decreto Foral 69/2008, 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general, configuran el marco normativo básico, sobre el que se sustenta el deber de las diferentes administraciones de configurar un Sistema Público para la Autonomía y Atención a la Dependencia que integre de forma coordinada centros y servicios, públicos y privados.

En cuanto a la figura profesional de referencia, está regulada en el Título VI de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, como un derecho de las personas beneficiarias de los servicios sociales. Posteriormente, se aprobó el Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el profesional de referencia de los servicios sociales y se define sus funciones.

El Decreto Foral 92/2020 de dos de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los centros residenciales, de día y ambulatorios de las área de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la comunidad foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, establece en su título V los principios generales de



funcionamiento y los derechos y deberes de las personas usuarias, y en su título VI la red de apoyo a la atención centrada en la persona.

Por último, el Plan de discapacidad de Navarra 2019-2025, cuya misión es lograr que las personas con discapacidad de Navarra alcancen la máxima inclusión social en igualdad de condiciones que el resto de la población con el mayor grado de autonomía personal y de calidad de vida posible. Igualmente, establece la visión de que la Administración foral se constituya en referente en el desarrollo de una atención integrada y centrada en la persona, donde los servicios y recursos se organicen y desarrollen transversalmente y de forma coordinada para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad, respetando y promoviendo su autonomía personal, proporcionando los apoyos necesarios y facilitando así su inclusión social y acceso a una vida lo más independiente posible, eliminando barreras y haciendo accesibles los entornos.

En el caso de los Centros de Atención Integral a la Discapacidad (CAIDIS), dentro de las líneas estratégicas del Plan se recoge la necesidad de ofertar un nuevo modelo de atención residencial, basado en el modelo de atención centrada en la persona (ACP), que ofrezca una atención integral e individualizada a cada persona para realizar su proyecto de vida, de acuerdo a su autonomía y preferencias, poniendo en relación dichos servicios con la comunidad en los que se encuentran.

Hacer efectiva la ACP en los servicios residenciales y de atención diurna implica, en primer lugar, una visión de las personas con discapacidad que parte del reconocimiento de su valor y singularidad, que fija su mirada en las capacidades frente a las limitaciones y que apoya su autodeterminación y la toma de decisiones.

Es un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores, en un contexto social concreto. Bajo este modelo, los y las profesionales buscan activamente oportunidades y apoyos para que cada persona usuaria pueda desarrollar sus capacidades, tener control sobre su vida cotidiana y, en consecuencia, conseguir sus objetivos en la vida de acuerdo a sus intereses y voluntad. Aspectos cruciales de este enfoque son los entornos hogareños y accesibles, las actividades significativas, las relaciones familiares y sociales, la cercanía a la comunidad y la flexibilidad organizativa de acuerdo a los intereses de las personas con discapacidad.

Por último, existe evidencia de que los servicios que optan por este modelo consiguen una mayor satisfacción sobre el cuidado en las personas, sus familias, en los trabajadores y en el clima laboral y organizacional.

## 2. OBJETO

El presente pliego establece las estipulaciones técnicas mínimas reguladoras del contrato público que tiene por objeto la gestión de servicios de atención integral a personas con discapacidad física en régimen de centro de día y atención residencial.



La atención en cada servicio debe cumplir la intensidad mínima recogida en la Cartera de Servicios y lo estipulado en la normativa de aplicación foral en relación a la Autorización e Inspección en materia de Servicios Sociales.

**El servicio de atención residencial**, según la Cartera de Servicios Sociales de Navarra, es un servicio prestado en establecimiento residencial para ofrecer atención integral a las necesidades básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales, a personas mayores de 18 años en situación de dependencia severa o gran dependencia o dependencia social según baremo destinado a tal efecto. Contará con atención permanente todos los días del año las 24 horas del día.

**El servicio de centro de día** se desarrolla todos los días laborables, de lunes a viernes con un horario mínimo de atención de 7 horas, en horario comprendido entre las 9:00 y las 17:00 horas, con una flexibilidad horaria de 1 hora anterior y posterior al horario de entrada y salida, para favorecer la conciliación del trabajo y de la vida personal y familiar de las personas cuidadoras y la organización del transporte diario al servicio, con una duración máxima de permanencia de 8 horas diarias y apertura efectiva de 248 días anuales de acuerdo al calendario oficial de fiestas de la Comunidad Foral de Navarra.

Los servicios objeto del contrato son los siguientes:

LOTE	Centro/Servicio	Dirección	Plazas residenciales	Plazas centro de día
7	CAIDIS Infanta Elena	Carretera Zaragoza 9, Cordovilla	70	
8	Centro de día	Pamplona y comarca		15
9	Plazas residenciales	Pamplona y comarca	10	

### 3. PERSONAS USUARIAS

Las personas usuarias de los servicios objeto del contrato serán personas de ambos sexos mayores de 18 años con discapacidad física y/o daño cerebral y/o enfermedades afines y/o pluridiscapacidad, que requieran de un servicio que ofrezca atención integral a sus necesidades básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales.

Con carácter excepcional, podrán acceder personas menores de edad cuando sus necesidades o la gravedad de la situación socio familiar lo aconseje.

El diagnóstico de una enfermedad mental asociada no será criterio excluyente para el ingreso y permanencia en los servicios objeto del contrato.

La permanencia de las personas en los diferentes recursos se mantendrá mientras permanezca vigente la valoración de la idoneidad.

### 4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN



a) **Inclusión y Participación**, permitiendo que todas las personas con discapacidad tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar plenamente en la vida social, educativa, laboral, cultural, política y económica,

b) **Derechos humanos**, promoviendo, protegiendo y asegurando el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas usuarias, así como el respeto de su dignidad inherente, como ciudadanos sujetos de derechos. Cualquier actuación que suponga una limitación en sus derechos fundamentales deberá ser debidamente justificada y/o pactada con la persona usuaria o en su caso con su representante legal.

c) **Planificación y evaluación integral centrada en la persona**. Los servicios favorecerán y adoptarán estrategias dirigidas a todas las dimensiones de la vida de una persona, con una planificación basada en valores y que se centre en la elección y participación en base a la opinión, las capacidades y el círculo de apoyo y relaciones de la persona. Esto supone no centrar la atención en los déficits de la persona, sino en su autodeterminación y su inclusión. Implica determinar qué apoyos y en qué intensidad necesita la persona para mejorar su grado de independencia, su nivel relacional, de participación en la comunidad y su bienestar personal.

d) **Toma de decisiones**: Las personas con discapacidad tienen derecho a tomar decisiones en todos los aspectos de su vida. Para ello será importante proporcionar las oportunidades y apoyos necesarios.

e) **Autodeterminación**, entendida como aquella situación en la que la persona usuaria ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en las decisiones que tienen que ver con su día a día y con la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.

f) **Calidad de vida**: como objetivo último a lograr está la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, mediante el desarrollo máximo de sus capacidades, su autodeterminación y el disfrute de una vida plena.

g) **Promoción de las relaciones con familiares y círculo de apoyo** de la persona usuaria de los servicios.

h) **Ética** en la atención a las personas usuarias y sus familias, profesional y organizacional.

i) **Accesibilidad universal**, considerándose como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Incluye, pues, no únicamente la accesibilidad desde un aspecto físico, sino también la accesibilidad a la comunicación y cognitiva.

j) **Perspectiva de género**, al reconocer que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación que hacen necesario adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de los derechos y las libertades fundamentales.



**k)Ciclo vital.** Las necesidades y demandas de las personas con discapacidad se modifican y transforman a lo largo de su ciclo vital, por lo que es necesaria una atención centrada en necesidades individuales y cambiantes, tanto de las personas usuarias como de sus familias.

**l) Formación continuada de los profesionales.** Destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de atención, con el objetivo a prestar la mejor atención posible. Implica promover cultura de apertura ante cambios en la atención y nuevas formas de hacer.

**m) Promoción del voluntariado:** Los servicios promoverán la colaboración solidaria tanto de las personas usuarias como de la ciudadanía a través de la participación en las organizaciones y servicios de voluntariado siempre que su función no suponga la sustitución de los servicios profesionales necesarios.

**n)Coordinación y cooperación con la ANADP:** Compromiso en aportar los datos e informes que se soliciten con carácter periódico o puntual.

**o)Calidad:** La Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas garantizará la existencia de estándares mínimos de calidad en los servicios, de acuerdo a la legislación vigente y a las normas y recomendaciones dictadas por el Servicio de Calidad e Inspección del Departamento de Derechos Sociales y el resto de regulación de otros organismos públicos.

## 5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

### 5.1. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL CENTRADO EN LA PERSONA

Es una herramienta que mediante la colaboración y el compromiso de las personas que forman el círculo de apoyo y a través de la aplicación de diferentes estrategias pretende contribuir a que la persona pueda trazar sus sueños y alcanzar un estilo de vida deseado. Constituye la base de la atención personalizada y, por tanto, siempre deberá contar con la participación de la persona o quien ella elija, y en su caso de las familias y/o quienes ejerzan la tutoría.

Las necesidades y por tanto los objetivos son cambiantes, por lo que deberán ser revisados periódicamente y consensuados con la persona usuaria y su familia, por medio de un profesional de referencia como canal de información continua, y estar coordinados entre los profesionales, la familia y el centro.

### 5.2. PERSONAL DE REFERENCIA O APOYO

Las personas usuarias de los servicios tendrán asignada como mínimo una persona de referencia o apoyo, que será desempeñada preferentemente por profesional de atención directa. La persona de referencia actuará como facilitador de la coordinación diaria de todas las actuaciones y actividades en las que participe la persona usuaria, adecuándolas a los objetivos previstos en su Plan de atención individual centrado en la persona. Apoyará el desarrollo del proyecto de vida de la persona, fomentando su



participación y toma de decisiones y servirá de enlace y referencia de la familia, en su caso.

La asignación deberá realizarse tras consulta a la persona usuaria e intentando en la medida de lo posible consensuar con ella la persona ideal de entre las que el centro considere posibles, a la vista del número máximo por profesional y otras circunstancias que el centro justifique que deben condicionar la elección, respetando también el derecho de las personas que así lo decidan a que no se les asigne tal profesional.

### **5.3. PARADIGMA DE APOYOS**

Entendido como un modelo de apoyo que facilite la plena participación de la persona con discapacidad en los distintos aspectos y dimensiones de su vida. Estará basado en empoderar a la persona y establecer relaciones de apoyos personalizados y variados, que respondan a los intereses, preferencias y necesidades de las personas usuarias.

### **5.4 APOYO CONDUCTUAL POSITIVO**

Concebido con el objetivo de estructurar y generar conductas prosociales, promoviendo un cambio conductual duradero, aplicable a toda la gama de situaciones con las que las personas pueden encontrarse en la vida real, y que favorezca un estilo de vida satisfactorio.

### **5.5. TRABAJO INTERDISCIPLINAR**

Implicará la participación de todos los profesionales que configuran la atención directa a las personas usuarias (personal técnico, personal cuidador o educador, etc) que trabajarán de manera conjunta y coordinada para alcanzar los objetivos propuestos en su plan individual centrado en la persona. Para ello, aprovecharán las distintas actividades cotidianas y los contextos naturales en los que las personas usuarias se desenvuelven.

### **5.6. GRUPOS DE CONVIVENCIA Y GRUPOS ESTABLES DE ATENCIÓN**

La crisis sanitaria provocada por el COVID-19 ha puesto de manifiesto la adecuación de prestar la atención residencial en unidades estables de convivencia, sectorizadas, atendidas por personal específico de atención directa y establecidas siguiendo los criterios de mayor o menor vulnerabilidad y las necesidades de las personas, de manera que puedan organizarse e individualizarse los apoyos, actividades, visitas y salidas de las personas residentes.

