Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas
Pertsonen Autonomiarako eta Garapenerako Nafarroako Agentzia
González Tablas, 7
31005 PAMPLONA/IRUÑA
Tel. 848 42 69 00
info.derechossociales@navarra.es

Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua
Departamento de Derechos Sociales
Eskubide Sozialetako Departamentua

PRESCRIPCIONES TÉCNICAS DE LOS PLIEGOS REGULADORES QUE HAN DE REGIR LA CONTRATACIÓN PARA EL PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL SOCIOSANITARIO, CONSISTENTE EN ESTANCIAS RESIDENCIALES, ESTANCIAS DIURNAS Y SOPORTE EN DOMICILIOTEMPORALES DE CARÁCTER SOCIOSANITARIO Y REHABILITADOREN LAS ÁREAS DE TUDELA, ESTELLA Y TAFALLA.

1 MARCO NORMATIVO. 4
2 OBJETO DE LA CONTRATACIÓN. 6
3 DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS. 7
4 PRINCIPIOS EN LOS QUE DEBE BASARSE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. 8
5 DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE. 10
5.1 ATENCIÓN RESIDENCIAL SOCIOSANITARIA. 10
5.2 ATENCIÓN DIURNA SOCIOSANITARIA INCLUIDO TRANSPORTE ADAPTADO. 17
5.3 SERVICIO DE SOPORTE DOMICILIARIO. 18
5.4 CONTENIDO DE LAS ACTIVIDADES 20
5.5 PROTOCOLOS Y REGISTROS MÍNIMOS: 21
6 HORARIO DE ATENCIÓN. 23
6.1 ATENCIÓN RESIDENCIAL 23
6.2 ESTANCIA DIURNA 23
6.3 SOPORTE DOMICILIARIO. 23
7 PERSONAS DESTINATARIAS 24
7.1 SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL: 24
7.2 SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA INCLUIDO TRANSPORTE ADAPTADO: 24
7.3 SERVICIO DE SOPORTE DOMICILIARIO: 24
8 DERECHOS Y DEBERES. 25
8.1 Privacidad: 25
8.2 Intimidad: 26
8.3 Dignidad: 26
8.4 Elección: 26
8.5 Protección y garantía de derechos: 26
8.6 Participación: 27
8.7 Obligaciones de las personas usuarias de los centros: 27
9 GESTIÓN DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL Y DIURNA INCLUIDO EL TRANSPORTE ADAPTADO 27
9.1 RESIDENCIAL: Lote 1 Tudela, Lote 2 Estella y Lote 3 Tafalla. 27
9.2 DIURNA Y TRANSPORTE: Lote 4 Tudela, lote 5 Estella y Lote 6 Tafalla 28
10 MEDIOS HUMANOS. 28
10.1 ATENCIÓN RESIDENCIAL Y DIURNA CON TRANSPORTE ADAPTADO PARA LAS ÁREAS DE TUDELA, ESTELLA Y TAFALLA. 28
10.2 EXIGENCIAS MÍNIMAS EN ATENCIÓN RESIDENCIAL DE: LOTE 1 TUDELA, LOTE2 ESTELLA Y LOTE 3 TAFALLA 30
10.3 EXIGENCIAS MINIMAS ATENCIÓN DIURNA Y TRANSPORTE ADAPTADO DE: LOTE 4 TUDELA, LOTE5 ESTELLA, LOTE 6 TAFALLA 31
10.4 EXIGENCIAS MÍNIMAS DE PERSONAL DEL SERVICIO DE SOPORTE DOMICILIARIO... 31
10.5 SUSTITUCIONES: 32
10.6 LA FORMACIÓN DEL PERSONAL. 33

11 MEDIOS MATERIALES. 33
12 OTRAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS 34
12.1 DESIGNACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS. 34
12.2 APORTACIÓN ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS 34
12.3 EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN 34
13 SISTEMA DE SEGUIMIENTO ORIENTADO A LA EVALUACIÓN 35
14 BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO 37

1 MARCO NORMATIVO.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, en su capítulo I define el catálogo de prestaciones de atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. En su punto 2, el artículo 14 de la referida ley, establece que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

a) Los cuidados sanitarios de larga duración
b) La atención sanitaria a la convalecencia
c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Y en el punto 3, establece que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes.

