

**PLIEGO DE CLÁUSULAS TÉCNICAS DEL ACUERDO MARCO
PARA LA GESTIÓN DE PLAZAS RESIDENCIALES, ESTANCIAS
DIURNAS Y SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO NORMATIVO	5
3. OBJETO DEL ACUERDO MARCO.	6
3.1. PLAZAS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL. 3.000 PLAZAS.	8
3.2. PLAZAS DE ESTANCIA DIURNA. 200 PLAZAS.	8
3.3. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA. 800 PLAZAS.	9
4. DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS.	9
5. PERSONAS DESTINATARIAS.	11
6. HORARIO DE ATENCIÓN.	11
6.1. ATENCIÓN RESIDENCIAL.	11
6.2. ESTANCIA DIURNA:	11
6.3. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA:	11
7. PRINCIPIOS EN LOS QUE DEBE BASARSE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.	12
8. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE.	15
8.1. ATENCIÓN RESIDENCIAL.	15
8.2. ESTANCIAS DIURNAS.	29
8.3. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.	30
9. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN: PAI, HISTORIA DE VIDA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA.	34
9.1. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI).	34
9.2. LA HISTORIA DE VIDA (*)	36
9.3. PROFESIONAL DE REFERENCIA.	38
10. DERECHOS Y DEBERES.	40
11. MEDIOS HUMANOS.	43
11.1. ATENCIÓN RESIDENCIAL	43
11.2. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.	52
12. MEDIOS MATERIALES.	52
13. OTRAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS.	53
13.1. DESIGNACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS.	53
13.2. ALTAS, BAJAS, INCIDENCIAS.	54
13.3. RESERVA DE PLAZA.	55
13.4. PRECIOS PÚBLICOS.	56
13.5. EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.	56
14. EVALUACIÓN, INDICADORES Y MEMORIAS.	57
14.1. EVALUACIÓN	57
3. RESULTADOS EN PERSONAS.	58
14.1.2. INDICADORES	59
3. indicadores de RESULTADOS EN PERSONAS	61
14.1.3. MEMORIAS.	61

1. INTRODUCCIÓN

El presente Pliego de Prescripciones Técnicas tiene por objeto establecer las condiciones del Acuerdo Marco que permita seleccionar una serie de entidades o empresas que sean titulares de *Residencias para personas mayores* y a tal fin describir las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben de ser asumidas y desarrolladas por las Entidades o empresas que puedan ser adjudicatarias de plazas concertadas en Residencias para personas mayores , estancias diurnas y servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia que se deriven del presente Acuerdo Marco. A estos últimos podrán concurrir también Centros de Día y Centros de Día Rurales.

Con el presente Acuerdo Marco y las plazas que se adjudiquen, se pretende tener un conjunto de plazas de Residencias que permita asegurar la atención a las personas mayores dependientes y no dependientes que actualmente, están atendidas en este tipo de centros y de las que lo vayan a necesitar en el futuro.

El objetivo mínimo con el Acuerdo Marco es mantener las plazas concertadas actualmente en Residencias y poder ir ampliando plazas y nuevos Centros en los próximos años de vigencia del presente Acuerdo Marco, si la disponibilidad presupuestaria lo permite y teniendo en cuenta las demandas y listas de espera existentes en las distintas zonas básicas de servicios sociales.

Las plazas en las Residencias incluidas en el presente Acuerdo Marco, quedarán integradas dentro de la *Red Pública de Atención Residencial a Personas Mayores* dependiente de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas del Departamento de Derechos Sociales.

Toda la Red Pública de Atención Residencial a Personas Mayores se organiza y funciona de acuerdo a un criterio de territorialización. El principio de territorialización recogido en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, es un elemento esencial de la organización y funcionamiento e instrumento fundamental para asegurar la cercanía de los servicios al lugar donde han residido las personas usuarias, de forma que se favorezca el contacto con el entorno familiar y social de estas.

Para ello, la Red esta territorializada y zonificada para asegurar este objetivo, en zonas básicas y áreas de servicios sociales. La plaza residencial se garantiza en el ámbito del área de residencia de la persona usuaria, y será la persona usuaria la que decida en ese ámbito a que residencia quiere optar, dándole por tanto un papel relevante en la elección del Centro. Se podrá optar

a una residencia de otra área en función de las circunstancias personales y de la disponibilidad de plazas.

La ANADP en orden a garantizar la equidad de las ciudadanas/os en el acceso a los servicios de atención residencial, tendrá en cuenta este elemento de territorialización en la adjudicación de las plazas de Residencia para que se asegure una adecuada distribución territorial de las mismas en atención al principio señalado anteriormente de vinculación al entorno social y familiar de las personas.

Este acuerdo marco pretende también marcar un hito en la oferta desde la red pública de atención residencial de unos servicios que pongan en el centro a las personas y a sus necesidades, que se adapten en mayor medida a sus preferencias y deseos; que sitúen en primer plano los cuidados personalizados, las actividades significativas para la persona, el entorno hogareño, la atención a las familias, etc., por encima de aspectos organizacionales y meramente sanitarios.

Se quiere también con este Acuerdo Marco impulsar que los centros residenciales puedan ofertar también estancias diurnas y servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, servicios estos de proximidad, que contribuyen a favorecer la permanencia en el domicilio de las personas en situación de dependencia y que suponen una oportunidad para integrar a los centros residenciales en la vida de la comunidad, ofreciendo servicios complementarios.

Por otro lado, se pretende también poner las bases que guíen la evolución de los centros residenciales, hacia un modelo profesionalizado de atención centrada en la persona (ACP) que busca cuidar apoyando que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus cuidados y en su vida cotidiana, desarrollando sus capacidades y sintiéndose bien.

Un modelo profesionalizado que busca aumentar la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida.

La ACP se aleja de modelos de cuidados tradicionales donde la atención viene determinada por procedimientos uniformes derivados de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y grados de dependencia y por condicionantes organizativos que dan como resultado una atención centrada en los servicios.

Apostar por la ACP en los servicios residenciales y hacerla efectiva implica, en primer lugar, una visión de las personas mayores que parte del reconocimiento de su valor y singularidad, que fija su mirada en las capacidades frente a las limitaciones y que apoya la autodeterminación de las personas.

En coherencia a esta visión, la ACP orienta hacia una buena praxis donde los y las profesionales de atención directa, además de proteger a las personas y atender sus necesidades diversas, se convierten en “empoderadores” de las personas usuarias.

Los y las profesionales se relacionan desde el conocimiento de las historias de vida y desde la escucha, buscando oportunidades y apoyos para que cada persona usuaria pueda desarrollar sus capacidades, tener control sobre su vida cotidiana y, en consecuencia, sentirse mejor. Una buena praxis profesional donde el entorno y la provisión de apoyos ejercen un papel primordial. Los entornos hogareños y accesibles, las actividades significativas, las relaciones familiares y sociales, la cercanía a la comunidad y la flexibilidad organizativa se convierten, desde enfoque, en elementos imprescindibles.

Su aplicación es especialmente dificultosa en los centros o servicios que vienen prestando atención desde modelos centrados en la organización y sus servicios pero existe evidencia también de que los centros residenciales 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.

Tener presente este modelo como meta es un pequeño paso más para su consecución.

2. MARCO NORMATIVO.

La Segunda Asamblea Mundial de la Organización de las Naciones Unidas celebrada en Madrid en 2002, elaboró el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, en el que los gobiernos se comprometen a diseñar y ejecutar medidas sobre tres temas prioritarios: personas de edad y el desarrollo, fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para ellos/as. En esta Asamblea se otorgó el mandato a las comisiones regionales para que trasladen el Plan de Acción Internacional a planes de acción regionales que tomen en cuenta, entre otras, las especificidades demográficas, económicas y culturales de cada región del mundo y hagan operativas las recomendaciones propuestas.

Por su parte, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea declara en su artículo 25 que “reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”.

En clave estatal, la Constitución Española, en relación a la tercera edad, proclama que “Los poderes públicos (...) promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, así como la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, y el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, configuran el marco normativo básico, que fundamenta 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 y el derecho de las personas a disfrutar de servicios sociales, entre ellos, del servicio de atención residencial, el de estancia diurna y los servicios de promoción de la autonomía y prevención de las situaciones de dependencia. En este sentido, la citada ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, reconoce en su artículo 8, los Derechos y deberes específicos de las personas usuarias de servicios residenciales.

La Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, determina y describe la totalidad de las prestaciones, responsabilidad de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, que debe garantizar, como mínimo, en todo su territorio. Además establece el tipo de prestación, personas beneficiarias, requisitos de acceso, apertura y un nivel mínimo de intensidad que garantizará a su vez un nivel mínimo de calidad del servicio. Entre las prestaciones garantizadas que contempla dicha Cartera se encuentra el servicio de atención residencial y el de estancia diurna para personas en situación de dependencia.

El Decreto Foral 209/1991, sobre el régimen de Autorizaciones, Infracciones y Sanciones, estipula las condiciones generales que deben reunir los centros y servicios, así como las condiciones específicas y de personal que deben reunir los servicios de atención residencial para personas mayores. Por su parte, la Orden Foral 67/2005 modifica la Orden Foral 75/2003, por la que se clasifica el Servicio de Estancias Diurnas en Centros Gerontológicos.

La Orden Foral 197/2018, de 15 de junio, del Consejero de Derechos Sociales, regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

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/la profesional de referencia de los servicios sociales y define sus funciones.

3. OBJETO DEL ACUERDO MARCO.

El presente pliego tiene por objeto describir el contenido de los servicios de atención residencial, estancia diurna y de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia para personas mayores en situación

de dependencia, y establecer las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben ser asumidas y desarrolladas por las empresas o entidades que puedan ser adjudicatarias de la prestación de los mismos, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Se pretende con ello posibilitar la ocupación de hasta 3.000 plazas de atención residencial, 200 de estancia diurna y 800 plazas en servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, situadas en el ámbito territorial de la Comunidad Foral. La ANADP, de acuerdo a las consignaciones presupuestarias anuales del periodo de vigencia del presente acuerdo marco, irá ampliando plazas progresivamente.

No obstante lo anterior, ello no garantiza a las entidades seleccionadas, durante la vigencia del presente Acuerdo marco, que las plazas ofertadas vayan a ser realmente ocupadas ni que vayan a recibir contraprestación alguna por la no ocupación.

Las plazas que las entidades titulares de los centros pongan a disposición de la ANADP se destinarán exclusivamente a las personas usuarias determinadas por la Agencia durante el plazo de siete días naturales, desde que se hubiera producido la vacante. Si en dicho plazo no se hubiera ocupado por alguna persona beneficiaria de la ANADP se podrá utilizar por la entidad para otro uso. Una vez vuelvan a quedar desocupadas, nuevamente quedarán a disposición de la ANADP por otros siete días naturales. Para ello, las entidades contratadas deberán notificar de manera fehaciente la disponibilidad de plazas en un plazo inferior a veinticuatro horas.

La Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las personas sólo ocupará como máximo el número de plazas señaladas para cada tipo de recurso.

En el caso de que en el momento de la adjudicación del acuerdo marco, la entidad seleccionada estuviera gestionando plazas concertadas, éstas pasarán automáticamente a incluirse en este acuerdo marco, quedando sometidas en todos sus extremos a los efectos y condiciones de funcionamiento que en él se establecen. Si las entidades que en este momento gestionan plazas residenciales concertadas con la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas no resultaran seleccionadas, o las plazas ofertadas fueran menos de las que actualmente tienen concertadas, en atención al principio de arraigo, las personas usuarias se mantendrán en las mismas, hasta que dejen de precisar el servicio, momento en el que las plazas que ocupan serán amortizadas.