### **5.7. PROCESOS PARTICIPATIVOS**

El servicio deberá tener implantado un sistema de participación de las personas usuarias y sus familiares a través del Consejo de Participación o de otras fórmulas de participación que se consideren más adecuadas de acuerdo a las características del servicio.



Al respecto, se observará lo establecido en el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra.

## 5.8. EQUIPOS DE MEJORA

Definidos como un pequeño grupo de personas (compuesto por personas usuarias, familiares, personal del centro) con habilidades complementarias que, de forma temporal, se reúnen voluntariamente con el propósito común de proponer mejoras en un proceso del servicio, utilizando métodos estructurados, y son mutuamente responsables de su realización. Se recogerá acta accesible de las reuniones que incluya: objetivo del grupo, acuerdos y medias acordadas, con responsables y resultados alcanzados.

Se promoverá la participación del personal técnico de los centros en los grupos y equipos de mejora impulsados por la ANADP, tanto en los ya existentes como en otros que puedan crearse, con el objetivo de compartir conocimientos y buenas prácticas y facilitar sinergias y colaboraciones entre diferentes servicios.

## 5.9. ENFOQUES DE ATENCIÓN

Los servicios garantizarán la respuesta adecuada a la diversidad de intereses y necesidades de las personas usuarias. La atención podrá desarrollarse de forma individual o grupal (grupos de trabajo, talleres...). Se valorará la utilización de enfoques innovadores de intervención, el uso de nuevas tecnologías y la diversidad y variabilidad en las propuestas de atención. Las distintas acciones y actividades estarán documentadas, conteniendo como mínimo su finalidad, justificación, objetivos, actuaciones previstas y metodología de evaluación e indicadores, promoviendo la participación de las personas usuarias. En el diseño y desarrollo de cada uno de estas actividades y acciones primará el carácter inclusivo y transversal, utilizando siempre que sea posible los recursos existentes en la comunidad como vía para alcanzar una mayor inclusión. Igualmente, se promoverá la realización de actividades de responsabilidad compartida y actividades relacionadas con el día a día del centro o servicio.

## 5.10 COORDINACIÓN CON SERVICIOS Y RECURSOS COMUNITARIOS

Acción o conjunto de acciones con el fin de promover y favorecer la inclusión, participación e interrelación entre la comunidad y las personas usuarias. Coordinación con profesionales y recursos de la comunidad con objeto de establecer cauces de intercomunicación y el desempeño de roles sociales valiosos, favoreciendo el diseño de estrategias y metodologías inclusivas (participación de las familias, aprendizaje-servicio, intergeneracionalidad, etc)

## 5.11. BUENAS PRÁCTICAS



Acción o conjunto de acciones que introducen mejoras en las relaciones, los procesos y las actividades. Deben ser innovadoras, pertinentes al contexto, sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles en el tiempo, flexibles y replicables. Su objetivo es satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias y deben suponer una mejora evidente de los estándares del servicio, de acuerdo a criterios éticos y técnicos.

## 5.12. INSTRUMENTOS VALIDADOS

Las valoraciones deberán ser realizadas con instrumentos validados científicamente y con reconocimiento general. Especialmente relevante será la evaluación de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios. Para la Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas, se propone la Escala San Martín u otras más adecuadas a las personas usuarias de los diferentes recursos.

Así mismo, en la actividad profesional se emplearán técnicas que hayan demostrado su eficacia en la atención a personas con discapacidad.

## 5.13. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.

### 5.13.1 Protocolos

Son el elemento metodológico que garantiza respuestas estandarizadas y homogéneas en la ejecución de las actividades, y por tanto en el cumplimiento de objetivos. Tendrán unos contenidos mínimos, se revisarán y actualizarán periódicamente y serán objeto de formación para todos los profesionales. El procedimiento estará documentado, con registros e indicadores para ser evaluado.

Los datos mínimos que deben estar recogidos en los protocolos, además de los propios para su adecuada gestión, incluirán la definición del protocolo, objetivos, personas a las que se dirige, profesionales que intervienen, descripción de actuaciones, concretando la responsabilidad en su ejecución en la figura profesional que corresponda, recursos asociados, registros e indicadores de evaluación y resultado.

### 5.13.2. Registros

Son elementos básicos de la actuación, permiten compartir información entre los profesionales, reconstruir situaciones, comparar la evolución en el tiempo, detectar áreas de mejora, y por tanto deberán ser claros, concisos, concretos y recogidos de manera informática. Se desarrollarán, como mínimo, los registros que se incluyen en el presente pliego, así como aquellos exigidos por la normativa vigente.

En el registro de incidencias se consignarán como mínimo los siguientes datos: fecha, lugar, hora, persona usuaria a la que afecta la incidencia, profesional que la refiere y motivo y descripción objetiva de la situación. Es necesario que las incidencias estén categorizadas en función de si se refiere a un aspecto general o al seguimiento individual del Plan de Atención Individual Centrado en la persona. La incidencia relativa al seguimiento individual debe consignarse en el expediente individual y no en un registro general de incidencias.



### 5.13.3 Indicadores

Instrumentos de medida que permiten expresar de forma cuantitativa tanto aspectos de la atención y del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, como aspectos relacionados con la organización y la gestión del servicio y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada.

## 6. GESTIÓN DE ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO.

El servicio de Atención Residencial y el servicio de centro de día contarán con un Plan general de Intervención en el que deben enmarcarse, entre otras cuestiones, tanto los diferentes servicios prestados como los enfoques de intervención que desarrollan.

Este Plan general de Intervención deberá hacer mención al modelo de atención propuesto y a todos los procesos identificados como parte de los servicios prestados en el servicio. Se concretará en acciones y planes concretos que serán objeto de revisión y evaluación, plasmándose sus conclusiones en la memoria anual.

Incluirá:

- Fundamentación teórica sobre el modelo de atención a las personas con discapacidad y/o daño cerebral y/o enfermedades afines y/o pluridiscapacidad, propuesto para el proyecto.
  - Procesos organizativos.
  - Plan general de funcionamiento.
  - Metodología. Deberá incluir un plan para garantizar la accesibilidad de la información.
  - Gestión del conocimiento y liderazgo compartido.
  - Herramientas informáticas para la gestión de la información.
  - Evaluación: indicadores, resultados, índice de participación, registro de opinión de personas usuarias, de familiares y del personal. Recogida de quejas, sugerencias, agradecimientos y acciones de mejora.

Además de lo anterior, cada centro deberá contar con su propio Plan de contingencia elaborado en base a las recomendaciones enviadas desde la Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en los Centros Residenciales Sociosanitarios.

Tras un periodo de convalecencia u hospitalización prolongado (superior a 30 días) de una persona usuaria, deberán establecerse planes de recuperación específicos con objetivos y planes de acción individual que cuenten con la participación y colaboración de los diferentes integrantes del equipo técnico y del personal de atención directa.

## 6.1. SERVICIOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL Y ATENCIÓN DIURNA

### 6.1.1. Alojamiento *(Sólo para las personas usuarias de atención residencial)*



- Las 10 plazas residenciales correspondientes al Lote 9, serán en habitación individual, con el fin de preservar al máximo la intimidad e independencia de las personas usuarias.
- En los casos de habitación compartida, cuando las personas así lo soliciten, se habilitarán sistemas que garanticen al máximo la privacidad e intimidad.
- Existencia de espacios adecuados para la intimidad, mecanismos de privacidad en baños, habitaciones y zonas compartidas.
- Se establecerán las normas para la solicitud del cambio de habitación y se favorecerá la ocupación compartida de personas que así lo deseen, si así fuera su deseo, independientemente del grado de necesidades en los apoyos.
- Se potenciará y estimulará a la persona residente y a sus familiares para que trasladen a la habitación motivos de decoración y utensilios propios que personalicen el ambiente.
- Se dispondrá de armarios cerrados y otras medidas para preservar los objetos y documentos personales.
- Se dispondrá de un sistema para la custodia de propiedades personales. Inventario y custodia de pertenencias, si procede, de objetos de valor.
- Se habilitarán zonas de convivencia comunes y espacios que permitan a las personas residentes recibir visitas dentro de un marco de comodidad e intimidad, con un horario amplio y flexible.
- Se facilitará el acceso de los familiares o personas que así lo soliciten para el acompañamiento de la persona usuaria en horario nocturno, cuando las circunstancias así lo requieran.
- Adecuación de la ubicación en el servicio en función las preferencias y necesidades de la persona usuaria en la medida de lo posible.
- Los entornos serán accesibles cognitivamente y los espacios estarán señalizados de manera comprensible para las personas usuarias.
- La persona residente tendrá libertad de acceso y salida de su habitación, así como a las áreas comunes, **y del centro?**, no pudiendo éste ser limitado salvo por cuestiones excepcionales, que deberán estar debidamente justificadas, registradas en su Plan de Atención individual centrado en la persona y revisadas periódicamente. Se promoverán acciones que promuevan mayor autonomía en las personas usuarias: por ej. entrega de llaves/tarjetas de acceso, uso del teléfono propio... etc...

## Protocolos y registros mínimos

1. Ocupación de habitaciones.
2. Inventario y custodia de objetos personales.
3. Normas de acceso al centro, horarios, visitas y restricciones especiales.

Pliego Prescripciones Técnicas SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.



CSV: **0C456950506C996E**

Puede verificar su autenticidad introduciendo el CSV en / Benetakoa dela egiaztatu dezakezu CSVa hemen sartuta:

<https://administracionelectronica.navarra.es/validarCSV/default.aspx>

Emitido por Gobierno de Navarra / Nafarroako Gobernua (DIR3: A15007522)

Fecha de emisión / Noiz emana: 2022-07-06 08:25:46

## 6.1.2 Manutención

- Servicio de 2 comidas diarias en servicio de centro de día.
- Servicio de 5 comidas diarias en las plazas con atención residencial. (Desayuno, comida, merienda y cena; pudiendo optar bien por un almuerzo ó bien por un alimento ofrecido tras la cena, antes de acostar.)
  - Se favorecerá que las comidas en el centro residencial se hagan en grupos reducidos, para conseguir un ambiente más parecido al propio hogar de las personas.
  - Menús sometidos a criterios dietéticos y religiosos, atendiendo las necesidades en cuanto a cantidad, calidad y variedad, siendo supervisados por un servicio de dietética y garantizando un aporte calórico y dietético adecuados, incluidos los suplementos alimenticios de las personas que lo necesiten. Igualmente, se promoverá en la planificación de los menús la gastronomía propia de la zona y los productos de temporada.
  - La elaboración de un menú basal programado y dietas especiales para todos aquellos usuarios que así lo requieran, debido a su patología o a cualquier otra causa determinada por el personal sanitario; (hipocalórica, hiposódica, diabética, de protección gástrica, etc.). Todas las dietas deberán ofrecerse en diferentes texturas mediante la técnica del texturizado.
  - Menús variados, cuidando su presentación, y mantenidos a temperatura adecuada hasta su servicio a la persona usuaria.
  - La previsión del menú de cada persona usuaria será comunicada mensualmente a las mismas y/o sus familias.
  - Se contemplará cierta flexibilidad en la elección del menú y en los horarios de comidas para poder tener en cuenta las necesidades individuales y los ritmos propios de cada residente. Se establecerán cauces de participación en la programación de menús.
  - Menús especiales en las celebraciones propias de nuestro entorno. (Mínimo 5 anuales), adecuados en la confección a la estación del año.
  - La alimentación y preparación de los alimentos para su ingesta, supervisión / ayuda / sustitución a las personas usuarias mediante las técnicas adecuadas para ello.
  - Se garantizará los tiempos de ingesta en función de los diversos grados de autonomía de las personas usuarias. Ello incluirá dar de comer a la persona usuaria a la boca, así como la nutrición e hidratación artificial enteral por prescripción facultativa.