Por su parte**, 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, los servicios de atención a Domicilio, los servicios de estancia diurna y el servicio de atención residencial. Concretamente, 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 de calidad del servicio. Entre las prestaciones garantizadas que contempla dicha Cartera se encuentra los servicios descritos en el párrafo anterior.

La Orden Foral 336/2009, de 12 de noviembre, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, regula el acceso a los servicios de ingresos temporales destinados a la atención de personas mayores dependientes, personas con discapacidad y personas con enfermedad mental en la Comunidad Foral de Navarra.

El **Plan de Salud de Navarra 2014-2020**, introduce una línea estratégica de atención a la discapacidad y promoción de la autonomía, entre cuyos objetivos figura la disminución de la discapacidad y la promoción de la autonomía personal, con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El mencionado Plan, entre sus programas, plantea la creación de servicios de convalecencia residencial rehabilitadora que incluirían acciones como:

La definición de los perfiles de pacientes y procesos susceptibles de convalecencia residencial rehabilitadora.

Caracterización y disposición de camas en centros sociosanitarios de media estancia.

Definición de la cartera de servicios de centros de media estancia.

Planificación de necesidades de camas sociosanitarias.

Definición de las necesidades temporales de atención por procesos.

La **OMS** en su "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud", incide en la capacidad funcional como uno de los principales indicadores de salud en las personas mayores.

El proyecto de atención integrada sociosanitaria que se viene trabajando desde 2016 en la Comunidad Foral, prevé la dotación de recursos temporales que respondan a lo establecido en la mencionada Ley 16/2003, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, generando estos recursos en el entorno más cercano a las personas usuarias. Teniendo en cuenta que todavía no se ha desarrollado desde el Departamento de Salud una caracterización de los centros sociosanitarios de media estancia, ni se ha definido la cartera de servicios de los mismos, y disponiendo en nuestra comunidad de una amplia red de centros residenciales, se plantea la habilitación de plazas para la atención en domicilio, estancias diurnas y atención residencial sociosanitaria. Sin embargo, la estructura y dotación de los centros residenciales no se puede equiparar a la de los centros sanitarios, por lo que se hace necesario restringir la atención a unos perfiles de necesidad muy concretos, centrados al nivel de atención al que hace referencia la ley 16/2003 de rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Actualmente, los centros residenciales vienen prestando alguno de estos servicios de forma privada, o a través de las estancias temporales reguladas en la cartera de servicios sociales. La creación de estos servicios proporciona el acceso temporal y gratuito a los mismos, a la vez que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, en tanto que provee de servicios destinados a disminuir la discapacidad generada por la enfermedad y por lo tanto reduce la necesidad de recursos de apoyo a futuro, y porque son servicios prestados en un entorno cercano a la persona usuaria y de menor coste de estructura.

En el año 2015 se pilotó en el área de Tafalla una experiencia de carácter residencial con este diseño dirigida a personas que habían sufrido un déficit funcional por ictus o fractura de cadera, experiencia que se valoró positivamente, a pesar de su corta duración en el tiempo y del número limitado de casos atendidos. El proyecto sociosanitario implantado desde 2018 abarca no sólo más casuística de necesidades sanitarias y sociales, sino un abanico de acciones que contemplan desde la prevención, la detección y el trabajo conjunto de los equipos de atención primaria social y sanitaria, el abordaje de situaciones de necesidad en todos los tramos de edad, etc., además de tener personal específico asignado.

Contempla tres tipos de servicios (residencial, diurno y domiciliario), en función de la necesidad de la intervención y de la situación socio-familiar de las personas.

Dada la colaboración establecida entre el Departamento de Salud y el Departamento de Derechos Sociales en el marco de desarrollo de actuaciones para implantar un sistema de atención sociosanitaria coordinada e integrada. Y tras la experiencia que se ha ido adquiriendo en estos años, la Comisión Directora para la Atención Integral Interdepartamental acordó extender el modelo de Tafalla al resto de la Comunidad Foral, iniciando su implantación en las áreas de Tudela y Estella en al año 2021, para continuar en el año 2022, previo análisis de la demarcación territorial idónea, con el resto de zonas de Navarra. Así mismo es necesario sustentar esta estrategia en unas condiciones que posibiliten su desarrollo teniendo en cuenta la dimensión, trascendencia e importancia que supone en el ámbito de la atención sociosanitaria impulsada por ambos Departamentos.