La entidad o entidades seleccionadas deberán prestar el servicio de acuerdo con las estipulaciones técnicas establecidas en el presente documento.

3.1. PLAZAS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL. 3.000 PLAZAS.

- Plazas para personas en situación de dependencia funcional (en grado moderado, severo o gran dependencia). Pueden tener carácter definitivo o temporal (por recuperación de la persona o respiro/recuperación de la persona cuidadora).
- Plazas para personas no dependientes (en situación de grave conflicto familiar y/o ausencia de soporte familiar adecuado y que no puedan permanecer en su domicilio al amparo de la Orden Foral 197/2018, de 15 de junio).

Desde la ANADP se irán estableciendo los porcentajes específicos de las plazas que se destinarán a personas en situación de dependencia y no dependientes, en función de las necesidades en cada momento, con el fin de disponer de una distribución flexible en las plazas de personas mayores para una mejor atención a las diferentes necesidades de las personas usuarias.

En cualquier caso, las residencias que oferten plazas en el marco del presente acuerdo, deberán poner a disposición de la Agencia como mínimo 2 plazas para personas no dependientes por 50 de las ofertadas para personas en situación de dependencia. Se incrementarán en una plaza más por cada 25 plazas más ofrecidas. En todo caso podrán ofrecer más plazas de las mínimas señaladas en el párrafo anterior.

De forma excepcional y con objeto de mantener la unidad familiar, se podrá conceder de forma conjunta el ingreso de dos personas, cuando una de ellas no se encuentre en situación de dependencia funcional o social, y acredite una de las siguientes situaciones:

- a) Ser cónyuge o relación de análoga naturaleza.
- b) Ser pariente por consaguinidad, afinidad o adopción hasta el segundo grado de parentesco y tener necesidad del recurso.

3.2. PLAZAS DE ESTANCIA DIURNA. 200 PLAZAS.

Prestadas en establecimiento residencial a personas mayores de 65 años en situación de dependencia o personas menores de esa edad con deterioro cognitivo. Podrán ser a jornada completa y a media jornada.

3.3. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA. 800 PLAZAS.

Se ofertarán los servicios para grupos de 5 personas mínimo y 10 máximo, dos días por semana en sesiones de 2,5 horas. Las personas beneficiarias de estos servicios acudirán de forma ambulatoria a los mismos.

Cuando por las especiales características de la zona (población, dispersión geográfica...) donde se ubica la Residencia no sea posible garantizar el número mínimo de cinco personas por grupo, la ANADP podrá autorizar excepcionalmente la constitución de grupos cuyo número sea inferior al señalado en el párrafo anterior.

4. DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS.

- 1) **Servicios de atención residencial para personas mayores:** son aquellos prestados en establecimiento residencial para ofrecer atención integral a las necesidades básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales de las personas mayores en situación de dependencia o de grave conflicto familiar y carencia de recursos económicos, así como personas que presentan déficits cognitivos y/o problemas conductuales, relacionados con enfermedades mentales y/o demencias degenerativas, vasculares u otras.
- 2) **Servicios de Estancia Diurna** son servicios prestados en un servicio residencial para ofrecer durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.
- 3) **Servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia** engloban un conjunto de servicios prestados de manera ambulatoria y que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

a) Servicio de habilitación y terapia ocupacional.

Conjunto de intervenciones dirigidas, en función de las necesidades de cada persona, a prevenir o reducir una limitación en la actividad o alteración de la función física, intelectual, sensorial o mental, así como a mantener o mejorar habilidades ya adquiridas, con la finalidad de conseguir el mayor grado posible de autonomía personal, adaptación a su entorno, mejora en la calidad de vida e inclusión en la vida comunitaria.

b) Servicio de estimulación cognitiva.

Tratamiento terapéutico que tiene por finalidad mantener y mejorar el funcionamiento de alguna o algunas de las capacidades cognitivas superiores (razonamiento, memoria, atención, concentración, lenguaje y similares), de las capacidades funcionales, la conducta y o la afectividad.

Las actuaciones se orientarán a retrasar, y a ser posible minorar, el deterioro cognitivo, para mantener las habilidades psicosociales necesarias en las actividades de la vida diaria y toma de decisiones.

- c) Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.

Conjunto de intervenciones orientadas a mantener o mejorar la capacidad para realizar las AVD, evitar la aparición de limitaciones en la actividad, deficiencias o déficits secundarios y potenciar el desarrollo personal y la inclusión social. Todo ello con el fin de alcanzar el mayor nivel de autonomía y calidad de vida.

Los **objetivos generales** que han de guiar su organización y funcionamiento son los siguientes:

- Garantizar los apoyos y cuidados necesarios para el desarrollo de las actividades de autocuidado.
- Ofrecer el cuidado y apoyo personal y social que las personas necesiten para mejorar su situación y calidad de vida, ofreciendo un trato digno, respetando la su voluntad y, en su caso, teniendo en consideración la aportación de sus familiares.
- Ayudar a la conciliación de la vida social y laboral de las familias que cuidan a sus mayores en el hogar en el caso de la atención diurna, y a la vez, posibilitar el acompañamiento personal y la participación de las familias en el centro en el caso de ingresos residenciales.
- Promover el envejecimiento activo, desarrollando acciones de prevención de la dependencia, facilitando una forma de vida saludable.
- Fomentar el mantenimiento de la autonomía y promover el desarrollo de sus preferencias, intereses y proyectos de vida.
- Establecer procedimientos y actuaciones de colaboración y coordinación con los servicios sociales y sanitarios de la comunidad.

- Ofrecer y proveer servicios a personas mayores que, permaneciendo en su casa, puedan necesitar de manera temporal, periódica o permanente, determinadas prestaciones o servicios de la residencia.

5. PERSONAS DESTINATARIAS.

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia funcional o social. Excepcionalmente, podrán acceder a los servicios personas menores de esa edad, que por sus necesidades y grado de dependencia puedan beneficiarse de los recursos, siempre con informe favorable de la Sección correspondiente de la ANADP.

La adjudicación de los servicios objeto de este acuerdo marco se realizará, previa solicitud de la persona interesada, teniendo en cuenta la misma, en función de las plazas disponibles, de acuerdo con los criterios establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (Ley de la Dependencia) y en el Decreto Foral 69/2008, 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general y normativa de desarrollo.

6. HORARIO DE ATENCIÓN.

6.1. ATENCIÓN RESIDENCIAL.

- Permanente: 365 días 24 horas al día.
- Temporal: entre diez y treinta días por descanso de la persona cuidadora y hasta tres meses por recuperación de la persona beneficiaria y/o ingreso sanitario de la persona cuidadora.

6.2. ESTANCIA DIURNA:

La atención se prestará en horario diurno, de lunes a viernes, todos los días laborables del año, de acuerdo al calendario oficial de fiestas de la Comunidad Foral de Navarra y de las entidades locales correspondientes. La asistencia podrá ser a jornada completa (a partir de 25 horas semanales) o parcial (con un mínimo de 15 horas semanales).

6.3. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA:

La atención se efectuará de manera ambulatoria, en horario preferentemente de mañana, uno o dos días por semana, según las intensidades señaladas a continuación:

- Grado I: un mínimo de 20 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
- Grado II: un mínimo de 12 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

- Grado III: un mínimo de 8 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones

7. PRINCIPIOS EN LOS QUE DEBE BASARSE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.

La estructura, la organización y el funcionamiento de los distintos servicios que se van a prestar en los centros residenciales de Navarra, además de garantizar la observancia de lo establecido en la normativa reguladora en materia de servicios sociales y en particular los derechos y deberes recogidos en la Ley Foral de Servicios Sociales, se ajustarán a los siguientes principios que informan el modelo de atención integral centrada en la persona y de calidad de vida:

- a) Promoción de la autonomía personal y participación, favoreciendo que la persona conserve y ejercite sus capacidades, desarrolle la elección entre distintas opciones y participe en las decisiones que le afecten y sobre la vida del centro.
- b) Normalización, proporcionando a las personas, dentro y fuera del centro, un estilo de vida cotidiana lo más cercano posible, al que cualquier persona pueda disfrutar en su entorno familiar y social natural. Se utilizarán todos los servicios que sean posibles del entorno como parte de las actividades del centro, y se programarán actividades que tengan como destino las personas que vivan en el entorno del mismo, dentro de un enfoque comunitario.
- c) Atención integral, garantizando la adecuada cobertura de las necesidades de la persona, a través de la coordinación con otros dispositivos y recursos, así como de la coordinación interna y de las actuaciones basadas en la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo.
- d) Personalización de la atención, favoreciendo la flexibilidad en la búsqueda de una mayor adecuación de dicha atención a las necesidades, demandas y expectativas de la persona.
- e) Atención profesional orientada al mantenimiento de la salud (buscando la mejor y más efectiva coordinación con los recursos del sistema sanitario), así como a las situaciones de dependencia mediante el reforzamiento de la promoción de la autonomía y la rehabilitación de la funcionalidad perdida, todo ello planificado y puesto en práctica sobre actividades que tengan sentido y sean significativas para cada persona usuaria.
- f) Diversidad y globalidad en la atención prestada, de modo que se adapte mejor a las necesidades – básicas, psicológicas, socio-afectivas y emocionales- y a las preferencias de las personas, aumentando su capacidad de elección y autonomía.

- g) Promoción de las relaciones con la familia y con otras personas de referencia.
- h) Organización de la convivencia con especial atención a la garantía de la salvaguarda y preservación de los derechos y la dignidad de la persona, afianzando el buen trato, la libertad, confidencialidad, privacidad o intimidad de las personas usuarias y la inclusión de los valores éticos como fundamento de las intervenciones.
- i) Formación continua del personal y mejora de las condiciones laborales del personal del sector.
- j) Planificación, programación, coordinación y evaluación de la actividad, y sometimiento de la misma a las actuaciones de inspección, vigilancia, supervisión y control, garantizando los niveles requeridos de efectividad y calidad en la prestación de atención y servicios.
- k) Promoción del voluntariado: Promover la colaboración solidaria de la ciudadanía a través de la participación de las organizaciones de voluntariado.

Además de los principios señalados, los centros residenciales deberán trabajar en la dirección que marca el modelo de planificación centrada en la persona, flexibilizando aspectos organizativos (horarios, actividades) y planificando una atención personal que evite la rotación excesiva del personal y que genere vínculos más estables entre las personas y los profesionales del centro.

Decálogo del modelo de atención centrada en la persona (*)

1. Todas las personas tenemos dignidad. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia sociopersonal, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única. Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.

3. La biografía es la razón esencial de la singularidad. La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida. La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar

oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades. Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de las mismas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.

Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación al bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal. Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes a sus intereses. Actividades que además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.

9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia. Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo. También las personas mayores, incluso cuando tienen un deterioro importante, deben ser valoradas como alguien que aporta y contribuye al bienestar de otros y, por tanto, deben recibir apoyos para que esto así sea y así se visibilice.

10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

(Teresa Martínez, 2017).

8. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE.

8.1. ATENCIÓN RESIDENCIAL.

Los centros deben contar con un Plan General de Intervención (PGI) en el que deben enmarcarse tanto los diferentes servicios como los programas que se desarrollan. Debe contemplar tres áreas básicas: la persona mayor en situación de dependencia, la familia y los profesionales que trabajan en el centro.

Se establecerá un programa anual de actividades variadas y organizadas, indicando objetivos, calendario, métodos y técnicas de ejecución, así como sistemas de evaluación y de mejora continua.

Dicho Programa se encontrará en un lugar visible del centro, y deberá publicarse, si se dispone de la misma, en la página web del centro.

La organización del centro residencial se adaptará a las personas y no al revés.