## Protocolos

- Descripción de dietas y asignación a personas usuarias.
- Administración de dietas especiales y complementos nutricionales. APPCC (Análisis de puntos críticos de control) y normativa aplicable.



- Protocolo de nutrición e hidratación: Sondas, cambios, incidencias.

### Registros mínimos

1. Listado de dietas y suplementos nutricionales.
2. Horarios de comidas: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena diario.
3. Alimentación enteral.
4. Control ingesta (personas con disfagia, en riesgo de desnutrición, etc.).
5. Comunicación de hechos significativos a las familias.

#### 6.1.3 Limpieza

Incluye el orden, limpieza y desinfección de los distintos espacios: comunes e individuales, mobiliario y demás equipamiento del centro según la normativa vigente, así como prótesis y otros elementos de la persona usuaria.

En la medida de lo posible, y teniendo en cuenta las preferencias de las personas, se posibilitará que aquellas que lo deseen puedan colaborar en tareas ligeras de orden o limpieza con el fin de realizar actividades que sean significativas.

- Limpieza diaria de habitaciones, baños y zonas comunes. Planificación de espacios y tareas ordinarias y extraordinarias.
- Limpieza en situaciones excepcionales (óbitos, enfermedades infecciosas...)
- Separación y eliminación de residuos.
- Higiene de elementos de los residentes (prótesis, sillas, andadores, etc.).

#### Protocolos y registros mínimos

1. Limpieza diaria.
2. Limpieza de elementos y planificación de limpiezas extraordinarias.

#### 6.1.4 Lavandería

Incluye el marcado, arreglo, lavado, secado, planchado, y mantenimiento menor de la ropa de las personas usuarias (arreglos menores derivados del uso cotidiano: botones, dobladillos, etc.), siempre que sea necesario.

- Clasificación y distribución de la lencería del servicio y de la ropa de las personas usuarias, así como el correcto marcaje e inventariado de las prendas.
- Control de pérdidas, confusiones y reposición de la ropa de la persona usuaria.
- Facilitar el acceso a servicio de tintorería externo para las personas que lo demanden.
- Mantenimiento, lavado y reposición de la lencería general del servicio: Sábanas, mantas, mantelería, etc., incluidos los dispositivos homologados y autorizados para la



aplicación segura de las sujeciones físicas a personas usuarias que lo tengan indicado.

- Cambio de toallas semanal, como mínimo, y a diario, cuando así lo requieran las necesidades.
- Cambio de sábanas semanal y siempre que sea necesario.
- Comunicación a la familia o persona de referencia de las necesidades de reposición de la ropa de la persona residente y comunicación de hechos significativos.

### Protocolos y registros mínimos

1. Control de marcado de lencería de la persona usuaria, control de pérdidas y necesidad de arreglos menores.
2. Cambios y reposición de la lencería general.
3. Lavado en situaciones excepcionales: enfermedades infecciosas.

#### 6.1.5 Mantenimiento

Incluye el mantenimiento y reparación de las averías de los elementos comunes que se produzcan en el servicio.

- Inspección del estado de las instalaciones y maquinaria, así como la conservación de las mismas: Sala de calderas, ascensor, lavandería, fontanería, instalaciones eléctricas, jardinería, albañilería, estado de la pintura, carpintería, sistemas contra incendios, grupo electrógeno, sistemas de climatización, oxígeno, etc. conforme a la normativa vigente.
- Identificación y mantenimiento menor de los productos de apoyo propiedad de las personas usuarias (reposapiés, reposabrazos, andadores, bastones, sillas de ruedas...) y el uso y mantenimiento de productos de apoyo de uso común propiedad del servicio (grúas, material para transferencias, etc.).

#### Registros mínimos

Los requeridos por las fichas técnicas de control y la legislación vigente (desinsectación, desratización, etc.), prevención y control de legionelosis, así como el seguimiento de los requisitos incluidos en todos los protocolos de utilización de las instalaciones y equipos y las incidencias asociadas. Todos los protocolos incluirán operaciones necesarias y su frecuencia, así como la persona responsable de la supervisión.

#### 6.1.6 Transporte

- En el caso de las personas usuarias de atención diurna, incluirá el transporte diario para acudir al centro de día, debiendo contemplar cierta flexibilidad en las entradas y salidas del centro debido a los diferentes recorridos que debe realizar dicho transporte, así como el acompañamiento en él, en caso de ser necesario.



Este transporte diario se prestará para todas las personas usuarias cuyo domicilio se halle en el área de servicios sociales del propio centro, de acuerdo a la normativa de zonificación. Se requerirá informe de la ANADP para quien, por lejanía, precise un transporte no prestado por el centro. En aquellos casos que se determine, y previo informe de la ANADP, se realizará de la puerta del centro a la puerta del domicilio.

Se deberá garantizar a las personas con graves dificultades de movilidad un medio de transporte adaptado que garantice la seguridad de sus usuarios.

### Protocolos y registros

1. Planificación de recorridos de transporte diario del servicio de centro de día: Puntos de encuentro, teléfonos de contacto, actuación en ausencias injustificadas en el punto de encuentro o del centro.
2. Protocolo de actuación en caso de incidencias, procedimiento de anclaje, personas que precisan de productos de apoyo.
3. Mantenimiento del vehículo de transporte.

### 6.1.7 Seguridad

Incluye la elaboración de programas y protocolos que garanticen la autoprotección, las situaciones de emergencia y evacuación de todas las personas que estén en los centros y servicios, así como de las instalaciones.

Para ello será necesaria la formación teórico-práctica del personal y personas usuarias, con realización de simulacro anual, responsables de la ejecución, control de acceso a zonas de riesgo, sistemas de seguridad, seguimiento de equipos técnicos; (glucómetros, tensiómetros, ECG, etc.)

### Protocolos y registros

1. Control de salidas y entradas en el centro.
2. Exposición de información en lugares visibles, teniendo en cuenta criterios de accesibilidad cognitiva. Versión lectura fácil.
3. Protocolo de prevención de riesgos laborales: Medidas preventivas de manipulación de productos.

## 6.2. ENFOQUES DE ATENCIÓN

Todas las acciones y actividades de las áreas descritas a continuación, se desarrollarán alineadas y en coherencia con la fundamentación del proyecto. Todas ellas tendrán alguna relación con dimensiones de calidad de vida: bienestar físico, material, autodeterminación y desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar emocional, inclusión social y derechos. Todas las actividades se planificarán junto con la persona usuaria teniendo en cuenta sus intereses, preferencias y valores de cara a fomentar su participación y la toma de decisiones.



En el diseño y desarrollo de cada uno de las actividades primará el carácter inclusivo y transversal, utilizando siempre que sea posible los recursos existentes en la comunidad como vía para alcanzar una mayor inclusión. Igualmente, se promoverá la realización de actividades de responsabilidad compartida y actividades relacionadas con el día a día del centro. (Ejemplo: colaboración en actividades de la vida diaria, limpieza, lavandería, trabajo en huerta o jardín, mantenimiento menor del centro...), así como la realización de intervenciones en contextos naturales.

Se considerará especialmente las propuestas novedosas e innovadoras de atención relacionadas con la utilización de nuevas tecnologías, productos de apoyo y accesibilidad universal, como puedan ser el uso de realidad virtual, impresión 3D, pizarra digital o cualquier otra análoga.

Se valorará la concreción de las actividades en la aplicación práctica a las personas usuarias. Para ello se deberá especificar qué acciones, actividades o terapias van a llevarse a cabo, con metodología, recursos y personal responsable, así como el tiempo establecido para su implantación en el caso de ser propuestas novedosas, de cara a poder ser revisadas en las Comisiones de Seguimiento del contrato.

## CONSIDERACIONES GENERALES

En el servicio de residencia se tendrá en cuenta la posibilidad de que las personas usuarias, dentro de su proceso y proyecto vital, puedan optar por otros recursos de vivienda con menor o mayor intensidad de apoyos. En este sentido, se apoyarán y facilitarán los procesos de transición a otros recursos de menor o mayor intensidad.

El centro residencial y el entorno en el que se encuentra deben constituirse en un entorno estimulante donde las personas puedan desarrollar, con los apoyos necesarios, sus habilidades y capacidades, tomen decisiones y tengan posibilidad de llevar a cabo roles y actividades significativas.

Seguir un modelo de atención centrado en la persona supone alejarse de modelos más tradicionales centrados en la provisión de actividades en el centro desde un enfoque asistencial a un modelo integrador y con una visión comunitaria, donde se empodere a las personas usuarias y/o sus familiares o representantes legales y se fomente su participación y la toma de decisiones respecto cómo quieren que sea su día a día.

La realización de actividades cotidianas será una fuente más para la estimulación de las personas: vestirse, conversar, llevar a cabo un hobby, etc. suelen ser actividades significativas porque forman parte del modo de vida de todos. Además, con su práctica se ejercitan y fortalecen habilidades funcionales, cognitivas y relacionales. Por tanto, se ha de proponer o mantener actividades adaptadas a las capacidades, ritmos y deseos de cada persona. Llevar a cabo este tipo de iniciativas, puede hacer necesario valorar cambios a nivel organizativo, de manera que las necesidades y ritmos de las personas se sitúen en primer lugar.

En cualquier caso, se desarrollarán iniciativas y propuestas para evitar que en el centro residencial se instale la inactividad y la desconexión con la comunidad. Por ello, se fomentarán las actividades en el entorno, la colaboración con organizaciones de



voluntariado, la participación en campañas y acciones solidarias, así como la realización de actividades que contribuyan a personalizar el ambiente del centro.

Se aprovecharán las oportunidades imprevistas, lo que surge de modo espontáneo. En la vida no está todo programado, ni organizado y en un centro residencial tampoco lo ha de estar. En el Modelo de Atención Centrado en la Persona estas actividades tienen gran valor: sirven para disfrutar y huir de la rutina y el aburrimiento.

Se trata, en definitiva, de crear entornos terapéuticos, estimulantes, que sitúen a la persona en el centro y sean respetuosos con sus preferencias.

Se posibilitará que las familias y/o personas allegadas que así lo deseen mantengan un papel activo en los cuidados y en las actividades programadas.

Se tendrá en cuenta en la atención a las personas usuarias la flexibilización de horarios en las rutinas diarias (de levantarse/acostarse, comer, etc..).

### 6.2.1 ATENCIÓN EN LA HIGIENE PERSONAL Y EL ASEO

Estas actividades irán encaminadas a la promoción de hábitos de auto-cuidado y a la prestación de la supervisión y el apoyo necesario en cada caso, atendiendo a las características de cada persona y a las circunstancias que, de manera eventual, pueden precisar de un apoyo más intenso, tanto de las personas residentes como de las personas del servicio de atención diurna.

Se actuará de acuerdo a las siguientes premisas:

- Potenciar la autonomía e independencia de las personas usuarias en las tareas, evitando la sobreprotección, mediante el uso de productos de apoyo, adaptación del entorno etc...
- Facilitar que las personas tengan el mayor control posible sobre estas tareas, dando oportunidades de elección sobre cómo se prestan estos apoyos.
- Atención profesional basada en la corrección técnica, el trato adecuado, la empatía y el respeto a la intimidad de la persona, llevando a cabo su intervención de manera que la persona se sienta bien.
- Se cuidará la imagen externa, teniendo en cuenta las preferencias de la persona. Para ello se procurará prestar especial cuidado a su aspecto, logrando que su imagen externa responda al estilo y gusto propio.
- Cada persona contará con un profesional de referencia, que le conocerá bien y estará atento a sus necesidades y a los elementos que permiten que cada persona sienta que controla su espacio y su vida cotidiana.

Se atenderán las siguientes áreas:

- Promoción y mejora de las competencias personales de autocuidado relacionadas con la higiene personal, el vestido y los hábitos saludables de vida.