Es por ello que el 3 de febrero de 2021, mediante Acuerdo de Gobierno se aprobaron las condiciones para el desarrollo del Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria en las áreas de Tudela, Estella y Tafalla.

Destacar que el número de plazas necesarias para la prestación del servicio se ha calculado teniendo en cuenta la experiencia de estos años en Tafalla y las dimensiones poblacionales de los territorios.

2 OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.

Las presentes prescripciones tienen por objeto describir el contenido del servicio público para la contratación de:

ATENCIÓN RESIDENCIAL:

LOTE 1: 3 plazas de atención residencial sociosanitaria para el área de Tudela.

LOTE 2: 2 plazas de atención residencial sociosanitaria para el área de Estella.

LOTE 3: 2 plazas de atención residencial sociosanitaria para el área de Tafalla.

ATENCIÓN DIURNA CON TRANSPORTE ADAPTADO:

LOTE 4: 5 plazas de atención diurna sociosanitaria para el área de Tudela con transporte adaptado.

LOTE 5: 4 plazas de atención diurna sociosanitaria para el área de Estella Tudela con transporte adaptado

LOTE 6: 4 plazas de atención diurna sociosanitaria para el área de Tafalla Tudela con transporte adaptado

.

EQUIPO DE SOPORTE DOMICILIARIO

LOTE 7: 1 equipo de soporte domiciliario de carácter sociosanitario y rehabilitador en el área de Tudela.

LOTE 8: 1 equipo de soporte domiciliario de carácter sociosanitario y rehabilitador en el área de Estella.

LOTE 9: 1 equipo de soporte domiciliario de carácter sociosanitario y rehabilitador en el área de Tafalla

Asimismo, se establecen 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, con las características sociosanitarias que se establecen en el Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria.

Las plazas residenciales y de atención diurna que se adjudiquen quedarán a disposición de Departamento de Derechos Sociales desde la primera ocupación.

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

3 DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS.

Los Servicios de atención sociosanitaria se prestarán con carácter temporal y tendrán por objeto proporcionar atención inmediata a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de carácter preventivo y rehabilitador, para promover la autonomía, la permanencia en el entorno habitual y el apoyo a las personas cuidadoras. El servicio se prestará en tres niveles asistenciales y con la siguiente temporalidad:

1) **Servicio de Atención Residencial:** prestado en establecimiento residencial, con el fin de ofrecer atención integral a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales, con especial hincapié en la rehabilitación funcional de las personas y en la preparación para la vuelta al domicilio o la derivación a otros soportes de carácter residencial o diurno. Temporalidad: máximo un mes, salvo circunstancias excepcionales que recomienden su prórroga.
2) **Servicio de Atención Diurna y transporte adaptado:** prestado en un servicio residencial o en centro de día, con el fin de ofrecer durante el día atención básica a las necesidades personales, terapéuticas, socioculturales, con especial hincapié en la rehabilitación funcional de las personas, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras. Además, se incluye el servicio de transporte adaptado prestado en un vehículo acondicionado para trasladar a las personas usuarias de atención diurna sociosanitaria a dichos servicios. Temporalidad: máximo 3 meses por persona.
3) **Equipo de Soporte Domiciliario:** engloban un conjunto de servicios prestados en el domicilio de las personas, y que tienen por finalidad el apoyo y/o sustitución en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las tareas domésticas, los cuidados sanitarios básicos, la habilitación mediante terapia ocupacional y el apoyo, formación y asesoramiento a la familia o red de cuidados. Temporalidad: máximo 1 mes salvo circunstancias excepcionales que recomienden su prórroga.

Las entidades adjudicatarias deberán garantizar el inicio del servicio en un plazo máximo de 48 horas desde su derivación.