8.1.1 Servicios del centro.

a) Cuidados Personales

La atención en el cuidado personal deberá contemplar la asistencia en todas las actividades, básicas e instrumentales, de la vida diaria evitando la sobreprotección y potenciando la autonomía e independencia personal.

Se prestará especial cuidado en el modo en que se prestan los cuidados personales para que la persona se sienta bien.

Se atenderá con corrección técnica y de manera profesionalizada cada tarea, prestando especial atención a cómo la persona se siente y fomentado en todo momento su autonomía e independencia.

Se facilitará que las personas tengan control sobre sus asuntos cotidianos, dando oportunidades de elegir mientras se presta apoyo a la persona en sus actividades de la vida diaria.

Cada persona deberá tener un/a profesional de referencia, que le conocerá bien, estará atento/a a sus necesidades y a los elementos importantes que permiten que cada persona sienta que controla su espacio y su vida cotidiana.

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.

Se tendrá una actitud empática con las personas, prestando especial atención al estado de ánimo que suele acompañar a la pérdida de capacidades.

La confidencialidad será una obligación ineludible. Se realizarán todas las actuaciones respetando la confidencialidad sobre los asuntos privados de las personas.

b) Alojamiento.

Adecuación de la ubicación en el servicio en función de las preferencias de la persona usuaria en la medida de lo posible.

La flexibilidad horaria para levantarse o acostarse, comer y entrar o salir del centro son cuestiones esenciales que se deberán considerar para una atención acorde con las necesidades de las personas. Los centros residenciales deberán ir adecuando su organización a esta orientación. La no restricción de horarios para las visitas y disposición de espacios privados para las relaciones, son también medidas que se deberán ir alcanzado progresivamente.

El alojamiento comprende:

1. El uso de habitación individual y en los casos de habitación compartida, se habilitarán sistemas que garanticen al máximo la privacidad e intimidad. El acceso a una plaza pública no tendrá como consecuencia el cambio a una habitación doble, salvo que por otras circunstancias sea necesario realizarlo.
2. Se favorecerá la existencia de espacios adecuados para la intimidad, mecanismos de privacidad en baños, habitaciones y zonas compartidas.
3. Se atenderán y estudiarán las solicitudes del cambio de habitación y se favorecerá la ocupación compartida de parejas o con otro vínculo, si así fuera su deseo, independientemente del grado de necesidades en los apoyos.
4. Se potenciará la personalización de la habitación. Se potenciará y estimulará al residente y a sus familiares para que trasladen a la habitación motivos de decoración y utensilios propios que personalicen el ambiente.
5. Se dispondrá de armarios cerrados y otras medidas para preservar los objetos y documentos personales y de un sistema para la custodia de propiedades personales.

6. Los baños y aseos estarán dotados de ayudas técnicas, de manera que cumplan con los requisitos en materia de accesibilidad y permitan la maniobrabilidad de grúas y sillas de ruedas.

7. Las zonas comunes de los centros se adecuarán para lograr entornos más humanos, familiares y reconocibles para las personas.

8. Espacios de encuentro. 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.

Acompañamiento. 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.

Los espacios estarán debidamente señalizados y permitirán la libre deambulaci3n con el menor riesgo posible de caídas y lesiones. Así mismo, dispondrán de los mecanismos necesarios para minimizar el riesgo de que las personas puedan perderse.

Los centros residenciales irán implantando en la medida de sus posibilidades, Unidades de convivencia, de entre 9 y 15 personas con características personales y necesidades de apoyo diferenciadas. Cuentan con cuidadores, 2 o 3 en cada turno que suelen tener una permanencia con horario estable en la unidad. La estructura de las unidades de convivencia combina espacios “públicos” con privados. De este modo, suelen estar compuestas por un espacio común que incluye cocina, comedor y sala de estar. También suelen tener una pequeña área exterior como terraza o jardín. La forma de vida de las unidades de convivencia es similar al de los entornos domésticos. Las rutinas, los horarios o las actividades giran en torno a los que las personas que habitan en las unidades han desarrollado en sus domicilios. Las actividades han de reflejar los gustos y las elecciones de los residentes y también ha de facilitar la participación de todos ellos, independientemente de sus capacidades cognitivas y funcionales. Las relaciones interpersonales en las unidades de convivencia constituyen una cuestión esencial. En estos entornos, las oportunidades de relación entre residentes y personal de atención directa son mucho más frecuentes que en otros alojamientos.

c) Manutención.

Se considerarán aspectos relacionados con las necesidades y preferencias de las personas residentes tanto en la elección de los menús cómo en los horarios. Se ofrecerá:

Servicio de 5 comidas diarias. (Desayuno, comida, merienda y cena; pudiendo optar bien por un almuerzo ó bien por un alimento ofrecido tras la cena, antes de acostar). Flexibilidad horaria como meta a alcanzar.

Menús variados sometidos a criterios dietéticos y por razones de credo o ideología. La previsión del menú será comunicado con suficiente antelación a las personas usuarias y/o sus familias.

Menús especiales en las celebraciones propias de nuestro entorno. (Mínimo 5 anuales), así como adecuación en la confección a la estación del año.

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.

Se contemplará la posibilidad de que las personas usuarias puedan comer en compañía de sus familiares, amigos y visitantes, siendo a cargo de éstos el abono de los servicios que reciban.

Cuando sea posible, se intentará que las comidas de los centros residenciales se hagan en espacios donde no hay mucha personas, para conseguir un ambiente más parecido al propio hogar de las personas.

d) Limpieza del centro y de elementos de la persona usuaria.

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

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.

En la medida de lo posible, y teniendo en cuenta las preferencias de las personas, se favorecerá que aquellas que lo deseen puedan colaborar en las tareas de limpieza, con el fin de realizar actividades que han sido o son significativas.

e) Lavandería

Se realizará 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.

Se establecerán procedimientos de control de pérdidas, confusiones y reposición de la ropa de la persona usuaria.

Se facilitará el acceso al servicio de tintorería externo para las personas que lo demanden.

Se hará el 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 restricciones físicas a personas usuarias que lo tengan indicado.

Cambio de toallas y sábanas semanales, como mínimo, y a diario, cuando así lo requieran las necesidades.

Comunicación a la familia o persona de referencia de las necesidades de reposición de la ropa del residente y comunicación de incidencias.

f) Mantenimiento y seguridad

Se realizará la inspección del estado de las instalaciones y máquinas, así como la conservación de las mismas: sala de calderas, ascensores, lavandería, fontanería, instalaciones eléctricas, jardinería, albañilería, estado de la pintura, carpintería, sistemas contra incendios, etc. conforme a la normativa vigente.

Las tareas de mantenimiento incluyen la reparación de las averías que se produzcan en el centro, así como la identificación y mantenimiento menor de los productos de apoyo de uso común propiedad de las personas usuarias (reposapiés, reposabrazos, andadores, bastones, sillas de ruedas...), y el uso y mantenimiento de productos de uso común propiedad del servicio (grúas, material para transferencias, etc.).

Los servicios de manutención, limpieza y mantenimiento y transporte en su caso, podrán subcontratarse, por ser tareas ajenas a los cuidados.

8.1.2 Programas de intervención.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD.

La atención sanitaria, médica y de enfermería, comprenderá actuaciones tanto preventivas como asistenciales y formativas, sin perjuicio de la utilización de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud u otro sistema de salud al que pueda estar acogida la persona usuaria.

Las obligaciones del Programa serán:

- Elaboración, colaboración y seguimiento del plan de atención sanitaria individualizado, programando, ejecutando y evaluando los tratamientos y cuidados, tanto en las patologías crónicas y agudas como en el deterioro fisiológico propio de la edad.
- Atención en las patologías habituales, identificando los factores de riesgo que con mayor frecuencia afectan a la salud de la persona, prestando especial atención a las pluripatologías.
- Control, gestión y administración de la medicación a las personas residentes.
- Realización de educación sanitaria y promoción de la salud, dirigida a la persona usuaria, familia y personal cuidador, para mejorar su calidad de vida.
- Información a la persona residente o a su tutor legal de sobre los procesos y cambios que le afecten.
- Coordinación con el equipo multidisciplinar, asesoramiento a profesionales y familia.

En colaboración con los Equipos de Atención Primaria y Especializada del Servicio Navarro de Salud, se garantizará:

- Realización de una evaluación inicial conjunta de necesidades y una clasificación preliminar del perfil de las personas residentes, priorizando la evaluación de aquellas con algún grado de dependencia reconocida y de las que cumplan los criterios de inclusión de la Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.
- Atención a demanda y de urgencia, tanto dentro como fuera del horario ordinario.
- Atención programada y periódica para seguimiento de las personas residentes, acordada entre la Dirección del Equipo de Atención Primaria y la Dirección del centro residencial, cuya periodicidad vendrá determinada por el número de residentes y su carga de enfermedad.
- Atención continuada a aquellas personas que a juicio del Equipo (personal médico y de enfermería del Equipo de Atención Primaria y centro residencial) requieren un seguimiento específico de su proceso fuera del horario ordinario, para lo cual deberán ser incluidos en la correspondiente agenda de los servicios de urgencia.

- Coordinación con el ámbito sanitario de atención primaria y especializada, en especial con la Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.
- Atención sanitaria específica y de urgencia y seguimiento de hospitalizaciones procurando garantizar la mayor continuidad asistencial.
- Programación periódica de reuniones para planificación de necesidades y organización de la gestión de casos y seguimiento y valoración de los correspondientes PAIs
- Participación en actividades de formación y sesiones clínicas de manera conjunta.
- Estudiar las posibilidades de implantación y utilización del Programa informático LAMIA, programa único de prescripción de medicamentos para todo el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea en pacientes no hospitalizados.
- Implantación y utilización del programa informático ATENEA, de acceso a la Historia Clínica Electrónica de las personas residentes, proporcionado por el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

Se promoverá la no utilización de restricciones físicas y farmacológicas.

En cualquier caso los Centros Residenciales y con objeto de prestar una atención sanitaria integral, realizarán cualquier otra función que se acuerde con los Departamentos de Salud y Derechos Sociales.

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL

La atención social incluye:

- Atención Individual. Incluye la pre-acogida, acogida y el acompañamiento en la adaptación y estancia en el centro, tramitación de la documentación, seguimiento de los procesos de modificación de la capacidad, integración en la comunidad y ayuda para la administración de los recursos económicos y tramitación de recursos y ayudas técnicas. También la planificación del alta y el acompañamiento a la persona usuaria y familia, en la adaptación al nuevo recurso.
- 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 usuarias y el entorno donde se ubica el centro. Coordinación con el voluntariado.

- Atención sociofamiliar. Incluye 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 residente con su familia para potenciar o mantener su vínculo.
- En todo caso, se fomentará la relación entre las personas usuarias y sus familiares, personas allegadas y amistades, facilitando las visitas y estableciendo actividades que promuevan las relaciones así como la participación y colaboración de personas voluntarias.

PROGRAMA DE ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA

Estará dirigido a la conservación o mejora de la capacidad funcional, así como a evitar la discapacidad/dependencia progresiva de las personas, a la prevención, recuperación, mantenimiento y alivio de los trastornos del movimiento que puedan limitar el funcionamiento efectivo y eficaz de una persona.

Comprenderá intervenciones individuales y grupales:

1. **Actividades individuales:** se realizarán en función de las necesidades de cada persona, y teniendo en cuenta las diferentes patologías, por lo que se darán tratamientos específicos, puntuales y adaptados a cada tipo de residente.

Se hará especial hincapié en la prevención, promoviendo la actividad física, informando de los beneficios de la misma y asesorando en el caso de alguna patología específica.