- Supervisión, apoyo o sustitución, en la higiene y aseo diario de las personas usuarias prestando especial atención a que la persona usuaria se sienta conforme y cómoda con su aspecto.
- Supervisión, apoyo o sustitución en depilación y afeitado, así como en el corte de uñas de pies y manos.
- Supervisión, apoyo o sustitución en la función de eliminación urinaria y fecal, así como la adecuada higiene, en aquellas personas que lo precisen.
- Supervisión, apoyo o sustitución en la preparación y proceso de vestido, prestando especial atención a las preferencias de las personas.
- Indicación y supervisión para el cambio diario de ropa interior y cambio cuantas veces sea necesario.
- Indicación para el cambio al menos dos veces por semana de ropa exterior y siempre que sea necesario.
- Proporcionar todos los productos requeridos para llevar a cabo la higiene y el aseo diario de manera que sean accesibles para la persona usuaria: jabón, champú, crema hidratante, pasta de dientes...
- El material de incontinencia, sanitario y medicación para los residentes, será cubierto con cargo al sistema de seguro de Salud al que estén acogidas las personas usuarias.
- Correrá a cargo de las personas usuarias los productos higiénicos (jabones especiales u otro producto) no financiados por el Sistema Nacional de Salud o por el tipo de seguro médico del que sean beneficiarios.

### Protocolos y registros mínimos

Elaboración de protocolos y registros en relación a la higiene y aseo diario, hidratación corporal, higiene bucal, afeitado, control menstruación, control de incontinencia urinaria y fecal, incidencias, etc.

#### 6.2.2 ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA (CAIDIS, Centro de Día)

Ofrecerá una terapia especializada basada en la recuperación, mantenimiento o mejora de las funciones motoras, teniendo en cuenta las características y capacidades de cada persona usuaria. Para ello, llevará a cabo una valoración individualizada y un programa terapéutico específico que tendrá como objetivo final promover el funcionamiento efectivo y eficaz de la persona y mejorar su calidad de vida.

La atención debe recoger la intensidad mínima recogida en la cartera de servicios.

Incluirá:

- Evaluación de la movilidad, fuerza, muscular, coordinación, equilibrio, esquema corporal-postural y capacidad para la marcha.



- Mantenimiento y mejora de la condición física de los usuarios, así como de la máxima independencia funcional, incidiendo particularmente en la conservación de movimientos y potenciando la actividad física continuada.
- Prevención del síndrome de inmovilidad, con cambios posturales y medidas de control postural.
- Utilización de diferentes técnicas tales como Terapia manual y Cinesiterapia, Fisioterapia respiratoria, Electroterapia, Reeducción postural global, Control postural, Técnicas de activación neuromuscular, Hidroterapia, punción seca, vendaje neuromuscular, terapias neurológicas, técnicas para la marcha y el equilibrio, u otras técnicas innovadoras que hayan demostrado su eficacia en la atención a las diferentes patologías físicas o neurológicas.
- Realización de programas de actividad y ejercicio físico en formato individual o grupal.
- La seguridad en la movilización, transferencias, traslados y la deambulación de las personas usuarias, así como el acompañamiento / apoyo / sustitución en las diferentes actividades de la vida en la residencia o en las salidas que se realicen.
- Detección y Diagnóstico de situaciones de riesgo de caídas, prevención y tratamiento de secuelas.

### Áreas de atención, Protocolos y Registros asociados

- Protocolos de actuación en situaciones de encamamiento prolongado (problemas respiratorios, patología circulatoria, etc.).
- Reeducción postural e higiene postural, de equilibrio, marcha, etc.
- Programa de activación física y prevención del sedentarismo.
- Registros mínimos asociados de participación y seguimiento en las actividades de fisioterapia, de actividades programadas y en curso, con objetivos, indicadores de resultado, destinatarios y evolución.

### 6.2.3 ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL (CAIDIS, Centro de día)

Dirigida al mantenimiento y prevención de la salud, el bienestar y a promover la participación a través de la implicación en ocupaciones significativas para la persona.

Identificará las ocupaciones significativas y satisfactorias para la persona y diseñará los apoyos necesarios para ayudarle a adquirir los conocimientos, las destrezas, y actitudes que le permitan participar en sus ocupaciones cotidianas con la máxima de independencia e inclusión en el entorno.



Para ello será importante el uso de técnicas como la evaluación y modificación de los entornos en los que se desenvuelve la persona usuaria, la adaptación de tareas y el uso de productos de apoyo.

La atención debe recoger la intensidad mínima recogida en la cartera de servicios.

Se fomentará que las personas usuarias adquieran aquellas habilidades necesarias para tomar parte activa en las actividades que estructuran su vida en el servicio residencial y así ejercer cierto grado de control sobre las mismas. Para ello se crearán actividades significativas, contextos, situaciones y oportunidades que permitan hacer efectiva dicha participación y se garantizarán los apoyos necesarios para posibilitarla. Incluirá los siguientes aspectos:

- Valoración de las necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria (AVD) (básicas, instrumentales), adaptaciones ambientales y productos de apoyo necesarios para su realización.
- Planificar, coordinar y supervisar programas y actividades de entrenamiento y mantenimiento de la autonomía en las AVD básicas que promuevan la máxima participación y el bienestar de la persona.
- Planificar, coordinar y supervisar iniciativas que aumenten la participación de la persona usuaria en las ocupaciones del día a día en el servicio residencial o de atención diurna.
- Planificar, coordinar y supervisar la participación de la persona usuaria en sus actividades instrumentales de la vida diaria.
- Planificar, coordinar y supervisar la participación de la persona usuaria en programas de adquisición y mantenimiento de habilidades sensoriomotoras, cognitivas y psicosociales. Utilización de aquellas técnicas neuromotoras, de estimulación sensorial y cognitiva que hayan demostrado eficacia en la atención de personas con discapacidad física.
- Planificación de programas y actividades de ocio basadas en los intereses de las personas usuarias en coordinación con el área de trabajo social.
- Planificación de actividades en talleres ocupacionales innovadores y creativos.
- Se promoverá el aprendizaje y uso de nuevas tecnologías aplicadas como apoyo a la participación en las ocupaciones diarias de la persona.
- Realizar las adaptaciones necesarias para garantizar un correcto posicionamiento a los usuarios de sillas de ruedas.
- En el servicio de centro de día, prestará asesoramiento a personas usuarias y familiares sobre cómo facilitar las ocupaciones diarias, utilizar productos de apoyo, así como adaptar el entorno en las viviendas de las personas usuarias.

## Áreas de atención, Protocolos y Registros asociados



- Elaboración de planes de apoyos individualizados para la realización de actividades de la vida diaria básicas.
- Elaboración de planes de apoyo individualizados para la realización de actividades de la vida diaria instrumentales.
- Programa de participación en las actividades de la vida cotidiana del recurso.
- Entrenamiento en el uso de productos de apoyo para facilitar el desempeño de las actividades de la vida diaria, así como facilitar la movilidad en el entorno. (bastones, silla de ruedas)
- Adaptación de los diferentes entornos en los que se desenvuelven las personas usuarias según criterios de accesibilidad y diseño universal.
- Adaptación de tareas y planificación de apoyos.
- Programa de ocio significativo e inclusivo.
- Programa de nuevas tecnologías aplicadas a las Actividades de la vida diaria.
- Programa de transición a recursos residenciales con menor y mayor necesidad de apoyo.
- Registros mínimos asociados de participación y seguimiento en las actividades de Terapia Ocupacional, de actividades organizadas y en curso, con objetivos, destinatarios y evolución.

#### 6.2.4 ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Dirigida a promover, prevenir y mantener la salud, desde un punto de vista integral, con el objeto de proporcionar a la persona usuaria la mejor calidad de vida desde un punto de vista sanitario, adaptándose a los cambios y situaciones de atención, a través de recursos propios o externos, teniendo en cuenta las posibles situaciones de fragilidad en que se encuentran las personas con discapacidad, identificando situaciones de riesgo, aconsejando sobre el mantenimiento de la salud, la recuperación de diferentes enfermedades o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda personal en los cuidados paliativos cuando sean precisos.

Para las personas usuarias que no cuenten con atención residencial permanente, su atención médica se realizará en coordinación y seguimiento del cumplimiento de las prescripciones del médico de su centro de salud de referencia.

La responsabilidad de este ámbito recae fundamentalmente en el personal médico y de enfermería debiendo ser ejercida esta atención con la intensidad mínima recogida en la cartera de servicios.

- Colaboración y seguimiento del Plan de Atención Individual Centrado en la persona, programando, ejecutando y evaluando los tratamientos y cuidados, tanto en las patologías crónicas y agudas como en la involución fisiológica propia de la edad.



- Colaboración con la atención especializada, actuando en caso necesario como intermediarios o intérpretes de aquellos usuarios que presenten más dificultades de comunicación.
- Atención en las patologías habituales, identificando los factores de riesgo que con mayor frecuencia afectan a la salud de la persona con discapacidad.
- Control, gestión, administración o supervisión de la toma de medicación a las personas residentes en la fórmula de dispensación que determine el Departamento de Salud.
- Atención sanitaria específica y de urgencia y seguimiento de usuarios hospitalizados.
- Realización de educación sanitaria, dirigida a la persona usuaria y a la familia, sobre las medidas higiénico-dietéticas y de actividad física con las que mejorar su calidad de vida, así como de la importancia de un correcto cumplimiento de los tratamientos prescritos. Protocolos prevención COVID.
- Información al familiar de los procesos de salud que afecten al residente.
- Atención en cuidados paliativos. Establecimiento y práctica de las medidas oportunas en la fase final de la vida, asumiendo en toda su extensión el respeto a la dignidad del proceso de morir.
- Coordinación y establecimiento de las funciones del equipo asistencial en el cuidado de la persona dependiente.
- Elaboración y seguimiento de la historia clínica que incluirá como mínimo la valoración protocolizada al ingreso y de forma anual con evaluación actualizada con diagnósticos, tratamientos, evaluación médica y de enfermería.
- Atención en salud e higiene bucodental.
- Utilización del Programa informático **LAMIA**, programa único de prescripción de medicamentos para todo el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea en pacientes no hospitalizados.
- Utilización del programa informático **ATENEA**, de acceso a la historia clínica de las personas usuarias, proporcionado por el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.
- Correrá a cargo de las personas usuarias el copago de los fármacos y tratamientos en la forma que determine el Departamento de Salud, según el sistema público de Salud o el tipo de seguro médico del que sean beneficiarios.

## Protocolos y Registros asociados

- Protocolo de vacunaciones.
- Protocolo de prevención de infecciones.



- Protocolo iatrogenia y uso de fármacos. Errores en administración de medicamentos.
- Preparación diaria de la medicación en unidosis, y administración y/o supervisión de la misma. Control de condiciones: conservación, caducidades, acceso restringido.
- Protocolo de curas y úlceras por presión. Valoración. Prevención y mejora.
- Protocolo de incontinencias. Valoración. Tipo de incontinencia. Prescripción de la intervención y productos indicados. Prevención y mejora.
- Protocolos de traslado: Documentación a aportar: datos personales, diagnósticos y tratamiento, estado funcional y cognitivo y motivo de consulta o traslado.
- Protocolo trastornos del sueño. Valoración. Higiene del sueño
- Protocolo de caídas. Valoración. Prevención y mejora.
- Protocolo de valoración nutricional. Mínimo anual. Valoración. Prescripción de dietas especiales y complementos nutricionales. Prescripción de pautas de hidratación. Prevención y mejora de la malnutrición por defecto y exceso. Autorización y recomendación para dar de comer en boca
- Peso, tipos de dietas, texturas, cuidados específicos, posturas recomendadas, uso de sondas, jeringuillas, complementos nutricionales, comida en habitaciones, disfagias.
- Protocolo para el tratamiento y seguimiento de patologías de alta prevalencia en personas con discapacidad.
- Protocolo de higiene bucodental.
- Protocolo ante urgencias.
- Protocolo medidas de contención de acuerdo a la normativa vigente.
  - Usos e indicaciones
  - Prescripción y seguimiento de medidas.
  - Contenciones, restricciones, control de salidas: Autorizaciones.