Objetivos de los servicios:

1) Recuperar el mayor grado de autonomía posible para las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, a través de la estimulación y la reeducación.
2) Conseguir que después de la aplicación de recuso la persona vuelva a su entorno, domicilio o lugar de residencia original.
3) Identificar factores de riesgos físicos y sociales que puedan agravar la situación de dependencia o dificulten la mejora.
4) Estimular la participación en actividades individuales y colectivas, de la vida comunitaria, en función de las capacidades psicofísicas, potenciando un estilo de vida activo y la socialización.
5) Evitar la institucionalización.
6) Establecer una coordinación óptima con otros recursos asistenciales: servicio de ayuda a domicilio, adaptación de vivienda, estancias temporales o de respiro.
7) Asesorar, formar y apoyar a las personas y a sus familiares en las medidas a adoptar para facilitar los cuidados necesarios, tanto los cuidados personales como las adaptaciones del domicilio que faciliten la permanencia en el mismo, disminuyendo la sobrecarga de las personas cuidadoras.
8) Asegurar la continuidad de cuidados de la persona, manteniendo la adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que la atienden, e integrando los servicios necesarios para responder a sus necesidades de una forma integral.
9) Facilitar un medio de transporte para el acceso a la atención diurna.

4 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, 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 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, 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, así como prevenir 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 sean significativas para cada persona.

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 atención garantizando 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.

j) Planificación, programación, coordinación y evaluación de la actividad, y cumplimiento de la misma siguiendo las indicaciones efectuadas por el ECoSS, y en su caso por el Departamento de Derechos Sociales, así como 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, se deberá 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 profesionales y las personas atendidas.

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 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. 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 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 buscan 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, 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*

7) *fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de las mismas.*

8) *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.*

9) *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 influyen de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se ha 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.*

10) *Somos seres sociales y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia. Nos desarrollamos y vivimos socialmente y 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 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.

11) *Las personas somos seres multidimensionales dinámicas, por tanto, sujetas a cambios. 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).

5 DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE.

5.1 ATENCIÓN RESIDENCIAL SOCIOSANITARIA.

Atendiendo a las circunstancias actuales de pandemia y dadas las limitaciones que están sufriendo los centros sociosanitarios, las personas que viven en residencia inevitablemente se tendrán que atener a las indicaciones que disponga el Departamento de Salud para el funcionamiento y organización del centro. Una vez superadas las adversas condiciones se recuperará la actividad cotidiana del centro y por tanto a continuación señalamos los requerimientos para la mismas.

El centro en el que se preste este servicio debe 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 en situación de dependencia o necesidad sociosanitaria, la familia y el personal que trabaja en el centro.

5.1.1 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 individuales 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 (temporal o definitiva) 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 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 adecuar 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 deben implementarse.

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. En cada área al menos una de las plazas contratadas será en habitación individual.
2. Se favorecerá la existencia de espacios adecuados para la intimidad, mecanismos de privacidad en baños, habitaciones y zonas compartidas.
3. 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.
4. 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.
5. Las zonas comunes de los centros se adecuarán para lograr entornos más humanos, familiares y reconocibles para las personas.
6. 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.
    a. Acompañamiento. Se facilitará el acceso de familiares o personas que así lo soliciten para el acompañamiento en horario nocturno, cuando las circunstancias así lo requieran.
    b. Los espacios estarán debidamente señalizados y permitirán la libre deambulación 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.

c) Manutención.

Se considerarán aspectos relacionados con las necesidades y preferencias de las personas tanto en la elección de los menús como en los horarios. Se ofrecerá: Servicio de 5 comidas diarias. (Desayuno, comida, merienda y cena; pudiendo optar bien por un almuerzo o 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 comunicada 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 garantizarán los tiempos de ingesta en función de los diversos grados de autonomía de las personas. Ello incluirá dar de comer a la boca, así como la nutrición e hidratación artificial enteral por prescripción facultativa. Se contemplará la posibilidad de que las personas puedan comer en compañía de sus familiares, amistades y visitantes, siendo a su cargo el abono de los servicios que reciban. Cuando sea posible, se intentará que las comidas del centro residencial se hagan en espacios donde no haya muchas personas, para conseguir un ambiente más parecido al propio hogar.

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.

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 para ellas.

e) Lavandería

Se realizará el marcado, arreglo, lavado, secado, planchado, y mantenimiento menor de la ropa (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.

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 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 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 trasferencias, etc.).