- Ejercicios de estimulación sensitiva.
- Movilizaciones activas y pasivas.
- Potenciación y tonificación muscular.
- Masoterapia.
- Reeducación respiratoria.
- Reentrenamiento de la marcha.

- Ejercicios de coordinación y equilibrio.
 - Termoterapia.
 - Prevención del síndrome de inmovilidad, con cambios posturales y medidas de control postural.
 - Entrenamiento en el uso de productos de apoyo.
 - Entrenamiento en las AVD.
 - La seguridad en la movilización, transferencias, traslados y en la deambulaci3n.
 - Detecci3n y diagn3stico de situaciones de riesgo; caídas, prevenci3n y tratamiento de secuelas.
 - Coordinaci3n con el equipo multidisciplinar, asesoramiento a profesionales y familia.
2. Actividades en grupo: se establecerán grupos de residentes segun las necesidades de rehabilitaci3n y mantenimiento que precisen.

Al menos, se desarrollarán los siguientes programas:

- Relajaci3n
- Gimnasia o Gerontogimnasia
- Circuitos de ejercicio multi-componente.

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Dirigido al mantenimiento de la independencia funcional y promoci3n de la autonomía personal en las Actividades de la Vida Diaria, a trav3s de la prevenci3n en la salud y la adaptaci3n personal y social con la finalidad de mejorar la calidad de vida a trav3s de la participaci3n en ocupaciones significativas para la persona.

Incluirá actividades grupales e individuales, y asesoramiento al personal del centro y a las familias.

Intervenciones en las diferentes fases de la atenci3n:

- En la fase de valoración geriátrica integral, evaluando el grado de autonomía en el desempeño de las AVD identificando potencialidades y limitaciones para el desempeño de las mismas consensuando con la persona y sus familiares los objetivos de intervención.

- Evaluación de la necesidad de uso de productos de apoyo y adaptaciones del entorno de forma individualizada para facilitar y dar seguridad en el desempeño de las AVD.

- Evaluación y registro, junto a la persona usuaria y/o su familia, de la historia ocupacional para explorar roles pasados y presentes, intereses y motivaciones de cara al diseño de objetivos y actividades terapéuticas de intervención.

- Diseño, coordinación y supervisión de los programas terapéuticos de rehabilitación y mantenimiento de la independencia y autonomía en las AVD de forma individualizada. Los programas incluirán:

- Diseño de actividades ocupacionales grupales en base a intereses comunes detectados en las valoraciones individuales. (Actividades de estimulación cognitiva, reeducación postural, fortalecimiento muscular, economía articular, etc).

- Diseño de programas de estimulación de ocio significativo e inclusivo en coordinación con el programa de animación sociocultural y de trabajo social.

- Asesoramiento y apoyo a las familias en las formas de desempeño de las Actividades de la Vida Diaria.

- Asesoramiento y apoyo al personal cuidador en técnicas ergonómicas y uso de productos de apoyo, así como en el acompañamiento en el desempeño de las actividades de autocuidado de las personas en situación de dependencia.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

La atención psicológica comprenderá el diagnóstico, la evaluación de las personas usuarias, la planificación de los tratamientos individuales o grupales que precisen, y si fuera necesario, la aplicación de los mismos.

Se establecerán programas de Psicoestimulación dirigidos a mantener y estimular la capacidad cognitiva y sensorial de las personas usuarias, planificados por el/la Psicólogo/a e implementados por otros profesionales: Terapeuta ocupacional y cuidadores/as.

Para ello, se llevarán a cabo los siguientes programas:

- Valoración cognitiva, mediante la aplicación de las correspondientes escalas
 - Programa de orientación en la realidad.
 - Apoyo psicológico individualizado.
 - Apoyo y asesoramiento a familias y profesionales del centro.
- Desarrollo de otros programas de entrenamiento en habilidades.

PROGRAMA DE OCIO

Se deberán realizar actividades que promuevan la participación en la comunidad y las relaciones intergeneracionales.

Se desarrollarán actividades de carácter lúdico, cultural, físico, social, de destreza manual, y en eventos y fechas especiales, de acuerdo con las preferencias de las personas.

Colaboración con otras áreas: la programación será conocida por el equipo profesional del centro, que colaborará en su realización

Se fomentará la participación de las familias/personas allegadas en las actividades.

Se favorecerá la participación de las organizaciones de voluntariado en las actividades del centro.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE TRATOS INADECUADOS

Los centros residenciales establecerán procedimientos de prevención y detección de tratos inadecuados y malos tratos físicos, psíquicos y económicos a personas mayores a través de varias estrategias:

- En la organización, impulsando modelos de atención que respetan, promueven y defienden los derechos de las personas, implantando buenas prácticas orientadas a ello.
- Formando al personal en ética y buen trato.
- Sensibilizando a las personas usuarias y sus familias.

OTROS PROGRAMAS

Engloban todos aquellos que pueden considerarse servicios que aportan un entorno de mayor calidad. Su financiación se realizará de forma directa por las personas usuarias, al margen de la tarifa de concertación abonada por el servicio residencial, aplicando el régimen de tarifas que el centro tenga establecido y sin que implique la utilización de los recursos contratados.

A modo de ejemplo, y sin perjuicio de que puedan ser ampliados/modificados, se recogen los siguientes:

- Organización del acompañamiento a centros hospitalarios y/o consultas programadas o no urgentes, con especial atención a las personas residentes que carecen de familia o persona de referencia.
- Peluquería.
- Podología.
- Teléfono u otros dispositivos cuyo coste de consumo no esté incluido en el acceso a la red telemática de que disponga el centro.

8.1.3 Contenido de las actividades.

Se deberá tener especial cuidado en la planificación de actividades en los centros residenciales, por los efectos positivos que tienen en la salud y en el bienestar de las personas. La actividad (física, cognitiva y social) previene la dependencia, mejora la salud, reduce el consumo de fármacos, fortalece la autoestima y mejora el estado de ánimo.

La vida cotidiana ofrece oportunidades y momentos muy adecuados para realizar actividades muy diversas, que mejoran las capacidades de las personas, además de contribuir a pasarlo bien y tener una vida más plena. También se deberá posibilitar momentos en los que las personas decidan no participar en las mismas.

Para diseñar la actividad en un centro residencial se tendrá presente la historia y preferencias personales. Habrá que prestar atención a las actividades significativas de cada persona, relacionadas con actividades de la vida diaria o con aficiones que se han desarrollado a lo largo de la vida. Conocer, proponer y favorecer la práctica de estas actividades será una importante herramienta para mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.

La realización de actividades cotidianas debe constituirse como una fuente muy relevante para la estimulación de las personas: vestirse, conversar, cocinar, poner la mesa, 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. En el caso de personas con deterioro cognitivo se han de desarrollar especiales esfuerzos para favorecer su implicación en el devenir cotidiano.

En cualquier caso, se desarrollarán iniciativas y propuestas para evitar que en los Centros Residenciales se instale la inactividad y la desconexión con el entorno.

Se trata, en definitiva, de crear entornos terapéuticos, estimulantes y también respetuosos con las preferencias de las personas que viven en ellos:

- Se realizarán actividades individuales y grupales con otras personas.
- 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 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 pasarlo bien disfrutar y huir de la rutina y el aburrimiento.

8.1.4 Protocolos y registros:

CONTENIDO MÍNIMO DE LOS PROTOCOLOS

Los protocolos deberán permitir una atención flexible, recogiendo las buenas prácticas contrastadas. Tienen como objetivo prevenir la improvisación y ayudan a prestar una atención más homogénea ante situaciones que se dan de manera frecuente en la práctica diaria. No obstante, estos procedimientos estandarizados no deben dificultar una atención personalizada.

Datos de gestión

Nombre
Proceso en el que se incluye (si hay un sistema o modelo de calidad)
Fecha de elaboración y vigencia

Fecha en la que es revisado
Profesionales que han intervenido en su diseño (interdisciplinariedad)
Responsable del seguimiento, evaluación y propuestas de mejora

Datos operativos

Definición: en qué consiste y qué lo justifica
Objetivos generales: qué finalidad persigue
Objetivos específicos: qué resultados específicos se pretenden lograr
Población a la que se dirige: a qué personas va destinado, exclusiones si las hubiera
Profesionales que intervienen:
Descripción de actuaciones: qué se hace y quién lo hace
Recursos: medios técnicos, humanos y materiales
Registros: evidencia objetiva de la práctica efectuada. Deberán ser cumplimentados por la persona que realiza la actividad, o en el caso de incidencias, por la persona que presencia y/o interviene en el momento de producirse.
Indicadores: medidas para valorar el proceso y resultado

PROTOCOLOS MÍNIMOS.

1. Protocolo de Acogida a la persona usuaria y su familia: Pre ingreso/Ingreso.
2. Protocolo de uso, prescripción, preparación y administración de fármacos.
3. Protocolo de actuación ante errores de administración de la medicación.
4. Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión.
5. Protocolo de prevención y tratamiento de caídas.
6. Protocolo de prevención del encamamiento y cambios posturales.
7. Protocolo de prevención y tratamiento de infecciones.

8. Protocolo de prevención y tratamiento de la agitación psicomotriz.
9. Protocolo de higiene y cuidado personal.
10. Protocolo de sujeciones físicas y/o farmacológicas.
11. Protocolo de urgencias sanitarias.
12. Protocolo de acompañamiento a consultas sanitarias.
13. Protocolo de actuación en casos en los que se sospeche o detecte una situación de maltrato o abuso.
14. Protocolo de actuación ante personas con riesgo de perderse.
15. Protocolo de resolución de conflictos.
16. Protocolo de despedida por renuncia, traslado o fallecimiento.

REGISTROS MÍNIMOS.

- a) Registro de incidencias diario, tanto de tipo sanitario como social, con anotación expresa de la persona a la que se refiere, tipo de incidencia, hora en la que se produce, trabajador/a que la anota y observaciones, en su caso. Deberá describir de manera precisa los hechos ocurridos, omitiendo juicios de valor. Las relacionadas con las personas usuarias deberán trasladarse a su expediente individual.
- b) Registro de accidentes de personal y de las personas usuarias.
- c) Registro de caídas de las personas usuarias, en el que conste nombre, lugar de la caída, motivo y posterior actuación.
- d) Registro de errores de medicación.
- e) Registro de la participación, seguimiento y resultados en las actividades/programas.
- f) Registro de quejas, reclamaciones y sugerencias.
- g) Registro de sujeciones físicas.

8.2. ESTANCIAS DIURNAS.

Las estancias diurnas proporcionan la inclusión de la persona en la vida del centro residencial durante un número determinado de horas al día. La

persona participará de los programas ofertados y recibirá los cuidados adecuados a sus necesidades y preferencias.

A estos efectos, e independientemente de la ubicación, serán personas usuarias del centro residencial, y les será de aplicación lo señalado en el apartado anterior.

8.3. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Las Residencias interesadas en prestar estos servicios, deberán ofertar los que se describen en los apartados siguientes.

Estos servicios, se organizarán siempre de manera grupal, para un número de hasta 10 personas como máximo.

Las sesiones tendrán una duración de dos horas y media, dos días a la semana. Se podrá modificar la organización de estas sesiones para ajustarlas a las necesidades de las personas usuarias, previa autorización de la ANADP.

Se incorporarán personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados, previa valoración y orientación por parte del equipo de valoración de la dependencia que podrá especificar cuáles son los servicios más adecuados para la persona. También podrán orientar los profesionales de los SSB y Centro de Salud. En cualquier caso, será la persona usuaria y/o sus familiares, los que elijan esta prestación

De manera previa a la incorporación a los programas, se realizará una valoración mediante la escala WHO-DA-II 36 ítems, que se completará con posterioridad al año de entrada en los programas y a la finalización (alta) de los mismos.