### 6.2.5 ATENCIÓN PSICOLÓGICA (CAIDIS, CENTRO DE DÍA)

La atención psicológica desarrollará y pondrá en marcha todo tipo de actuaciones para el desarrollo de habilidades adaptativas atendiendo aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y relacionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona usuaria. Se potenciará al máximo la capacidad de aprendizaje en todas las áreas, en especial en las habilidades relacionales, con el fin de lograr un nivel óptimo de



interacción y relación con los demás, así como para la resolución de conflictos personales.

Así mismo desarrollará programas para fomentar la autodeterminación y la toma de decisiones de las personas usuarias junto con sus profesionales de referencia con el objetivo de entrenar en habilidades y aportar conocimientos que capaciten a las personas para llevar a cabo conductas autónomas, autorreguladas y dirigidas a metas.

Se diseñarán espacios y acciones para favorecer la expresión y el manejo de emociones, el afrontamiento de situaciones de ansiedad, estrés, procesos de duelo, y otras necesidades a nivel emocional de las personas usuarias. Se fomentará el establecimiento de redes de apoyo y ayuda entre las diferentes personas usuarias.

Se llevarán a cabo planes de atención, formaciones y asesoramiento al resto de personal acerca del manejo y modificación de conductas desajustadas, basadas en los principios del apoyo conductual positivo.

Especial atención se tendrá en la prevención, detección y eliminación de tratos vejatorios, degradantes o que impliquen maltrato físico o moral, y que conlleven una mala praxis tanto entre las personas usuarias como entre el personal del centro.

Se elaborarán planes de desarrollo cognitivo, de habilidades de interacción, de desarrollo de habilidades emocionales, orientación sexual y de relajación.

Todas las acciones y actuaciones deberán estar justificadas y documentadas.

### **Áreas de atención, Protocolos y Registros asociados.**

- Manejo emocional y afrontamiento.
- Autodeterminación, participación y toma de decisiones.
- Afectividad y sexualidad.
- Programa de prevención, detección y eliminación de tratos vejatorios, degradantes o que impliquen maltrato físico o moral.
- Habilidades de interacción y relación social.

### **6.2.6 PROGRAMA DE ATENCIÓN EN LOGOPEDIA**

Se ocupará de aquellos aspectos relacionados con la comunicación, lenguaje, habla, voz, audición y otras funciones orales como la respiración, masticación y deglución. Desarrollará las actividades de prevención, evaluación y recuperación de las necesidades detectadas en las áreas anteriores mediante técnicas terapéuticas que hayan demostrado su eficacia en la atención a las personas con discapacidad física. Se incluirán técnicas de reeducación, así como el entrenamiento en estrategias alternativas y métodos aumentativos de comunicación.



La responsabilidad de este ámbito recae fundamentalmente en el personal de logopedia debiendo ser ejercida esta atención con la intensidad mínima recogida en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General.

### Programas, Protocolos y Registros asociados.

- Evaluación de logopedia.
- Intervenciones dirigidas a modular el tono muscular y disminuir la hipersensibilidad peribucal y endobucal, así como el trabajo de las estructuras fonoarticulares, para favorecer el proceso de alimentación y la producción de sonidos.
- Prevenir, evaluar y tratar los trastornos de la comunicación estableciendo los sistemas alternativos de comunicación cuando sea necesario.
- Intervención en alteraciones de la deglución.
- Desarrollo y estímulo del lenguaje y proceso comunicativo en todas sus dimensiones (forma, contenido y uso) y en su vertiente comprensiva y expresiva.
- En aquellas personas cuyo lenguaje expresivo está altamente comprometido, facilitación de la comunicación alternativa mediante estrategias no verbales, signos, símbolos y/ o medios tecnológicos.

### 6.2.7 OCIO INCLUSIVO

En esta área se hará especial hincapié en ofertar oportunidades para el disfrute de un ocio significativo y en favorecer la inclusión social. Se realizarán actividades que promuevan la participación de y en la comunidad, tanto a nivel individual como grupal. Su programación se basará en las preferencias y deseos de las personas usuarias, para lo cual se habilitarán sistemas para la recogida de esta información.

Se desarrollarán aquellas actividades de carácter lúdico, cultural, físico, social, de destreza manual y celebración de eventos y fechas especiales, que sean significativas y valoradas por las personas usuarias de los servicios.

Serán los responsables de la planificación y coordinación de estas actividades Trabajo social y Terapia Ocupacional.

La programación grupal se colocará en un lugar accesible y será accesible a nivel cognitivo. Será conocida por el equipo profesional del centro, que colaborará en su realización.

Se fomentará la participación activa de las familias y personas allegadas en las actividades de ocio que se realicen tanto dentro como fuera del centro.



Se favorecerá la participación de las organizaciones de voluntariado en las actividades de ocio que se organicen.

Incluirá:

- Oferta de actividades físicas, lúdicas, creativas, musicales, dinámicas de grupo, participación en fiestas, salidas y espectáculos, en colaboración con el programa de voluntariado.
- Organización de actividades para todos los fines de semana dentro y fuera del centro.
- Programación de actividades para los días festivos y periodos vacacionales, dentro y fuera del centro.
- Salidas a recursos para el ocio y actividades. Se optará siempre que sea posible por el uso de recursos de la comunidad. Oferta de un mínimo de 3 salidas semanales y realización de cómo mínimo 1 salida mensual con desplazamiento para todas las personas usuarias.
- Desplazamientos para acontecimientos puntuales (fiestas y eventos y actividades lúdico-deportivas dentro de la Comunidad Foral). Oferta de un mínimo de 1 salida trimestral y realización de cómo mínimo 2 salidas anuales para todas las personas usuarias.
- Oferta de estancia de ocio-vacaciones a la que puedan acudir, si lo desean, todas las personas usuarias, con un mínimo de 1 salida anual de un mínimo de 5 pernотaciones.

### Protocolos y registros mínimos

1. Registro de salidas y actividades en el que se detalle participantes y valoración por parte de las personas usuarias.
2. Registro de desplazamientos dentro y fuera de la comunidad.

### 6.2.8 ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL (CAIDIS, CENTRO DE DÍA)

Debe estar dirigida tanto a las personas usuarias como a su entorno inmediato. Hará especial hincapié en potenciar las relaciones familiares y la inclusión social. Se propiciarán las salidas al domicilio, informando a la familia, en coordinación o con la colaboración de otros profesionales, del Plan de Atención Individual Centrado en la persona.

La atención debe recoger la intensidad mínima recogida en la cartera de servicios. En todo caso incluirá:

- Pre-acogida, acogida y acompañamiento en la estancia en el centro. Junto con el o la profesional de referencia, por su trabajo con las familias tiene un papel importante en la elaboración de la historia de vida.



- Seguimiento del proceso de adaptación, propiciando la inclusión de la persona en las dinámicas del centro.
- Participación en el diseño del Plan de Atención, junto con la persona/familia y el resto del equipo profesional.
- Información sobre recursos existentes. Gestión de expedientes y trámites relacionados con la valoración y revisión de la situación de dependencia. Será responsable de las cuestiones relacionadas con las prestaciones de carácter público. Asesoramiento en los procesos de modificación de la capacidad.
- Inclusión en la comunidad. El conocimiento de los servicios y recursos del área en que se encuentra el centro para facilitar que las personas sigan utilizándolos tras el ingreso, o accedan a los mismos si es su deseo.
- Planificación del alta y apoyo a la persona usuaria y familia en el proceso. Acompañamiento a las familias en procesos finales de la vida y duelo tras el fallecimiento de la persona.
- Mediación en conflictos entre residentes y con las familias/personas allegadas.
- Atención Comunitaria. Coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario, con objeto de establecer cauces de comunicación, optimizar recursos, establecer las oportunas derivaciones y realizar las actuaciones necesarias para lograr una integración, participación e interrelación entre las personas residentes y el entorno donde se ubica el centro.
- Coordinación y fomento del voluntariado, favoreciendo también la participación de las personas usuarias en actividades y organizaciones de voluntariado.
- Intervención con las familias al ingreso de la persona residente y en el diseño del plan de atención. Apoyo y motivación a la familia, intervención familiar y organización de actividades que faciliten las relaciones de la persona con su familia para potenciar o mantener su vínculo.
- Motivación de las familias, fomentando su participación, si se desea, en los cuidados personales, en el Proyecto de vida de su familiar y en las actividades diarias que se llevan a cabo en el centro o servicio.
- En todo caso, si la persona lo desea, se fomentará la relación con sus familiares, personas allegadas y amistades, facilitando las visitas y estableciendo actividades que promuevan las relaciones.
- En el caso de personas que carecen de soporte familiar, organización del apoyo para el acompañamiento a gestiones o actividades fuera del servicio a través del voluntariado o personal externo remunerado.
- Fomento y apoyo a la creación de asociaciones de familiares y su participación en el desarrollo del centro.



## Áreas de atención, Protocolos y Registros asociados.

- Protocolo de coordinación con recursos socio-sanitarios.
- Programa de relaciones con la familia y personas allegadas.
- Programa de voluntariado.
- Protocolo de evaluación y medición del grado de satisfacción de usuarios familiares y personal.
- Protocolo de sugerencias, quejas, agradecimientos, acciones de mejora, etc...

## 6.3. GESTIÓN DEL PERSONAL

### 6.3.1 Formación del Personal

- Plan de formación inicial al trabajador en la tipología de personas usuarias y en la dinámica del servicio, que deberá tener un mínimo de 8 horas de duración.
- Incentivación y mantenimiento de la formación del personal mediante programas de formación continuada, que contribuyan a mejorar la intervención profesional y la calidad de vida de las personas usuarias, por medio de un plan de formación anual por categorías y un análisis de necesidades.

El plan de formación deberá incluir:

1. Planificación centrada en la persona: Proyecto de vida. El profesional de referencia.
2. Cómo favorecer la participación y toma de decisiones en personas con discapacidad.
3. Apoyo conductual positivo.
4. Enfermedad mental en personas con discapacidad física.
5. La comunicación: habilidades para una comunicación efectiva con las personas usuarias de los servicios.
6. Prevención y actuación ante conductas suicidas.
7. Ética del cuidado, habilidades deliberativas sobre casos complejos y apoyo a preferencias y decisiones que implican riesgos.
8. Prevención de riesgos: caídas, iatrogénica, infección, atragantamiento, fugas.
9. Patologías crónicas: control y seguimiento.



- Implantación de equipos de mejora para el intercambio de experiencias, la promoción de mejoras en el servicio y la prevención del burn-out (“síndrome de agotamiento”) de las figuras profesionales en los que poder intentar evitar la fatiga y la posible sobrecarga afectiva del personal mediante el fomento del trabajo en equipo. Actas de las reuniones con integrantes y medidas adoptadas.
- Establecimiento de medidas que favorezcan la estabilidad de la plantilla.

### Protocolos

- Protocolo de Formación laboral: Programación anual y cursos básicos y opcionales.
- Protocolo de acogida y formación inicial al trabajador en la tipología de las personas usuarias y en la dinámica del centro.
- Protocolo de prevención de riesgos laborales (medidas preventivas de manipulación de productos, etc.)

### Registros mínimos:

Registros mínimos asociados: análisis de necesidades. Plan de formación anual realizado en base al análisis de necesidades y la formación preferente establecida por la ANADP.