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

5.1.2 Programas de intervención.

La estancia en el recurso de atención residencial sociosanitaria se desarrollará siguiendo el siguiente esquema:

- En el momento del ingreso, tras la fase de acogida que podrá ser realizada por el o la profesional que el centro decida, la persona y su familia junto los servicios de la entidad adjudicataria, de enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, acordarán el plan de intervención concreto, ratificando/reajustando los objetivos establecidos por el servicio derivante y determinando las modificaciones que consideren oportunas contando con el equipo de coordinación sociosanitaria (ECoSS).
- Se designará, en este momento, al profesional de referencia en el centro.
- El seguimiento se realizará diariamente por parte del servicio de enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia, y desde el centro informarán semanalmente al ECoSS de su evolución.
- Desde su ingreso, el ECoSS deberá trabajar junto a la persona y su familia, la continuidad de la atención y los recursos que precisará en el momento del alta del recurso asignado; en cualquier caso, se tendrá en cuenta el tiempo máximo de permanencia en el recurso (un mes) que únicamente podrá prolongarse si se prevé una consecución de dichos objetivos a corto plazo. Se deberá informar de manera continua a la persona o a su representante legal sobre su evolución y alternativas de cuidado al alta.
- La fecha de alta se comunicará a la persona y a su familia con la suficiente antelación.
- El equipo multidisciplinar del centro emitirá un informe con la evolución durante el periodo de estancia en el recurso, la situación funcional en la que se encuentra la persona, las recomendaciones terapéuticas y una propuesta de plan de cuidados.
- El ECoSS supervisará las actuaciones de los recursos previstos en este pliego y facilitará el cumplimiento de las mismas. En caso de no conformidad dará cuenta de las mismas al Departamento de Derechos Sociales.
- Las actuaciones de cara a la continuación de cuidados, serán asumidas por equipo ECoSS y pudieran ser las que se señalan a continuación o las que pudieran proponer la persona y su familia:
- Si la persona vuelve al domicilio, ECoSS trabajará con los equipos de atención primaria y/o equipos operativos de zona (EOZ) correspondientes de cara a la planificación y la gestión del caso.
- Si la persona ingresa en centro residencial, el ECoSS se pondrá en contacto con dicho centro residencial para transmitir la información necesaria y gestionar el traslado.
- Si la persona opta por otra alternativa diferente a la señalada, ECoSS facilitará que ésta se lleve a cabo en un entorno adecuado, posible y adaptado su vida.

A) ***PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD PRESTADO POR EL CENTRO***

El ECoSS, previamente al ingreso de una persona, remitirá al centro los informes sanitarios y sociales que disponga, así como los objetivos y plan de cuidados propuestos.

Las obligaciones del Programa:

- Elaboración, colaboración y seguimiento del plan de atención sanitaria individualizado, programando, ejecutando y evaluando los tratamientos y cuidados.

- 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.
- Realización de educación sanitaria y promoción de la salud, dirigida a la persona usuaria, familia y personal cuidador, para mejorar su calidad de vida y favorecer el regreso al domicilio en las mejores condiciones posibles.
- Información a la persona o a su representante legal sobre los procesos y cambios que le afecten.
- Coordinación con el ECoSS y el equipo multidisciplinar del centro, asesoramiento a profesionales y familia.

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

- Atención a demanda y de urgencia, tanto dentro como fuera del horario ordinario.
- Coordinación con el ámbito sanitario de atención primaria y especializada, en especial con la Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.
- 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.

B) ***PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL***

La atención social se prestará a través del ECoSS, en coordinación con el personal del centro, e incluye:

- Pre-acogida, acogida y acompañamiento en la estancia en el centro. Junto con el o la profesional de referencia, por su trabajo con las familias tiene un papel importante en la elaboración de la historia de vida.
- Seguimiento del proceso de adaptación, propiciando la inclusión de la persona en las dinámicas del centro.
- Participación en el diseño del Plan de Atención, junto con la persona/familia y el resto del equipo profesional.
- Información sobre recursos existentes. Gestión de expedientes y trámites relacionados con la valoración y revisión de la situación de dependencia. Responsable de las cuestiones relacionadas con las prestaciones de carácter público. Asesoramiento en los procesos de modificación de la capacidad.
- Integración en la comunidad. El conocimiento de los servicios y recursos del área en que se encuentra el centro para facilitar que las personas sigan utilizándolos tras el ingreso, o accedan a los mismos si es su deseo.
- Planificación del alta y apoyo a la persona usuaria y familia en el proceso.
- Acompañamiento a las familias en procesos finales de la vida y duelo tras el fallecimiento de la persona.