8.3.1 Servicio de Rehabilitación y Terapia ocupacional:

PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO PARA LA PROMOCIÓN, MANTENIMIENTO Y RECUPERACIÓN DE LA AUTONOMÍA FUNCIONAL

Programa de actividades dirigido a promover, mantener y recuperar la autonomía funcional mediante la prescripción, diseño y ejecución de actividades basadas en el ejercicio físico.

El ejercicio físico mejora las capacidades físicas de la persona, consiguiendo:

- Mejorar el desempeño al realizar actividades físicas con menos esfuerzo, permitiendo ser más autónomo o una mayor participación en las actividades de la vida diaria.

- Disminuir el riesgo de caída y la fragilidad percibida.
- Incidir positivamente en el entorno directo de la persona porque al mejorar su capacidad funcional disminuye la sobrecarga en la persona cuidadora.

Actividades que incluirá el programa:

- a) **Gerontogimnasia:** Actividad que podrá ser implementada por un profesional de enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional. Actividad física adaptada a personas en situación de dependencia, basada en ejercicios que se ajustan a las patologías y capacidad funcional de las personas usuarias, incluyendo movimientos de carácter funcional así como materiales o música para contribuir a enriquecer la actividad favoreciendo su dinamismo.

Se trata de promover un estilo de vida activo y saludable que contribuya a potenciar la salud, la capacidad funcional y por ende la calidad de vida de las personas mayores.

- b) **Circuitos de ejercicio multi-componente:** Actividad de carácter grupal que podrá ser implementada por profesionales de enfermería y/o fisioterapia. Programa de ejercicio multicomponente (en el que se incluyen ejercicios específicos para mejorar entre otras aptitudes físicas la fuerza, la resistencia, la flexibilidad y la coordinación) diseñado con el objeto de disminuir el riesgo de caída y la fragilidad de los usuarios mediante la mejora de su capacidad funcional.

- c) **Programa Vivifrail:** programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL AUTOCUIDADO

Dirigido a mejorar o mantener el estado de salud de la persona, a través de la sensibilización y la mejora de conocimientos y habilidades sobre su cuidado.

Entre los contenidos se contemplan la información sobre la enfermedad, la toma correcta de medicación y la educación en hábitos saludables.

El programa está dirigido a la persona y/o cuidador/a.

PROGRAMA DE HABILITACIÓN FUNCIONAL DESDE FISIOTERAPIA

Programa dirigido a revertir la pérdida de capacidad funcional así como a evitar o atenuar las complicaciones derivadas de la incidencia de patologías agudas o del curso y reagudización de patologías crónicas que pueden condicionar la capacidad funcional de la persona en situación de dependencia, mediante la aplicación de diferentes técnicas implementadas por parte de un profesional de fisioterapia en:

- fisioterapia geriátrica
- fisioterapia traumatológica
- fisioterapia cardiorespiratoria
- fisioterapia neurológica
- fisioterapia oncológica
- fisioterapia uroginecológica.

La intervención se llevara a cabo a partir de una valoración previa en la que se haya detectado las necesidades de la persona usuaria y se hayan establecido unos objetivos de intervención.

La intervención podrá extenderse a las personas cuidadores formales/informales, asesorando a éstos en pautas adecuadas a integrar en la dinámica diaria y la atención directa de la persona usuaria para contribuir a la consecución de los objetivos planteados.

PROGRAMA DE HABILITACIÓN FUNCIONAL DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Orientado a mantener, desarrollar o recuperar las destrezas precisas para mantener o alcanzar la máxima autonomía y calidad de vida posible.

Actividades:

- a) *Psicomotricidad*: actividades y movimientos adaptados a las necesidades de cada persona para mejorar su esquema corporal, lateralidad, orientación, coordinación y equilibrio (a la vez que se trabajan elementos afectivos y cognitivos).
- b) *Actividades creativas*: para entrenar diferentes aspectos motores como pueden ser: las pinzas, la fuerza de la mano, la sensibilidad a través de las diferentes texturas que se emplean... Además de todo el componente motor, se trabajan otros aspectos importantes como la atención, la memoria, la motivación y la afectividad de las personas usuarias mediante algo que les gusta.

- c) *Sesiones de rehabilitación funcional en pacientes con daño neurológico, involución psicomotriz:* actividades para ayudar a mantener y mejorar el rango articular del movimiento, la fuerza muscular, la resistencia, el tono, la coordinación y la destreza, particularmente en las extremidades superiores

La intervención se podrá extender a los cuidadores formales/informales, asesorando a estos en actividades que podrían desarrollar en el domicilio con el objeto de consolidar los objetivos planteados en cada caso de forma individualizada.

8.3.2 Servicio de Estimulación Cognitiva.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Proporciona una terapia especializada basada en la evaluación y entrenamiento neuropsicológico, es llevado a cabo por un Psicólogo y/o un Terapeuta Ocupacional y está dirigido a personas con deterioro cognitivo o fases iniciales de Demencia.

Consta de dos sub-programas de intervención complementarios:

- a) *Tratamiento Grupal.* Sesiones terapéuticas focalizadas en la estimulación de funciones cognitivas. Son sesiones grupales pero con actividades adaptadas y adecuadas a cada participante, basadas en una exploración Neuropsicológica previa y continuada.
- b) *Programa de intervención psicoeducativa familiar para el apoyo al tratamiento de estimulación cognitiva.* Sesiones de formación para que los familiares y/o personas cuidadoras puedan realizar ejercicios de estimulación cognitiva en el domicilio. Su objetivo fundamental es orientarles y formarles para que puedan apoyar a la persona una vez completado el tratamiento ambulatorio. Se entregará a la persona cuidadora y/o familiar material de estimulación cognitiva así como asesoramiento e información al respecto.

8.3.3 Servicio de Promoción, Mantenimiento y Recuperación de la autonomía funcional

PROGRAMA DE MEJORA DE LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Programa dirigido a mejorar la autonomía en las Actividades de la Vida Diaria, a través del entrenamiento en las propias actividades, el asesoramiento en técnicas de conservación de energía, economía articular e higiene postural, el asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo y la adaptación del entorno, además de la organización de la rutina diaria.

9. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN: PAI, HISTORIA DE VIDA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA.

9.1. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI).

Las intervenciones con las personas se realizarán desde el enfoque de Planificación centrada en la persona, definido en el presente pliego de condiciones técnicas.

Al ingreso de la persona usuaria, se efectuará una valoración geriátrica integral, física, funcional, mental y social, que recogerá junto con el resultado de la misma, los hábitos, gustos, preferencias y deseos de la persona usuaria, expresados por ella misma o a través de las personas que tengan atribuida la representación legal o ejerzan la guarda de hecho o familiar de referencia.

Toda esta valoración servirá de base para la elaboración del Plan de Atención Individualizada, que se realizará en los dos primeros meses de estancia en el centro, y que recogerá todas las actuaciones orientadas a mejorar la autonomía personal y la participación en el centro residencial. Constituye la herramienta básica en la que han de plasmarse todos los principios y criterios de intervención, de modo que facilite la organización del trabajo en torno a la persona.

Debe permitir continuar, completar y mejorar el proyecto de vida de cada persona mayor. Tiene que recoger tanto las limitaciones y dificultades de la persona como las capacidades, preferencias y deseos para lograr su máximo nivel de autonomía, recogiendo información de su biografía y utilizándola en la planificación de actividades y en la elaboración de materiales con contenidos significativos.

El PAI se realizará con la participación de la persona usuaria y/o las personas que tengan atribuida la representación legal o ejerzan la guarda de hecho o familiar de referencia, del que se le entregará copia.

Asimismo, deberá ser elaborado con la participación de todo el equipo técnico y del personal cuidador de referencia.

Recogerá todo lo referido a la relación e intervención profesional: cómo es la persona (valoración integral); qué puede ofrecerle el recurso para su calidad de vida (propuesta de intervención integral); qué debe hacer y cómo hacer cada profesional del recurso para lograrlo (previsión de apoyos y/o cuidados y criterios de realización de éstos).

La valoración del PAI será al menos una vez al año y siempre que las condiciones de la persona usuaria varíen significativamente.

Contenidos mínimos:

Fecha de ingreso	
Fecha del PAI	
Fecha de revisión del PAI	
Datos personales básicos	
Familiares de referencia y/o tutor legal	
Grado de dependencia	
Grado de discapacidad y tipo (si procede)	
Cobertura sanitaria	
Profesionales que intervienen en el PAI	
Profesional de referencia en el centro	
Resultado de la valoración integral: física (salud y funcional), social (personal y familiar) y mental (cognitiva y afectiva)	
Identificación del problema/s o necesidades principal/es en cada dimensión valorada	
Identificación de potencialidades y capacidades de la persona en cada dimensión	
Preferencias de la persona	
Determinación de las necesidades de apoyo que requiere y los recursos de que se dispone	

Elaboración de una propuesta de plan de intervención, priorizando objetivos generales, específicos y actividades a realizar, con pautas personalizadas, atendiendo al proyecto de vida de cada persona, y con la implantación de los apoyos necesarios.	
Identificación de programas del centro en los que puede participar	
Intervenciones programadas con responsable e indicadores de evaluación y con registro individual diario de incidencias.	
Acuerdo con la persona y/o familia.	
Seguimiento establecido: revisión de objetivos, al menos una vez al año y cuando se produzcan cambios significativos en la situación de la persona usuaria.	
Evaluación de los resultados (registrada)	

9.2. LA HISTORIA DE VIDA (*)

La Historia de vida puede ser definida como un tipo particular de narración donde la persona mayor elabora un relato de su propia vida. A diferencia de la biografía, que es realizada por otras personas, la historia vital es un relato, generalmente oral, narrado por la propia persona.

Cuando la persona no tiene capacidad suficiente para informar, la Historia de vida podrá ser completada o realizada por sus familiares o personas allegadas, siempre que la persona, o quien ejerza su representación, lo consienta.

La historia de vida ayuda a comprender de manera global a la persona desde su propia perspectiva, teniendo en cuenta las razones y justificaciones que ofrece su comportamiento (Villar, 2006).

Se trata de identificar, en la medida de lo posible a través de la persona usuaria o de sus familiares/personas allegadas:

- Su trayectoria de vida, en base a las experiencias a las que la persona otorga mayor significado.

- Los valores subyacentes a la persona.
- Las capacidades en base a lo que supo hacer en el pasado, lo que sabe hacer en el presente, lo que cree que podrá hacer en el futuro.
- Los gustos, intereses y preferencias expresados por la persona de forma indirecta.
- Sus personas más queridas: familiares, amistades, compañeros/as con quienes la persona guarda especial relación.
- Sus lugares preferidos: su domicilio, la casa del pueblo, el centro, la habitación, otras ciudades en las que ha vivido...
- Las anécdotas que le gusta recordar: eventos culturales, viajes, convivencias...
- Los intereses actuales, personas más importantes ahora, deseos actuales y planes de futuro.
- Toda la información derivada de la Historia de vida irá actualizándose siempre que se considere necesario.

Con toda esta información podrá elaborarse un Libro de Historia de vida o Álbum personal, que puede ir acompañado de fotografías y textos significativos para la persona.

En el caso de personas con grave deterioro, deberá estar en un lugar accesible y cercano a la persona, de tal forma que todas las personas que le atienden tengan acceso a ella.

Recoger y conocer esta información no tiene valor si no se utiliza para adecuar los planes individualizados de atención así como los programas y actividades que se ofertan desde el centro a las personas.

La historia de vida incorpora no sólo aspectos del pasado, sino también aspectos relacionados con el presente y el futuro.