### Indicadores

- Nº de equipos de mejora para la prevención del burn-out implantados.
- % de cumplimiento del plan de formación.
- Nº horas de formación por empleado.
- Nº de medidas establecidas para favorecer la estabilidad de la plantilla.

### 6.3.2 Coordinación

Incluirá:

- Estructura organizativa. Horario tipo, días laborales y festivos.
- Planificación y asignación de tareas por turnos en todas las áreas, generales y específicas.
- Registro general diario y por turno de las incidencias que se hayan detectado en las áreas de recepción, personal cuidador y enfermería, firmado por el personal del turno, con causas, actuación y seguimiento. Supervisiones periódicas realizadas.
- Descripción de reuniones o grupos de trabajo con tareas específicas. Establecimiento de un cronograma realista de reuniones, que garantice, al menos, una reunión semanal del equipo. Metodología a utilizar.



- Descripción y establecimiento de un sistema de coordinación y colaboración entre el personal de atención (equipo técnico interdisciplinar, personal de atención directa, personal de referencia).

Se establece una figura de coordinación para el centro residencial. No implica que sea un solo profesional, sino que el centro podrá organizarlo en función de sus características y las necesidades de las personas usuarias. Entre sus funciones destacan:

- La coordinación del personal de atención directa.
- Planificación del trabajo para asegurar que las actividades y los planes de atención sitúan a la persona con discapacidad en el centro.
- Apoyo a los profesionales de referencia.
- Coordinación de equipos de mejora.
- Detección de necesidades formativas del personal.

### Registros mínimos

1. Calendario de todos los perfiles profesionales.
2. Reuniones y actas. Relación de integrantes de los equipos de mejora.

## 7. GESTIÓN EN RELACIÓN A LA PERSONA USUARIA

### 7.1 PLAN DE ACOGIDA

El objetivo principal es la información, acogida y adaptación del entorno a las características personales, sociales y familiares de la futura persona usuaria, así como facilitar su inclusión en las dinámicas y la convivencia habitual del centro o servicio.

Por lo general, comprende el primer mes a partir de la fecha de entrada en el centro o servicio. La información que se proporcione, tanto verbal como por escrito, debe estar adaptada y ser comprensible y entendible para la persona usuaria y/o su familia.

Se desarrollará por medio de los siguientes programas y/o protocolos:

- Protocolo de pre ingreso:
  - Entrevista previa con la futura persona usuaria y/o su familia.
  - Información sobre la documentación y requisitos necesarios de forma previa y en el ingreso.
  - Información sobre tarifas, normas de funcionamiento y servicios: entrega del Reglamento de Régimen Interno del centro que deberá adecuarse a la normativa de la ANADP. Folleto informativo del centro (en el que se especifiquen los servicios y propuestas de atención recogidas en el proyecto técnico presentado para la adjudicación del contrato). Se dispondrá de una versión lectura fácil.



- Información sobre los cauces de participación del usuario y familia; Consejos de Participación, reuniones, procedimiento de quejas, sugerencias, agradecimientos y reclamaciones.
- Información sobre Asociaciones de familiares vinculadas al servicio existentes, así como entrega de la autorización para la cesión de datos personales.
- Descripción y visita de las instalaciones.
- Protocolo de ingreso:
  - Facilitación del primer contacto: Personas o cargos responsables del ingreso.
  - Mecanismo de comunicación del ingreso.
  - Preparación/aceptación de la persona usuaria al ingreso.
  - Tratamiento de los bienes de la persona usuaria.
  - Información complementaria sobre la persona usuaria: voluntades anticipadas.

## 7.2 PERSONAL DE REFERENCIA

Supone el o la principal referente para un grupo pequeño de personas usuarias y sus respectivas familias.

Esta labor será desempeñada habitualmente por personal de atención directa, que combinará sus labores de prestación de cuidados personales a las personas usuarias del servicio, con funciones dirigidas al desarrollo del Plan de Atención Individual centrado en la persona de aquellas personas que tenga asignadas.

Para ello será preciso que conozca la historia de vida y las fortalezas, intereses y necesidades de la persona con objeto de crear oportunidades para que la vida de las personas continúe teniendo sentido y significado. La vida cotidiana de las personas que viven en centros residenciales puede convertirse en una sucesión de rutinas que hacen iguales los días y las semanas. Los y las profesionales de referencia constituyen un factor clave para evitarlo. Su conocimiento y conexión con la persona residente y su familia resultan centrales para que las personas continúen decidiendo, eligiendo y viviendo, en definitiva, la vida que desean.

Para el pleno desarrollo de este rol de profesional de referencia en los servicios puede ser necesario que la entidad o empresa adjudicataria lleve a cabo acciones que lo faciliten: desarrollo de actividades formativas, sistemas de reuniones, medidas que favorezcan la estabilidad de la plantilla, etc.



### 7.2.1 Funciones del personal de referencia en relación a la persona usuaria:

a) Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para ella una figura de referencia en el centro, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas.

b) Intervenir activamente en el Plan individual centrado en la persona usuaria, en las reuniones para su diseño, seguimiento e implantación del mismo, sirviendo de cauce de comunicación de la persona usuaria con el equipo interdisciplinar.

c) Facilitar la coordinación diaria de todas las actuaciones relativas a la persona, la ejecución y el desarrollo de las actividades en las que participe, adecuándolas a los objetivos previstos en su plan individual centrado en la persona y orientándolas en beneficio de su desarrollo personal y social.

d) Apoyar el desarrollo del proyecto de vida y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho plan de atención.

e) Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso.

f) Asegurar el registro puntual y completo de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona usuaria y su evolución. Recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento, compartiendo con el resto del personal la información disponible.

El objetivo es que esta figura actúe como referente, con la intervención de otros profesionales del equipo técnico, que mantendrán sus competencias profesionales también como consultores y formadores de los profesionales de atención directa.

### 7.2.2 Designación del profesional de referencia.

Se atenderá en la medida de lo posible su adecuación a las necesidades o condiciones específicas que pueda presentar la persona usuaria.

Para su designación se consultará tanto con la persona residente para saber cuáles son los profesionales con quienes siente mayor afinidad o a quienes prefiere dirigirse cuando tiene un problema, como con los profesionales para conocer con qué residentes tiene un trato más cercano o con los que les resulta más agradable trabajar.

Se realizará una asignación inicial de esta figura al ingreso que podrá modificarse en función de las preferencias y establecimiento de relaciones posteriores. Se buscará la máxima coincidencia posible en cuanto a preferencias de residentes y profesionales, considerando que cada profesional tendrá asignadas un máximo de seis personas



usuarias en los centros residenciales y de doce en el caso de los servicios de atención diurna.

Se informará a la familia de la asignación realizada, así como de los cauces y vías establecidos para la comunicación.

La asignación permanente del personal cuidador es necesaria para favorecer una atención personalizada. La permanencia durante un largo periodo de tiempo atendiendo a las mismas personas mejora el conocimiento de las mismas, la atención a sus necesidades, la visión de sus capacidades, generando un mayor compromiso, autonomía y satisfacción de las y los profesionales. La menor rotación del personal de atención directa facilita también el trabajo en equipo, la comunicación con las familias y el consenso en cuanto a criterios de intervención.

### **7.3 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL CENTRADO EN LA PERSONA.**

Tanto el servicio residencial como de centro de día atenderán de manera integral las distintas necesidades de la persona. Esta atención integral se abordará mediante el Plan de Atención Individual Centrado en la persona.

#### **7.3.1. El Plan de Atención Individual Centrado en la persona.**

Se estructurará en tres fases:

1. De conocimiento de la persona (de sus intereses, deseos y objetivos vitales) y valoración desde un modelo global de salud y bienestar (necesidades de apoyos, contextos etc).

2. De consensuar con la persona, y en su caso la familia o quien ejerza la tutoría, un Plan de apoyos y actuaciones donde la persona identifique sus intereses y objetivos para lograr una vida significativa y satisfactoria estableciendo los apoyos necesarios para ello.

3. De revisar con la persona, y en su caso, la familia o quien ejerza la tutoría, el logro de sus objetivos con los apoyos establecidos para ello, para, en su caso, actualizar el plan. Deberá incluir una valoración, definición de objetivos generales y concretos, elaboración de planes de acción, asignación de personal de referencia y evaluación de resultados.

#### **Condiciones mínimas:**

- Elaboración del Plan de atención individual centrado en la persona en los dos primeros meses del inicio de la prestación del servicio. El plan se elaborará junto con la persona usuaria, persona que ejerza su tutoría o familiares y /o personas de referencia o apoyo. Implantación y seguimiento de las medidas, recursos y acciones establecidas. Se actualizará y documentará al menos una vez al año o cuando se detecten cambios significativos.

- Establecimiento de un profesional de referencia para cada persona usuaria, que conocerá los detalles del Plan de Atención Individual Centrado en la persona, sus



circunstancias personales y su percepción subjetiva. Participará de modo activo en las decisiones del Plan de Atención Individual Centrado en la persona y las revisiones del mismo.

- Participación y colaboración de las figuras profesionales que atiendan a las personas usuarias en el desarrollo de los programas individuales, establecidos por el personal técnico correspondiente.
- El Plan de Atención individual centrado en la persona se entregará a la persona usuaria en un formato que le resulte accesible, favoreciendo así que pueda ejercer su liderazgo, y por escrito a su familiar de referencia o persona de apoyo.
- Evaluación. Elaboración de informes. Se actualizará y documentará al menos una vez al año o cuando se detecten cambios significativos por los profesionales.



## CONTENIDOS MÍNIMOS DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL CENTRADO EN LA PERSONA.

<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>
Fecha de ingreso
Fecha del Plan de Atención Individual Centrado en la persona (realizado antes de dos meses)
Fecha de revisión del Plan de Atención Individual Centrado en la persona (anualmente y/o cuando haya cambios significativos)
Datos personales básicos
Familiares de referencia y/o tutor legal
Grado de dependencia
Valoración de discapacidad y tipo (si procede)
Cobertura sanitaria
Profesionales que intervienen en el Plan de Atención Individual Centrado en la persona. Se detallará la intervención de cada profesional.
Profesional de referencia
<b>CONOCIMIENTO DE LA PERSONA</b>
Intereses, valores
Círculo de relaciones (personas más significativas para la persona usuaria)
Preferencias y deseos de la persona.
Proyecto de vida
<b>VALORACIÓN INTEGRAL</b>
Resultado de la valoración integral: funcional, cognitiva, emocional, del estado de salud y socio familiar de la persona, educativa (cuando proceda), percepción de calidad de vida, y sus vivencias en cuanto a la sexualidad cuando las hayan querido transmitir.
Identificación de las necesidades principales de la persona en cada dimensión valorada.
Identificación de las capacidades de la persona en cada dimensión.
Determinación de las necesidades de apoyo que requiere
<b>PROPUESTA Y PUESTA EN PRÁCTICA DEL PLAN</b>
Elaboración de una propuesta de plan personalizado de intervención definiendo objetivos generales y concretos, priorizando acciones y actividades a realizar junto con la persona.
Presentación del Plan de Atención Individual Centrado en la persona consensuado con la persona y/o familia. Versión accesible.
Elaboración y puesta en marcha de acciones según las áreas de intervención: describiendo actividades, recursos y metodología a utilizar, así como personal responsable de la intervención.
Seguimiento establecido: Revisión del Plan de Atención Individual Centrado en la persona, al menos una vez al año y/o cuando se produzcan cambios significativos en la persona usuaria.
Registrar la evaluación de los resultados.
Introducción de modificaciones al Plan de Atención Individual Centrado en la persona, en función de la evaluación

## 7.4 PLAN PARA LA DESPEDIDA DE LA PERSONA USUARIA



#### 7.4.1 Traslado a otro servicio o baja voluntaria.

- Protocolo de traslado o baja voluntaria. Informe de derivación: Plan de Atención Individual Centrado en la persona y toda la información necesaria para garantizar la continuidad de cuidados. Registros.
- Trámites administrativos: baja del servicio, documentación, comunicaciones, traslado de pertenencias. Registros.