- Mediación en conflictos entre residentes y con las familias/personas allegadas.
- Atención Comunitaria. Coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario, con objeto de establecer cauces de comunicación, optimizar recursos, establecer las oportunas derivaciones y realizar las actuaciones necesarias para lograr una integración, participación e interrelación entre las personas residentes y el entorno donde se ubica el centro.
- Coordinación y fomento del voluntariado.
- Intervención con las familias al ingreso de la persona residente y en el diseño del plan de atención. Apoyo y motivación a la familia, intervención familiar y organización de actividades que faciliten las relaciones de la persona con su familia para potenciar o mantener su vínculo.
- Motivación de las familias, fomentando su participación, si se desea, en los cuidados personales, en el Proyecto de vida de su familiar y en las actividades diarias que se llevan a cabo en el centro.
- En todo caso, si la persona lo desea, se fomentará la relación con sus familiares, personas allegadas y amistades, facilitando las visitas y estableciendo actividades que promuevan las relaciones.
- Fomento y apoyo a la creación de asociaciones de familiares y su participación en el desarrollo del centro.

C) PROGRAMA *DE* ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA

Estará dirigido a recuperar 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. Tiene también como objetivo la prevención, recuperación, mantenimiento y alivio de los trastornos del movimiento que puedan limitar el funcionamiento efectivo y eficaz de una persona.

La intervención se extenderá a las personas cuidadoras formales/informales, asesorando a éstas en pautas adecuadas para integrarlas en la dinámica diaria y la atención directa de la persona, de cara a contribuir a la consecución de los objetivos planteados.

Comprenderá intervenciones individuales y grupales:

- **Actividades individuales**. Se realizarán en función de las necesidades de cada persona y teniendo en cuenta las diferentes patologías. Se darán tratamientos específicos, puntuales y adaptados a cada tipo de residente, con el objetivo de la recuperación funcional y mejora de la autonomía. Incluirá, según las necesidades de las personas: 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 deambulación, detección y diagnóstico de situaciones de riesgo; caídas, prevención y tratamiento de secuelas.

  Además de la coordinación con el ECoSS, el equipo multidisciplinar del centro, asesora a profesionales y familia en orden a facilitar la vuelta al domicilio.

- **Actividades en grupo:** relajación, gimnasia o gerontogimnasia y circuitos de ejercicio multi-componente.

Además de las intervenciones reseñadas, realizará un registro evolutivo diario de la situación de la persona, y realizará la valoración funcional mediante escalas, en colaboración con el personal de terapia ocupacional.

D) PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Dirigido al mantenimiento de la independencia funcional y promoción de la autonomía personal en las Actividades de la Vida Diaria, a través de la prevención en la salud y la adaptación personal y social con la finalidad de mejorar la calidad de vida a través de la participación en ocupaciones significativas para la persona.

Incluirá actividades grupales e individuales, asesoramiento al personal del centro y a las personas cuidadoras formales/informales, recomendando a éstas 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.

Intervenciones en las diferentes fases de la atención:

- En la fase de valoración integral: evaluando el grado de autonomía en la realización de las AVD, identificando potencialidades y limitaciones para el desempeño de las mismas consensuando con el ECoSS, 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 habilitación y mantenimiento de la independencia y autonomía en las AVD de manera individualizada. Incluirá el asesoramiento y apoyo a las familias en las formas de desempeño de las Actividades de la Vida Diaria.
- Asesoramiento y apoyo al personal cuidador/a en técnicas ergonómicas y uso de productos de apoyo, así como en el acompañamiento en la práctica de las actividades de autocuidado de las personas residentes.

E) 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, 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.

5.2 ATENCIÓN DIURNA SOCIOSANITARIA INCLUIDO TRANSPORTE ADAPTADO.

Esta atención puede prestarse en atención diurna en un centro residencial o en un centro de día e incluye el traslado, de personas que viven en su domicilio y tienen asignada atención diurna sociosanitaria; es un servicio puerta a puerta, desde el domicilio donde reside la persona al centro en el que se presta la atención diurna. Se entenderá que el transporte será el adecuado para cada una de las personas usuarias del servicio, contemplando excepcionalmente la posibilidad de incorporar la asistencia de una persona en aquellos casos en los que las necesidades de la persona usuaria lo requieran.

El transporte de las personas a la atención diurna estará incluido dentro de la atención diurna y podrá ser subcontratado.