“Un aspecto esencial de las historias de vida es su dinamismo”. Las historias de vida son historias inacabadas, se relatan en un determinado momento de la vida, pero la vida sigue, y la historia se sigue construyendo. Cada nueva vivencia puede no sólo añadirse a la historia de vida, sino que puede cambiar la manera de ver y entender acontecimientos pasados (Villar, F., Triadó, C., 2006).

Los centros residenciales que se adhieran al presente acuerdo de marco deberán incorporar la historia de vida en los nuevos ingresos que se

produzcan, e irán completándola de manera progresiva de todas las personas que ya están ingresadas, hasta alcanzar a la totalidad de las personas del centro a fecha de finalización del acuerdo.

(*) Se ha tomado como referencia el proyecto “Historias de vida” de Matia Instituto Gerontológico.

9.3. PROFESIONAL DE REFERENCIA.

Será el o la principal referente para un grupo pequeño de personas usuarias y sus respectivas familias. Su implantación en los centros se hará de manera progresiva. Se responsabilizará de cada una de ellas en relación con el desarrollo de su Plan de Atención Individual, y se ocupará y atenderá a otras personas. Será desempeñada habitualmente por personal de atención directa, combinando la prestación de cuidados personales con funciones dirigidas al desarrollo del Plan de Atención Individual de las 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. Por ello, será muy importante crear vínculos con la persona atendida y su familia. Además este o esta profesional será, en muchos casos, interlocutor de la persona usuaria ante profesionales especializados, asegurando la coordinación entre las necesidades y los apoyos que requiere la persona.

El desarrollo del rol de profesional de referencia sólo será posible si la organización lo apoya y facilita su desarrollo. Cuestiones como la eliminación progresiva de la rotación, la organización de encuentros periódicos con otros/as profesionales, el desarrollo de actividades formativas, etc. son algunas de las medidas que deberán desarrollarse en los centros. La vida cotidiana de las personas que viven en centros gerontológicos 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, viviendo, en definitiva la vida que desean.

Las funciones del/la personal de referencia en relación a la persona usuaria serán:

- a) Establecer con la persona 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 PAI, 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 individualizado de atención 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 puntual y completo registro 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 sobre aquella.

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.

En la designación del/la 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, y se procurará que sea un profesional de atención directa en los centros residenciales. No podrá serlo de más de seis personas usuarias en los centros residenciales y de doce en el caso de las estancias diurnas.

Para su designación se procurará consultar con la persona residente para saber cuáles son los/las profesionales con quienes tiene un trato más cercano o a quienes prefiere dirigirse cuando tiene un problema.

También será conveniente la consulta con los/as 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, y 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, si bien cada profesional tendrá asignados un número de residentes parecido.

Para ello será de gran importancia la progresiva eliminación de la rotación antes señalada. La asignación permanente del personal gerocultor 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.

10. DERECHOS Y DEBERES.

Las personas usuarias de las residencias accederán al uso de los espacios, instalaciones y servicios básicos y generales del centro y serán beneficiarias de las prestaciones y servicios que se contemplen en su plan de atención individual, en función de su situación de dependencia y de sus características y circunstancias personales. En todo caso, se garantizarán sus derechos de ciudadanía, así como los derechos y libertades que le corresponden en aplicación de la normativa :

Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, recogidos en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Ley Foral 15/2006, 14 de diciembre de Servicios Sociales, artículo 8 que regula los derechos y deberes de las personas usuarias de servicios residenciales.

Se especifican a continuación derechos y libertades de las personas usuarias que, aun estando recogidos en la legislación y en la normativa específica, es aconsejable una mayor observación en cuanto a su aplicación en el medio residencial:

1.- Privacidad:

Entendido como el derecho de las personas usuarias a preservar y a proteger sus ámbitos privados, evitando intromisiones no consentidas en su vida personal.

Las personas usuarias de las residencias tienen derecho a disponer y utilizar su espacio privado y, siempre que se encuentre en situación de uso adecuado de sus facultades funcionales y cognitivas, podrán conservar y proteger sus objetos personales, así como administrar sus propios bienes. Las revisiones de armarios serán motivadas por evidencias que así lo aconsejan y se realizarán en presencia de las personas interesadas.

Las habitaciones son consideradas espacios privados de las personas residentes. En lo posible, no se realizarán cambios de habitación, salvo que

sea aconsejable por circunstancias personales de la persona residente u organizativas del centro. En estos casos y con la suficiente antelación, debe informarse a la persona residente y su familia de los motivos del cambio. El traslado de habitaciones se realizará en presencia de las personas afectadas.

Tienen derecho a compartir voluntariamente habitación con su pareja o con otra persona, si mutuamente así lo desean. Las personas usuarias pueden recibir visitas en privado en sus habitaciones, en las salas de reposo o en otro lugar acondicionado para tal fin como sala de visita. Pueden reunirse y comunicarse en privado con quien lo deseen. Del mismo modo, tienen derecho a recibir y enviar correspondencia cerrada y a preservar el secreto de sus comunicaciones.

2.- Intimidad:

Las personas tienen derecho a que se respete su intimidad, aun cuando se precisen atenciones sanitarias o se necesite ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, más allá de los cuidados necesarios para su adecuada atención. Se deben evitar prácticas como la de ser aseado/a con las puertas abiertas de los baños, o realizar cambios de absorbentes en baños que no son los suyos o usar ropa no reconocida o rechazada, etc.

3.- Dignidad:

Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, en toda circunstancia, evitando situaciones vejatorias, de sufrimiento injustificado, menosprecio generalizado o grave desconsideración.

Se respetarán los valores y los hábitos personales siempre que no pongan en riesgo la convivencia y la seguridad de los usuarios y los trabajadores de la residencia o puedan ser motivo de riesgo higiénico o sanitario.

4.- Elección:

Posibilidad de elegir libremente entre una serie de opciones. Las personas usuarias de las residencias tienen libertad de elección entre las diversas posibilidades que ofrece el centro. Las normas para garantizar su estancia, el desarrollo de las relaciones de convivencia o para la participación en las actividades y servicios estarán orientadas a satisfacer las necesidades de los usuarios y la mejor organización del centro, facilitando el máximo ambiente de libertad que permita el respeto a las demás personas y la eficiente organización de la residencia.

Las personas usuarias pueden darse de baja en el centro si lo desean. Deben tener acceso a todos los recursos y áreas comunitarios fuera de la residencia: sanitarios, sociales, ocio y educación.

5.- Protección y garantía de derechos:

Mantenimiento de todos los derechos cívicos de las personas usuarias asociados a la ciudadanía, tengan o no limitadas sus capacidades funcionales, sensoriales y/o mentales.

Las residencias desarrollan procedimientos y criterios específicos para proteger a las personas contra el ingreso involuntario, de manera que ningún residente permanezca en el centro contra su propia voluntad.

Se establecerán los protocolos específicos y adecuados necesarios para comunicar a los órganos judiciales correspondientes la situación de residentes cuando sus derechos fundamentales puedan verse afectados por sufrir alguna enfermedad incapacitante, incluyendo en todo el proceso de información a la familia.

Cuando una medida disciplinaria conlleve la propuesta de expulsión de un servicio financiado mediante plaza pública o prestación vinculada al servicio, deberá ser comunicada previamente a la ANADP y contar con su autorización.

6.- Participación:

Participar, voluntariamente y de acuerdo con su capacidad, en las decisiones que le afecten y en la organización, programación y desarrollo de las actividades en el centro.

Se fomentará la participación activa de las personas usuarias en el centro mediante los canales de participación oportunos: reuniones entre personal y residentes, asambleas mensuales o cualquier otro tipo de actividades que fomenten y canalicen su implicación en la planificación y organización de actividades, discusión de problemas de convivencia, organización y distribución de tareas, y modificación de normas de funcionamiento.

7.- Obligaciones de las personas usuarias de los centros:

Conocer y cumplir lo dispuesto en relación a sus obligaciones y a las propias normas y principios básicos de convivencia.

Respetar las convicciones políticas, morales o religiosas del resto de las personas usuarias, así como del personal.

Respetar el buen uso de las instalaciones y medios del centro y colaborar en su mantenimiento, dentro de sus posibilidades.

Poner en conocimiento de los órganos de representación y/o de la Dirección del centro, las anomalías o irregularidades que se observen en el mismo.

Facilitar la información requerida para su correcta atención.

Abonar, mediante la forma y periodicidad legalmente establecidas, las cantidades destinadas al copago de los servicios recibidos o efectuadas para participar en la financiación del coste de sus estancias o servicios.

11. MEDIOS HUMANOS.

11.1. ATENCIÓN RESIDENCIAL

La metodología y práctica de las y los distintos profesionales que intervienen en el Centro residencial deberá guardar coherencia con los principios enunciados en el presente pliego técnico.

La atención que se presta se desarrolla básicamente a través de procesos de comunicación interpersonal, y por tanto el trato que se debe dispensar ha de responder y respetar necesariamente esos principios.

11.1.1 El Personal de los Centros.

Los Centros Residenciales podrán contar con:

- personal de *atención indirecta*: responsable del centro, de administración y de servicios generales (cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento y recepción),
- con *personal técnico especializado* (medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, psicología)
- y con personal de *atención directa* (cuidadores/as) las 24 horas del día,

Todo ello, sin perjuicio de la utilización de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea, cuando se precise para la atención especializada, las urgencias o para la atención médica y de enfermería .

Todo el personal del centro es igualmente necesario y trabajará de manera coordinada bajo un enfoque interdisciplinar.

PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA

El *personal de atención directa*, está integrado por cuidadores/as profesionales y tendrá especial relevancia por su papel determinante en el

bienestar de las personas mayores en tanto que están a su lado de forma continuada y conocen mejor a cada una de ellas.

Se trabajará para que cada profesional de atención directa sea profesional de referencia de un número determinado de personas, y se ocupe de una forma especial de la atención personalizada y el bienestar de las mismas y de estar en contacto con el equipo técnico y formularle las consultas que sean necesarias.

Se procurará que el personal de atención directa esté presente en la misma proporción todos los días de la semana.

Se garantizará en todos los centros residenciales la presencia de dos profesionales con el perfil de atención directa (cuidador/a) por la noche, y se irán incrementando en función del número de plazas, tal y como se recoge en los ratios de personal. Podrán realizar en dicho horario tareas de atención indirecta.

La ANADP en los centros residenciales de hasta 45 plazas, que no tengan una ocupación de más de 28 personas en situación de dependencia, podrá eximir de la exigencia de dos cuidadoras a la noche. En este supuesto, se descontará de los precios establecidos para cada grupo, la cuantía establecida en la cláusula 7. 1 de las condiciones particulares del Acuerdo Marco.

En el caso de que una misma profesional realice funciones de atención directa o indirecta, o distintas funciones de atención directa, deberá quedar establecido en su contrato y en la planificación del trabajo que número de horas dedica a una u otra función.

Se consideran tareas de **atención directa**, que deberán ser prestadas por personal que acredite la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en situación de dependencia en Instituciones Sociales, establecida por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre, según se determine en la normativa que la desarrolle.:

- Tareas asistenciales clásicas cómo aseo, desplazamiento, alimentación (incluye servir la comida) y vestido.
- Actividades de apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria y el desarrollo de proyectos vitales cómo: acompañar, conversar, tareas de ocio o apoyo a las actividades estimulativas y de desarrollo personal.
- Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de las personas usuarias.

- Acompañar a las personas usuarias en las salidas que este deba realizar ya sean para citas médicas, excursiones, gestiones, etc.
- Colaborar con el equipo multiprofesional mediante la realización de tareas que complementen los servicios de aquellos, en orden a proporcionar la autonomía personal de las personas usuarias y su participación en el centro.
- Atender, a familiares de las personas usuarias y colaborar a la integración de éstas en la vida del centro.
- En todas las relaciones o actividades con las personas usuarias, procurar complementar el trabajo asistencial, educativo y formativo que reciban de los profesionales.