#### 7.4.2 Cuidados paliativos

- Cuando sea posible, acompañamiento en los últimos momentos de la vida y atención a las necesidades espirituales.
- Cuidados y control sintomatología en la fase final de la vida en coordinación con la red sanitaria.
- Atención al duelo en la familia, en el grupo de personas usuarias y en el grupo de profesionales.
- Protocolo de fallecimiento. Aviso a allegados. Trámites administrativos: asesoramiento, documentación, comunicaciones. Entrega de pertenencias.

## 8. SERVICIOS EXIGIBLES A LA ENTIDADES GESTORAS POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS NO INCLUIDOS EN EL PRECIO MÓDULO DEL CONTRATO

Se refiere básicamente a lo que se podría considerar servicios que aportan un entorno de mayor calidad. Se consideran de obligada prestación, aunque su financiación se realizará de forma directa por las personas usuarias al margen de la tarifa de concertación abonada por el servicio, aplicando el régimen de tarifas que el centro establezca previa comunicación y autorización de la ANADP.

- Organización del acompañamiento a centros hospitalarios y/o consultas programadas o no urgentes, con especial atención a los casos que carecen de familia o personas de referencia.
- La reparación de elementos materiales propiedad del usuario.
- Teléfono u otros dispositivos cuyo coste de consumo no esté incluido en el acceso a la red telemática de que disponga el centro.
- Cafetería/Máquina expendedora de bebidas, si procede.
- Transporte para traslado al domicilio familiar los fines de semana o vacaciones.
- Estancias excepcionales, y previamente justificadas y aprobadas por la ANADP, de las personas usuarias de centro de día en horario ajeno a este recurso. (Antes de las 8'30 y después de las 18'00).
- Estancias de ocio-vacaciones con pernoctación fuera del centro. Para la fijación del coste que deberá abonar cada participante, se tendrá en cuenta la



cantidad de libre disponible fijada en la normativa de aplicación del copago de aquellas personas usuarias sin otros recursos económicos.



## 9. PLANTILLA EXIGIDA DE PERSONAL

Las categorías profesionales cumplirán la normativa vigente, exigiéndose la titulación correspondiente y siguiendo criterios de adecuación profesional.

### LOTE 7. CAIDIS INFANTA ELENA

	TURNO	PRESENCIA	HORAS ANUALES	PERSONAL EQUIVALENTE
Dirección de Centro	M	L-V		1,00
Coordinación				1,00
Administración	AD	L-V		1,00
Recepción/Administración	M/T	TD	3.466	
Mantenimiento/Transporte	M/T	TD		2,75
Jefe de servicios generales	AD	L-V		1,00
Médico	AD	L-V		1,00
Psicología	AD	L-V		1,00
Enfermería <sup>(2)</sup>	M/T	TD	11.200	
Fisioterapeuta	AD	L-V		2,00
Terapeuta Ocupacional	AD	L-V		1,00
Logopedia	AD	L-V		0,65
Trabajo Social	AD	L-V		1,00
Limpieza <sup>(1)</sup>	M/T	TD	25.605	
Lavandería <sup>(1)</sup>	M/T	TD	3.850	
Cocina	M/T	TD	6.300	
Ocio y Tiempo libre	M/T	TD	5.951	
Personal cuidador	TT	TD	90.778	

**TURNO:** M= Mañana; M/T= Mañana y tarde; AD= Horario atención diurna; TT= Todos los turnos

**PRESENCIA:** L-V= De lunes a viernes (248 días). FS y FEST= Fines de semana y festivos (117 días).

TD= Todos los días de la semana. (365 días).

<sup>(1)</sup> La entidad podrá considerar como exigencia la suma de las horas contempladas en lavandería y limpieza para la distribución de ambas tareas, en función de la organización interna y las características del centro.

<sup>(2)</sup> Las 11.200 horas de atención de enfermería se dedicarán a la atención directa.



## LOTE 8. CENTRO DE DÍA

	TURNO	PRESENCIA	HORAS ANUALES	PERSONAL EQUIVALENTE
Dirección				0,20
Administración	AD	L-V		0,20
Mantenimiento/Transporte	AD	L-V		0,50
Psicología	AD	L-V		0,40
Fisioterapeuta	AD	L-V		0,50
Terapeuta Ocupacional	AD	L-V		0,50
Enfermería	AD	L-V		0,20
Logopedia	AD	L-V		0,20
Trabajo Social	AD	L-V		0,20
Personal cuidador	AD	L-V	6.248	
Limpieza	M/T	L-V	1.240	

**TURNO:** M= Mañana; M/T= Mañana y tarde; AD= Horario atención diurna; T

**PRESENCIA:** L-V= De lunes a viernes (248 días). FS y FEST= Fines de semana y festivos (117 días).

TD= Todos los días de la semana. (365 días).

## LOTE 9. 10 PLAZAS RESIDENCIALES

	TURNO	PRESENCIA	HORAS ANUALES	PERSONAL EQUIVALENTE
Dirección			233,86	
Administración	AD	L-V	233,86	
Coordinador	AD	L-V	233,86	
Auxiliar admin/recepción	M/T	TD	495,14	
Psicología	AD	L-V		0,15
Fisioterapeuta	AD	L-V		0,40
Terapeuta Ocupacional	AD	L-V		0,40
Enfermería	AD	TD		0,50
Logopedia	AD	L-V		0,15
Trabajo Social	AD	L-V		0,15
Monitor de ocio	AD			0,25
Personal cuidador	AD	L-V	12.968,3	
Limpieza/Cocina/Lavandería	M/T	TD	5.107,86	

TURNO: M= Mañana; M/T= Mañana y tarde; AD= Horario atención diurna; T

PRESENCIA: L-V= De lunes a viernes (248 días). FS y FEST= Fines de semana y festivos (117 días). TD= Todos los días de la semana. (365 días).



## Sustituciones:

- Para los perfiles expresados en horas/año, al inicio del contrato la Dirección del centro comunicará a la Sección de Inspección del Departamento de Derechos Sociales el calendario anual con el establecimiento del sistema de rotación en cada turno o en franja horaria concreta. Una vez comprobado el cumplimiento de las horas anuales establecidas en la plantilla exigida, las sustituciones serán obligatorias desde el primer día para garantizar las presencias en la rotación comunicada.
- El incumplimiento no justificado de las presencias en la rotación comunicada (desocupación, circunstancias excepcionales como servicios mínimos en huelga, etc.) podrá ser motivo de aplicación de penalidades de acuerdo a lo establecido en las cláusulas administrativas del contrato.
- El personal establecido en “personal equivalente” será de obligada sustitución desde el primer día, cuando se prevea una baja, licencia o permiso superior a 15 naturales o bien a partir del 16º día si la duración de la ausencia no hubiera sido previsible.
- Las reducciones de jornada por cualquier causa serán de obligada sustitución. No obstante, lo anterior, de no ser posible la sustitución debido al porcentaje de jornada reducido o al horario establecido, previa autorización de la ANADP, se podrán acumular las horas reducidas para la sustitución en ese mismo perfil en jornadas completas o parciales. De no contar con la autorización de la ANADP, la no sustitución se considerará un incumplimiento de la plantilla establecida y será objeto de penalidades de acuerdo a lo establecido en las cláusulas administrativas.
- Los incumplimientos en la plantilla exigida, además de ser objeto de penalidades de acuerdo a lo establecido en las cláusulas administrativas, supondrá el reintegro o regularización de la cuantía correspondiente al salario no sustituido.

## Consideraciones generales

La entidad adjudicataria enviará a la ANADP la relación completa del personal destinado al funcionamiento y atención a prestar en los recursos objeto del presente Contrato, con indicación de la jornada laboral, cualificación y funciones, y le dará a conocer, con antelación suficiente las sustituciones, suplencias, bajas o nuevas contrataciones de personal que se produzcan.

Así mismo, presentará al inicio de la prestación del contrato el calendario de turnos, en el que se especifique el número de personas trabajadoras según perfil profesional, por unidades y turnos. Además, en el caso del Centro residencial se detallará la organización determinada por el centro para la figura de coordinación, incluyendo persona o personas responsables, titulación y distribución de horas en su caso. Esta información se expondrá en la Comisión de seguimiento del contrato.

Las horas de atención directa se expresan en horas permitiendo a los centros distribuir la atención en función de las necesidades de las personas usuarias. No obstante, en ningún caso podrá establecerse una presencia inferior a un cuidador por cada 5



personas usuarias en atención en horarios de mañana y tarde tanto entre semana como en fin de semana y una persona para 18 personas usuarias en horario nocturno.

El órgano de contratación, a la vista de las necesidades producidas y del informe presentado, podrá autorizar o denegar dicha variación. La facultad de autorización o denegación a que se refiere el presente apartado podrá atribuirse, por el órgano de contratación, a la unidad gestora del contrato.

La entidad contratista deberá garantizar la atención a las personas usuarias y familiares en distintos horarios, a lo largo de la semana y según la organización de la adjudicataria, a través del personal técnico competente, quedando el horario de aquél supeditado a las necesidades del servicio contratado. Los cambios que se produzcan en el horario del personal y que puedan repercutir en la prestación del servicio y/o en el estricto cumplimiento de los pliegos deberán ser previamente comunicados y autorizados por la ANADP.

En ausencia de un determinado perfil, sus funciones deberán ser asumidas por el resto del equipo multidisciplinar, en la medida que sea posible en virtud de la normativa de aplicación.

De igual forma, podrán concurrir en una sola persona varios perfiles profesionales diferentes en la medida en que sea posible en virtud de la normativa de aplicación.

Las categorías profesionales cumplirán la normativa vigente, exigiéndose la titulación correspondiente y siguiendo criterios de adecuación profesional. Para las categorías profesionales que no se correspondan con titulaciones oficiales se fijarán los perfiles profesionales más acordes con las funciones que deban realizar y que estén basados en la cualificación o la experiencia de acuerdo al tipo de actividad y usuarios del centro.

Las funciones a realizar por los distintos perfiles profesionales serán aquellas reflejadas en la legislación vigente y, en su defecto, por las direcciones de los servicios, de acuerdo a su capacidad profesional.

La dirección, supervisión y seguimiento estará a cargo de los responsables de la entidad disponiendo de los servicios profesionales; propios, concertados o públicos, con los perfiles e intensidades recogidas en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. En aquellos casos en los que los servicios sean prestados desde el ámbito público, las condiciones y la intensidad del servicio serán determinadas por el Departamento responsable de los mismos.

## 10. MEDIOS MATERIALES EXIGIDOS

La entidad gestora deberá garantizar que los servicios de residencia y centro de día, proporcionen un ambiente cálido y acogedor, con diversos ambientes o espacios que propicien estar en grupo, recibir visitas, estar solo, etc.

El mantenimiento de los centros y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora del mismo y deben asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad gestora la reparación o sustitución de los desperfectos o deficiencias detectadas en el equipamiento que deberán ser subsanadas en el menor



plazo posible. El incumplimiento de dicho requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

### **Especificaciones en cuanto a infraestructuras del Servicio de Centro de día y plazas residenciales (Lotes 8 y 9)**

La empresa o entidad gestora deberá garantizar que el centro objeto del contrato se sitúe en un entorno comunitario normalizado y accesible, ofrezca la infraestructura y equipamientos necesarios para la prestación de un servicio global a las personas a las que va dirigida en un entorno acogedor, con diversos ambientes y espacios que posibiliten estar en grupo o sola.

Deberá cumplir la normativa legal técnica, sanitaria y de seguridad vigente, así como los requisitos establecidos reglamentariamente en materia de accesibilidad.

#### Local

El local donde se va a desarrollar el servicio deberá ser aportado por la adjudicataria del presente contrato. Serán exigencias mínimas:

#### **Requisitos mínimos del centro de día (Lote 8)**

- Superficie mínima de 350 m<sup>2</sup>
- Espacios destinados a: Cocina u office, mínimo dos salas polivalentes para actividades, comedor y Despachos. Sala terapia física o gimnasio.
- Ventilación e iluminación natural en todas las salas.
- Iluminación y señalización de emergencia (mostrando recorridos y salidas de evacuación). Accesibilidad cognitiva.
- Calefacción.
- Comunicación telefónica y acceso a Internet (red inalámbrica).
- Localización del servicio en un entorno que permita el acceso a recursos comunitarios y actividades de ocio y tiempo libre (centro de salud, instalaciones deportivas municipales, centro cívico, etc.) para favorecer el desarrollo personal, la inclusión social y la participación en la comunidad.
- Acceso a transporte público.

#### **Equipamiento mínimo del centro de día**



- 2 Despachos polivalentes: mesa, sillas, ordenador, armarios con llave para protección de información sensible.
- Cocina u office: Electrodomésticos y menaje básicos.
- Comedor: Mesas y sillas.
- Salas de actividades polivalentes con sillas, ordenadores (mínimo 3), reproductor de música, televisión y sofás/sillones.
- Una de las salas dispondrá de una cama abatible, que pueda estar disponible en el caso de que una persona usuaria la precise.
- Baños con equipamiento completo.
- El mobiliario deberá ser aquel que permita crear un ambiente acogedor y hogareño (cuadros, espejos, plantas, elementos decorativos, color o papel pintado en paredes, etc.).
- Espacios accesibles y seguros (antideslizantes, anchos, bien iluminados).
- Propiciar ambientes o espacios que propicien estar en grupo o tener conversaciones tranquilas, estar en soledad, etc.

Para la oferta de las 10 plazas de atención residencial para personas con discapacidad física del lote 9 se deberá cumplir con lo dispuesto en el Decreto Foral 92/2020, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorias de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones.

El mantenimiento del centro y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora de la misma y deben asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad la colocación de elementos señalados anteriormente o la reparación o sustitución de las deficiencias detectadas en el equipamiento. Éstas deberán ser subsanadas en el plazo de 15 días. El incumplimiento de dicho requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

## 11. INGRESOS DE PERSONAS USUARIAS

Corresponde a la ANADP determinar las personas que han de ocupar las plazas objeto de la gestión de los servicios para la atención de personas con discapacidad



física, comprometiéndose expresamente la entidad adjudicataria a aceptar a las personas usuarias designadas por la ANADP para ocupar las plazas objeto del contrato.

El ingreso de la persona usuaria propuesta, con envío del expediente al centro, se realizará en un plazo no superior a 10 días desde la designación y comunicación al servicio, salvo causas que justifiquen la demora.

La tarifa a aportar por la persona usuaria de cada servicio será la señalada por la legislación vigente.

Los requisitos necesarios previos a la incorporación a los servicios serán los reflejados en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, así como los que la ANADP estime oportunos.

La adquisición de la condición de persona usuaria de las plazas, así como la pérdida de la misma, se efectuará mediante resolución de la persona que ostente la gerencia de la ANADP. En el caso de ocupar transitoriamente una plaza, en la resolución de ingreso, la ANADP fijará la fecha de inicio y de finalización de dicho ingreso temporal.

## 11.1. PERIODO DE ADAPTACIÓN

Se considera período de adaptación el tiempo que precise el recurso para adaptarse a la persona usuaria. Como normal general, se establece un mes de duración, pero siempre teniendo en cuenta que este periodo debe ser flexible y adaptado a las necesidades de cada persona.

Durante dicho periodo, la ocupación de dicha plaza se realizará de acuerdo al plan de acogida establecido, pudiendo realizarse una ocupación parcial a lo largo de dicho periodo, si ello fuera necesario, para facilitar una adaptación satisfactoria.

Si durante dicho periodo se apreciaren circunstancias que impidan la atención de la persona usuaria en el centro, éste deberá ponerlo en conocimiento de la ANADP mediante informe justificativo, siendo vinculante la resolución que al respecto adopte la citada Agencia.

Transcurrido el período de adaptación, la persona usuaria consolidará su derecho a la ocupación de la plaza y estará obligada a su ocupación completa en tanto esté vigente el contrato y permanezcan los requisitos que se acreditaron para su admisión.

## 11.2 ALTAS, BAJAS, INCIDENCIAS

La entidad gestora del servicio notificará por escrito a la ANADP las incidencias que se produzcan respecto de la incorporación de las personas usuarias al recurso asignado, así como las incidencias de las mismas.

Las bajas deberán ser comunicadas en el plazo máximo de un día laborable (lunes a viernes, de 8 a 15 horas), desde el hecho causante.

### Ausencias:



Se considerará ausencia la no asistencia al servicio en atención diurna o la no pernoctación en el centro de las personas usuarias de la atención residencial.

Del mismo modo se considerará ausencia la **ocupación parcial no autorizada** de la plaza en un servicio, entendida ésta como la no asistencia en jornada completa de atención diurna o la utilización solamente para pernoctar, en el caso las personas usuarias de la atención residencial.

En todos los servicios objeto de este contrato, se consideran ausencias que requieren notificación dentro de los 3 días siguientes a que se produzcan las siguientes:

- Ausencia inferior a 10 días consecutivos:

Se notificará a la ANADP indicando la duración prevista en cuanto se tenga constancia de dicha previsión de ausencia. No requerirá informe motivado y dará derecho a la reserva de plaza.

- Ausencia superior a 10 días e inferior a 60 días consecutivos:

Con causa justificada (ingreso en centro sanitario, permanencia en el domicilio familiar, vacaciones o cualquier otra causa autorizada por la ANADP). Requerirá informe motivado del servicio y previsión de la fecha de incorporación, si ha lugar.

Las ausencias superiores a los 15 días consecutivos por causas no justificadas darán lugar a la baja definitiva del servicio.

- La ausencia superior o igual a 60 días naturales a lo largo del año natural, consecutivos o alternos, dará lugar a la baja definitiva del servicio. No obstante, la ANADP podrá autorizar una ausencia superior, previo informe motivado del centro. Dicha autorización podrá estar supeditada a la ocupación temporal de la plaza por otra persona usuaria.

Cuando las personas usuarias de atención residencial precisen ser sometidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos especiales serán trasladadas a los centros sanitarios pertenecientes a la Red de Asistencia Hospitalaria correspondiente, con cargo al régimen de cobertura sanitaria de cada persona afectada.

Las ausencias por aplicación de un expediente disciplinario, se considerarán incidencia y, por tanto, se deberá notificar cualquier tipo de sanción que, en aplicación del Reglamento de Régimen Interno del servicio, suponga la suspensión temporal o expulsión definitiva del servicio que en todo caso debe realizarse mediante resolución de la ANADP.

Mensualmente los centros enviarán la ocupación de cada servicio a la ANADP.

### 11.3 INGRESOS TEMPORALES EN LOS CENTROS

En todos los casos de ausencia de las plazas de atención residencial o de plazas de atención diurna, tras la valoración pertinente, la ANADP podrá ocupar la plaza vacante durante el tiempo que permanezca desocupada.



Si la ANADP ocupase cualquier plaza transitoriamente, se eximirá a la persona titular del pago de la tarifa durante el período que permanezca ocupada dicha plaza por otra persona. En este caso, será a la persona usuaria temporal a quien se le aplique la tarifa correspondiente.

El abono de la aportación temporal residencial se realiza por pernoctación y en ingreso temporal en atención diurna se abona por estancia diaria.

## 11.4 PLAZAS PARA NECESIDADES URGENTES EN TODOS LOS CENTROS.

Si la ANADP precisara la habilitación de una plaza extra en la modalidad de residencia y/o en la modalidad de centro de día por encima de las plazas concertadas, de forma transitoria para dar respuesta a una situación de urgencia, podrá exigirlos y proceder a los ingresos de las personas usuarias que lo precisen. Las plazas extra de centro de día y residencia podrán ser ocupadas de manera simultánea. Cualquiera de las dos modalidades de la ocupación de la plaza de urgencia no supondrá variación en la ratio de personal establecido.

CENTRO	ATENCIÓN DIURNA	ATENCIÓN RESIDENCIAL
INFANTA ELENA		1
CENTRO DE DÍA	1	
RESIDENCIA 10 PLAZAS		1

## 12. EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cada persona deberá contar con un expediente individual informatizado que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación. La adjudicataria quedará obligada a preparar y organizar adecuadamente estos expedientes que estarán guardados en un lugar seguro respetando en todo momento la confidencialidad de la información.

Así mismo, la adjudicataria y el personal encargado de ejecutar los programas y actividades guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del presente contrato, y específicamente no podrá dar información sobre las personas atendidas ni sobre las actividades realizadas a ninguna persona o entidad sin el permiso explícito de los responsables de la ANADP y sin el consentimiento expreso de la persona usuaria y/o de su representante legal.

El adjudicatario y el personal que tenga relación directa o indirecta con la prestación a las personas usuarias de la atención prevista en este Pliego, guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligados a no hacer



público o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.

El adjudicatario se compromete expresamente al cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como a formar e informar en las obligaciones que de tales normas dimanar.

### **13. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE MEMORIAS**

Los centros deberán disponer de un sistema de evaluación mediante indicadores que se aplicará como mínimo una vez al año, que abarcará todos los aspectos comprendidos en el proyecto presentado y que se desarrollarán en la memoria anual que los recursos deberán presentar a la ANADP, en soporte informático, en la forma y plazo señalado en el pliego de condiciones económico administrativas.

Además de las evaluaciones internas que realicen los propios centros, la ANADP podrá llevar a cabo una evaluación externa sobre una muestra aleatoria a personas usuarias, familias y profesionales de los centros.

A la hora de evaluar los servicios objeto de este contrato se tendrán en cuenta los indicadores de evaluación que establezca la ANADP.

La memoria será presentada de acuerdo al modelo establecido por la ANADP que facilite la comprobación del cumplimiento de las bases exigidas en los pliegos técnicos y administrativos y del Proyecto Técnico contratado.

Asimismo, la ANADP establecerá los indicadores a recabar periódicamente para facilitar el cumplimiento de lo establecido en el presente pliego técnico.

### **BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO**

La empresa o Entidad deberá presentar un Proyecto Técnico de acuerdo al siguiente formato:

- Documento tamaño DIN A4, con las siguientes extensiones:
  - Lotes 7 y 9 un máximo de 75 hojas, o 150 páginas numeradas.
  - Lote 8 un máximo de 30 hojas, o 60 páginas numeradas.
- Tipo de letra: Arial o similar con tamaño mínimo 11 e interlineado mínimo de 1,5.



- Se evitará la utilización de elementos que dificulten la lectura del proyecto presentado (imágenes en segundo plano con ilustraciones, identificación de la empresa, etc.)
- Se acogerá explícitamente a las condiciones reflejadas en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y en el Decreto foral 92/2020 de 2 de diciembre por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la comunidad foral de navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones y en segundo lugar, al presente condicionado técnico.
- Las entidades licitadoras estarán obligadas a describir en su propuesta técnica las distintas actuaciones y programas establecidos en este pliego, los cuales se llevarán a cabo con la intensidad mínima recogida en la cartera de servicios sociales de ámbito general. Asimismo, para cada una de las áreas de intervención establecidas en el pliego, la empresa adjudicataria diseñará una guía que estructure globalmente el proceso de atención.
- Actividades individuales y grupales dentro de los enfoques de tratamiento propuestos; modo en que serán organizadas y ejecutadas.