Se consideran tareas de atención indirecta:

- Realizar las tareas propias de limpieza de las habitaciones y zonas comunes (camas, cambios de ropa, baños, ventanales y balcones, mobiliario etc.).
- Realizar las tareas propias de comedor-office (poner y retirar la mesa, servir la comida, limpieza del comedor y otras).
- Realizar las funciones propias de lavandería, lencería, uso y atención de la maquinaria, tener cuidado de la ropa de las personas usuarias y del centro.
- Realizar tareas de cocina.
- Tareas de mantenimiento.
- Recepción.

EL EQUIPO TÉCNICO

El Equipo técnico podrá estar integrado por profesionales diversos (médico-as, enfermera-os, psicólogo-as, trabajadores sociales, pedagogo-as, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, educadora-es, animadora-es, etc) que completan, junto con el personal de atención directa, el equipo multidisciplinar del centro. La distribución del trabajo del personal técnico será en horario de mañana y tarde.

Las **funciones** del equipo técnico incluirán:

- Realizar la valoración integral y participar en el diseño y la revisión del Plan de Atención Individualizada.
- Realizar las propuestas de tratamiento, pautas y apoyos.
- Diseñar y apoyar la formación continua del personal del centro.
- Evaluar las necesidades de apoyo de las familias, informarles y orientarles y desarrollar programas de intervención con las mismas.
- Apoyo al profesional de referencia en la atención cotidiana de la persona
- Seguimiento y evaluación periódica de cada caso.
- Diseño y evaluación de tratamientos, programas, protocolos y actividades.

EL TRABAJO EN EQUIPO.

Los centros residenciales promoverán una cultura y un clima organizacional de trabajo en equipo.

Los objetivos, tareas y funciones estarán bien definidas, explicitadas y formuladas y serán conocidas por todos/as las profesionales del centro.

Se posibilitará una adecuada comunicación mediante la escucha activa, la expresión de opiniones y críticas, la ayuda mutua, el diálogo como alternativa a los conflictos, y la toma de decisiones compartida.

Se organizarán reuniones para:

- Diseñar, planificar y evaluar los planes de atención individualizada.
- Sesiones de trabajo y formación.

11.1.2 Ratios de personal.

RATIOS MÍNIMOS EXIGIBLES PARA PODER CONCERTAR

Para poder concertar plazas residenciales, el ratio mínimo global exigible de la residencia en función del número de personas en situación de dependencia y no dependientes es el siguiente:

% DEPENDENCIA	Ratio Min para concertar
>0<40% Dependientes	338,00 h./usuario/año
>=40% - <60% Dependientes	405,00 h./usuario/año
>=60%- <80% Dependientes	472,00 h./usuario/año
>=80 Dependientes	539,00 h./usuario/año

En el cómputo de este ratio se incluirán las siguientes categorías profesionales:

- Personal de atención directa (cuidador)
- Personal técnico:
 - a. Personal médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.
 - b. Personal de enfermería.

DETERMINACIÓN DEL GRUPO DE RATIO A EFECTOS DE ABONO DEL MÓDULO

Para asignar a cada entidad de ratio, se procederá de la siguiente forma:

CÁLCULO DEL PORCENTAJE MEDIO ANUAL DE GRADO DE DEPENDENCIA EN LA RESIDENCIA.

De acuerdo al porcentaje medio anual de número de personas en situación de dependencia y no dependientes atendidas se establecen los siguientes grupos, indicando el porcentaje, el número de personas en situación de dependencia (Gran Dependiente, Severo y Moderado):

- >0<40% Dependientes
- >=40% - <60% Dependientes
- >=60%- <80% Dependientes
- >=80 Dependientes

ASIGNACIÓN PARCIAL DEL GRUPO RATIO (GRUPO RATIO POR CATEGORÍA PROFESIONAL)

Dependiendo del grupo de porcentaje de dependencia en el que se incluya la entidad, los grupos de ratio asignados por categorías profesionales es el siguiente:

Grupo Ratio	Categoría Profesional	0%-40%	40%-60%	60%-80%	80%-100%
1	Cuidador	<304	<388,4	<473	<557
	Enfermería	<42	<53	<65	<76
	Técnicos	<27	<32	<37	<43
2	Cuidador	304-316	412-388	473-508	557-604
	Enfermería	42-50	70-53	65-90	76-110
	Técnicos	27-33	45-32	37-57	43-69
3	Cuidador	>316	>412	>508	>604
	Enfermería	>50	>70	>90	>110
	Técnicos	>33	>45	>57	>69

Nota:

- El ratio está medido en horas/persona usuaria/año.
- La categoría profesional Técnicos incluye: Médico, Psicólogo, Psiquiatra, fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Trabajo Social, Educador/a Social, Pedagogía/Psicopedagogía.

DETERMINACIÓN DEL GRUPO DE RATIO GLOBAL A EFECTOS DE ABONO DEL MÓDULO:

Los centros residenciales que se acojan a este acuerdo marco, se encuadrarán en materia de exigencias de personal en los siguientes grupos de ratios, asignados en función de las siguientes combinaciones:

GR Cuidador	GR Técnicos	GR Enfermería	Conjunto	Grupo Ratio
1	1	1	1	Ratio I
2	1	1	211	Ratio I
2	1	2	212	Ratio II
2	1	3	213	Ratio II
2	2	1	221	Ratio II
2	2	2	222	Ratio II
2	2	3	223	Ratio II
2	3	1	231	Ratio II
2	3	2	232	Ratio II
2	3	3	233	Ratio II
3	1	1	311	Ratio II
3	1	2	312	Ratio II
3	1	3	313	Ratio III
3	2	1	321	Ratio II
3	2	2	322	Ratio III
3	2	3	323	Ratio III
3	3	1	331	Ratio II
3	3	2	332	Ratio III
3	3	3	333	Ratio III

Es decir, se establecen tres ratios por categorías profesionales (1, 2 y 3). Una residencia puede estar en un ratio distinto para cada una de las categorías profesionales (cuidador/a, enfermería y personal técnico).

Analizado el ratio de personal de cada centro en cada categoría profesional, se asignará definitivamente al grupo de ratio general teniendo en cuenta las combinaciones del cuadro anterior.

En cuanto a la distribución del personal, todos los centros residenciales, en horario nocturno, deberán contar con la presencia mínima de los siguientes profesionales de atención directa:

- Residencias de menos 100 plazas: dos cuidadores.
- Residencias de más de 100 plazas : tres cuidadores
- Residencias de más de 150 plazas : 4 cuidadores
- Residencias de más de 300 plazas : 5 cuidadores

En los centros de más de 150 plazas, uno de los profesionales deberá ser de enfermería.

En cuanto al personal de enfermería, podrá eximirse del cumplimiento del ratio mínimo de cada grupo, a aquellos centros residenciales cuya capacidad sea inferior a 50 plazas y no alcancen el 50% de ocupación entre plazas públicas que se ofertan y PVS. En este caso, se deberá garantizar la asistencia sanitaria desde la atención primaria de salud, previo acuerdo del SNS-O, y autorización la ANADP:

Los centros a los dos años de vigencia del acuerdo marco, podrán si aumentan los ratios iniciales, pasar a otro grupo de ratio.

Las personas usuarias a tiempo parcial en las estancias diurnas, a los efectos de dotación de personal, computarán según la proporción de su estancia en relación con una estancia completa.

11.1.3 Sustituciones:

El personal técnico será de obligada sustitución desde el primer día, cuando se prevea una baja, licencia o permiso superior a 15 días naturales o bien a partir del 16º día si la duración de la ausencia no hubiera sido previsible.

El personal cuidador será obligatoria su sustitución desde el 1º día con independencia de la duración de la baja.

Las reducciones de jornada por cualquier causa serán de obligatoria sustitución. No obstante, 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, supondrán el reintegro o regularización e la cuantía correspondiente al salario no sustituido.

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 de cada turno o en franja horaria concreta.

La Empresa o 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.

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.

Podrán concurrir en una sola persona varios perfiles profesionales diferentes en la medida en que sea posible en virtud de la normativa de aplicación. En este caso, el contrato de trabajo deberá determinar las tareas, y tiempos asignados a cada perfil profesional.

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 del centro, con funciones de supervisión y seguimiento, podrá estar a cargo de una de las siguientes figuras profesionales: trabajo social, psicología, enfermería, terapeuta ocupacional o fisioterapeuta.

11.1.4 La formación del personal.

Los centros residenciales, se responsabilizarán de la formación y preparación continua de sus trabajadores/as. Se deberá fomentar en los centros el desarrollo de acciones de formación e intercambio con el fin de fortalecer las competencias que capaciten a los profesionales para afrontar con éxito los retos que conlleva una atención dirigida al respeto de los derechos y la autonomía de las personas.

Anualmente se ejecutará un plan de formación dirigido a toda la plantilla del centro.

El plan de formación deberá incluir preferentemente:

1. Modelo de Atención centrada en la persona
 - a) Profesional de referencia.
 - b) Papel e interrelación con las familias.
2. La Historia de Vida.
3. Observación y escucha activa.
4. La Comunicación Interpersonal.
5. Intervenciones terapéuticas diseñadas desde las actividades cotidianas.
6. La comunicación con las personas con demencia.
7. Trabajo en equipo
8. Ética del cuidado, habilidades deliberativas sobre casos complejos y apoyo a preferencias que implican riesgos.

9. Prevención de riesgos: caídas, iatrogénica, infección, atragantamiento, fugas.

10. Patologías crónicas: control y seguimiento

11.2. SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

El personal que desarrolle estos programas deberá estar en posesión de la titulación de Terapeuta Ocupacional y Fisioterapia preferentemente. También Psicólogo/a y Enfermería.

El cómputo de horas de contratación del personal que desarrolle estos programas se realizará de forma exclusiva para la prestación de este servicio.

Su intervención profesional se adecuará a los requerimientos señalados en los apartados anteriores.

12. MEDIOS MATERIALES.

Las plazas se ubicarán en centros residenciales accesibles, en un ambiente seguro y hogareño, con habitaciones dobles o individuales, que en cualquier caso garantizarán la intimidad.

Cuando se cuente con jardines o espacios exteriores para el paseo o con accesibilidad a plazas o jardines públicos, se procurará que las personas usuarias se beneficien de ello.

Asimismo las residencias deberán contar con la infraestructura, equipamiento y mobiliario necesario para asegurar su adecuado funcionamiento y el confort de las personas usuarias y profesionales.

En todo caso deben cumplir los requisitos y condiciones exigidas por la normativa vigente en todas sus dependencias e instalaciones.

En este sentido, las residencias deben realizar el mantenimiento de sus instalaciones y llevar a cabo las revisiones y las actividades preventivas necesarias para disponer de las infraestructuras en correctas condiciones de uso, así como plantear las adaptaciones y actualizaciones necesarias.

Deben mantener en perfecto estado de uso todos los equipamientos y ayudas técnicas necesarias, así como de los instrumentos y materiales utilizados para el desarrollo de las actividades, protocolizando las acciones realizadas para conseguir esta finalidad.

Los materiales empleados en las terapias y actividades serán adaptados a la edad adulta de las personas usuarias.

Por otra parte, las necesidades son cambiantes y esto determina un proceso continuo de adaptación de los centros a la medida de las nuevas exigencias y en función de las posibilidades y limitaciones que se plantean en cada centro.

13. OTRAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS

13.1. DESIGNACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS.

Corresponde a la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas determinar las personas que han de ocupar las plazas objeto de contratación, comprometiéndose expresamente la entidad, a aceptar a las mismas para ocupar dichas plazas.

Todos los trámites necesarios, así como el alta en el servicio de la persona usuaria se realizarán en un plazo máximo no superior a siete días, desde el ofrecimiento de la plaza a la persona, salvo causas que justifiquen la demora, según criterio de la Agencia.

La fecha de alta en el servicio se computará desde el momento en el que se designe a la persona que va a ocupar la plaza.

La aportación individual mensual de la persona usuaria se calculará con arreglo a su situación económica, no pudiéndole exigir el centro cantidades complementarias por dichos servicios.

Existirán distintas aportaciones en función de la capacidad económica y de la asistencia al centro en el caso de estancias diurnas. Los servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia no conllevarán copago alguno.

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 Agencia 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 Agencia.

Se considera período de adaptación el constituido por los 30 días naturales siguientes a su alta en el servicio.

Si durante dicho periodo se apreciaran circunstancias que impidan la atención de la persona en el servicio, éste deberá ponerlo en conocimiento de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas mediante informe justificativo, y será la Sección correspondiente quien valore finalmente la conveniencia o no de mantener a la persona en el servicio.

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

13.2. ALTAS, BAJAS, INCIDENCIAS.

La entidad gestora de los servicios notificará por escrito a la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas las incidencias que se produzcan respecto de la incorporación de las personas usuarias al recurso asignado, relativas a las altas y bajas definitivas o temporales de las personas usuarias.

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.

La consideración de la idoneidad del servicio para cada persona usuaria, y el mantenimiento de la misma, será valorada por la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, conforme a criterios de beneficio e interés de la persona usuaria.

Tendrán la consideración de bajas definitivas las así originadas por el fallecimiento o la baja voluntaria, o por otras circunstancias consideradas por la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas.

Cualquier otro tipo de incidencia (cambios en la situación y necesidades de la persona usuaria, conflictos relacionales, impagos de cuotas, etc.) que afecten al correcto desarrollo del servicio deberán también ser comunicadas en el menor plazo de tiempo.

Se entiende por incidencias que requieren notificación:

- Ausencia superior o igual a 10 días consecutivos. Se notificará a la Sección correspondiente de la ANADP. Ello con independencia de cuál sea la causa que la motive (ingreso en centro sanitario, permanencia en el domicilio familiar, vacaciones o por cualquier otra causa). Dicho periodo dará derecho a la reserva de plaza.
- Ausencia superior o igual a 15 días consecutivos sin causa justificada. Podría dar lugar a la baja del servicio.
- Ausencia inferior a 60 días naturales a lo largo del año natural, no consecutivos. Informe motivado de la causa de ausencia de la persona usuaria (ingreso en centro sanitario, vacaciones, permanencia en domicilio familiar u otras causas). Dicho periodo dará derecho a la reserva de plaza. Salvo para los servicios de

promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, en los que dará lugar a la baja del servicio.

- En estos casos la persona usuaria deberá seguir aportando la tarifa correspondiente.
- La ausencia superior o igual a 60 días naturales a lo largo del año natural, no consecutivos, dará lugar a la baja definitiva del servicio. No obstante, la Agencia podrá autorizar una ausencia superior, previo informe motivado del centro.

Las incidencias que puedan suponer una propuesta de inicio de expediente sancionador de la persona usuaria, deberán notificarse a la Agencia, que procederá a instruir el correspondiente expediente. En el caso de que la resolución dictada suponga la suspensión temporal o definitiva del servicio (tanto en plaza objeto de contrato como en las financiadas mediante prestación vinculada al servicio), se deberá contar con la autorización previa de la ANADP. En ese caso, la persona expulsada quedará exenta del pago de la tarifa en la cuantía proporcional al periodo de expulsión.

Los/as responsables del centro cumplimentarán mensualmente el parte de notificación de incidencias a la ANADP. La entidad gestora del servicio notificará por escrito a la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas las incidencias que se produzcan respecto de la incorporación de las personas usuarias al recurso asignado, relativas a las altas y bajas definitivas o temporales de las personas usuarias, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que se produzcan.

13.3. RESERVA DE PLAZA.

Una vez realizada la primera ocupación de las plazas y producida la baja en alguna de ellas, la ANADP se reserva durante siete días la ocupación de la misma, sin contraprestación económica.

A partir de ese periodo dicha plaza dejará de tener carácter de reserva y podrá ser ocupada privadamente sin perjuicio de que la Agencia pueda recuperar dicha plaza cuando vuelva a quedar vacante durante un periodo de siete días.

En el momento en que se designe una persona para la ocupación de plaza, se considerará ocupada la misma, con el abono correspondiente del módulo económico.

En el caso de que un ingreso propuesto por la ANADP se demore más de siete días, el abono de precio de la plaza a partir del octavo día correrá a cargo de la persona designada para su ocupación.

13.4. PRECIOS PÚBLICOS.

Los precios públicos de referencia, aplicables a las personas usuarias de plaza concertada serán los mismos para todas las personas usuarias y centros, con arreglo a lo establecido en el Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, por el que se establece el régimen y las cuantías de los precios públicos de servicios prestados directa o indirectamente por dicho organismo.

La aportación individual mensual de la persona usuaria se calculará con arreglo a su situación económica.

13.5. EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Cada persona deberá contar con un expediente individual que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación. La entidad 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.

Documentación mínima que debe contener el expediente individual: DNI, datos familiares de contacto, incapacitación legal, certificado de dependencia, informes sanitarios y sociales, registro de incidencias, PAI, historia de vida, partes de enfermería e informes de seguimiento de los distintos profesionales del centro y cualquier otra información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación.

Así mismo, la entidad y el personal que tenga relación directa o indirecta con las personas usuarias, guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligadas a no hacer público o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.

La/s entidad/es seleccionadas se compromete/n expresamente al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y a formar e informar de las obligaciones que de tales normas dimanar.

Del mismo modo, el centro debe garantizar la seguridad en el sistema de almacenamiento de datos y en el manejo de la información, limitándose este uso para fines que tengan relación con los procesos de atención o aquellos

que sirvan para conocer y evaluar la situación de las personas usuarias con fines de mejora en los procesos asistenciales.

En todo caso será de aplicación la normativa vigente sobre protección de datos.

La puesta en marcha de estas medidas de protección de datos no afectarán en ningún caso a la necesidad de que toda la información estadística manejada de personas usuarias implicadas esté desagregada por sexo.

La entidad y el personal no podrán proporcionar información sobre las personas atendidas ni sobre las actividades realizadas a ninguna persona o entidad sin el permiso explícito de las personas responsables de la Agencia.

14. EVALUACIÓN, INDICADORES Y MEMORIAS.

14.1. EVALUACIÓN

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

Un eje destacado, tanto de las evaluaciones internas como de las externas, es el grado de implantación de la Atención Centrada en la Persona, destacando su importancia en la definición de los servicios como apoyos al proyecto de vida de las personas y su autodeterminación.

Las evaluaciones girarán en torno a tres ejes (calidad del servicio, ACP y resultados en las personas).

1. ASPECTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DEL SERVICIO

Incluye elementos como la atención integral, los cuidados, la seguridad, la actividad eficiente, etc. Incluirá la evaluación, al menos, de los siguientes:

- Actividad
- Yatrogenia
- Caídas
- Atención Sanitaria
- Incidencias

2. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Los 10 componentes del modelo ACP-G (Martínez 2018), sus dos dimensiones y los 10 componentes que lo desarrollan. Incluye la aplicación de encuestas y la evaluación externa de profesionales expertos/as.

2.1. Prácticas centradas en la persona

1. Conocimiento de las personas usuarias.
2. Autonomía. Apoyo en las propias decisiones, control sobre las elecciones y cuestiones de la vida cotidiana.
3. Comunicación. Respetuosa y potenciadora, que tiene en cuenta la perspectiva de las personas.
4. Individualización/Bienestar. Atención flexible y adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona.
5. Intimidad. Tanto en las atenciones corporales como en la protección de su información personal y asuntos más íntimos.

2.2. Entorno facilitador de ACP

1. Actividad cotidiana.
2. Espacio físico.
3. Familia y amistades.
4. Comunidad.
5. Organización.

3. RESULTADOS EN PERSONAS

- ✓ CALIDAD DE VIDA (personas mayores y profesionales)
- ✓ SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS (personas mayores y familias)
- ✓ SATISFACCION LABORAL (profesionales)

14.1.2. INDICADORES

Se utilizará una batería de indicadores que permitirán evaluar el progreso de la calidad del servicio en los tres ejes (calidad del servicio, ACP y resultados en las personas).

Algunos de estos indicadores pueden ser los siguientes:

1. INDICADORES DE ASPECTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DEL SERVICIO

La evaluación de la atención prestada en los centros residenciales se deberá realizar con una combinación de:

1. Observación de la atención dispensada.
2. Encuestas dirigidas a recoger la opinión de las personas usuarias de los servicios
3. Encuestas a profesionales
4. Indicadores objetivos de progreso.

Al finalizar cada año las Residencia remitirán a la Sección de Personas Mayores de la ANADP, información sobre los siguientes indicadores de progreso:

1. Actividad
 - % de Ocupación: nº de plazas ocupadas /nº total de plazas del centro
 - % de personas con valoraciones integrales: Nº de personas usuarias con valoraciones
 - integrales finalizadas / nº total de personas usuarias del centro.
 - % Altas voluntarias: nº de altas / nº de plazas.

2. Yatrogenia

- Media de medicamentos por persona usuaria: Media N° I de medicamentos pautados al día /N° total de personas
- Tasa de uso de psicofármacos: Media N° psicofármacos/día/n° total de personas.
- Errores de medicación: N° de personas con incidencia de Errores de medicación /N° total de p. usuarias.

3. Caídas

- Tasa de caídas: N° total de caídas/ N° total de p. usuarias.

4. Atención Sanitaria

- Derivación a urgencia: N° de personas usuarias con incidencia de derivación a urgencia / N° total de personas usuarias.

5. Incidencias

- Dolor: N° de personas con incidencia de Dolor / N° total de personas del centro.
- Ingreso hospitalario: N° de personas con incidencia de Ingreso hospitalario/ N° total de personas del centro.
- Agitación N° de personas con la incidencia /N° total de personas del centro.
- Agresión: N° de personas con la incidencia /N° total de personas del centro

6. Calidad de Vida de las personas usuarias

- Adaptación de la Escala de Calidad de Vida, de Baker e Intagliata (1982).

2. INDICADORES DE ESTRUCTURA Y PROCESO VINCULADOS A LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Relacionados con los 10 componentes del modelo ACP. Provenirán de los indicadores observados y documentados en la evaluación externa realizada por expertos. Son indicadores de estructura y proceso.

3. INDICADORES DE RESULTADOS EN PERSONAS

- ✓ CALIDAD DE VIDA (personas mayores y profesionales)
- ✓ SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS (personas mayores y familias)
- ✓ SATISFACCION LABORAL (profesionales)
- ✓ Otros indicadores de resultados en personas que se consideren importantes vinculados a la ACP, por ejemplo, percepción de los actores del cuidado sobre aspectos clave como intimidad, elección en la vida residencial, actividad con sentido...provenirían de las encuestas aplicadas a personas mayores, familias u y profesionales.

14.1.3. MEMORIAS

En el primer trimestre del año, cada centro remitirá a la ANADP la memoria correspondiente al ejercicio anterior, en base a un modelo que será facilitado por la propia Agencia.

Incluirá los indicadores antes descritos y los resultados detallados de las encuestas de satisfacción efectuadas.