La atención diurna podrá prestarse en régimen de media jornada o jornada completa. Se considerará media jornada la atención semanal entre 15 y 25 horas, siendo la jornada completa superior a 25 horas por semana.

El ECoSS, previamente al ingreso de la persona, remitirá al centro los informes sanitarios y sociales de que disponga, así como los objetivos y plan de cuidados propuestos. Además, estudiará y valorará la capacidad de la persona y/o su entorno para ser trasladada a la atención diurna y en base a esa situación se acordará el transporte (frecuencias, días, horarios, …).

El servicio será prestado por el equipo multidisciplinar del centro, que recibirá la propuesta de objetivos a alcanzar con cada persona y, tras su valoración, los consensuará con el Equipo de Coordinación Sociosanitaria, que será el responsable de establecer las indicaciones de ingreso y alta de las personas usuarias.

La estancia en el recurso de atención diurna sociosanitaria se desarrollará siguiendo el siguiente esquema:

- En el momento del ingreso, tras la fase de acogida que podrá ser realizada por el o la profesional que el centro decida, la persona y su familia junto los servicios, de la entidad adjudicataria, de enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, acordarán el plan de intervención concreto, ratificando/reajustando los objetivos establecidos por el servicio derivante y determinando las modificaciones que consideren oportunas contando con el equipo de coordinación sociosanitaria (ECoSS).
- Dicha valoración deberá abarcar el entorno social y familiar de la persona usuaria, su capacidad funcional, su salud física, así como su estado cognitivo y psicológico.
- La atención de fisioterapia y de terapia ocupacional deberá ser diaria o, en su caso, del número de días a la semana predeterminado en función de la intensidad que se precise.
- Se designará, en este momento, al profesional de referencia para la persona en el centro.
- El seguimiento por parte del personal de fisioterapia y terapia ocupacional, se realizará el número de días predeterminado, pudiendo contar con el soporte de enfermería. Desde su ingreso, el ECoSS deberá trabajar junto a la persona y su familia la continuidad de su atención y los recursos que precisará al alta; en cualquier caso, se tendrá en cuenta el tiempo máximo de permanencia en el recurso (hasta 3 meses), que únicamente podrá prolongarse si se prevé una consecución de dichos objetivos a corto plazo.

- Deberá haber una continua información a la persona o a su representante legal, sobre su evolución y alternativas de cuidado al alta.
- Respecto al alta, se procederá de la misma forma descrita para las plazas de atención residencial sociosanitaria.
- En aquellos casos en los que la derivación a los recursos de convalecencia venga motivada por una falta del soporte social y no por una situación de pérdida funcional, se adaptarán las intervenciones profesionales a la situación de necesidad de la persona, pero será preciso realizar una mínima valoración que permita el seguimiento durante su estancia. En dichos casos, la duración de la estancia deberá estar limitada al tiempo mínimo necesario para resolver de una forma definitiva la necesidad de apoyos.

El servicio de atención diurna se prestará en las mismas condiciones que las señaladas para la atención residencial, siéndoles de aplicación lo señalado en el apartado anterior respecto al Programa de atención a la salud, atención social, terapia ocupacional y fisioterapia.

5.3 SERVICIO DE SOPORTE DOMICILIARIO.

Su objetivo es el mantenimiento de la persona en su entorno, la mejora de su capacidad funcional, conservando o mejorando su calidad de vida, así como el asesoramiento, la formación y el apoyo a la red formal o informal de apoyo.

Funciones principales:

- Ejecutar el plan de intervención propuesto por el ECoSS.
- Servir de apoyo a la familia/red social y colaboración con la misma en los cuidados.

La atención en este recurso seguirá el siguiente procedimiento:

El ECoSS elaborará el plan de intervención, definiendo de forma detallada el procedimiento de cuidados. Se identifican tres fases de actuación:

- Una primera intervención de urgencia cuya finalidad es la provisión de los cuidados básicos en el domicilio, la continuidad de cuidados y asegurar la permanencia en el domicilio.
- Una segunda intervención cuya finalidad es elaborar el Plan de Atención Integral Sociosanitario y seguimiento del mismo. Dicho plan debe contemplar los objetivos a alcanzar y las actividades a desarrollar por parte de todos los agentes implicados en el proceso (ESOD, ECoSS, profesionales de referencia del ámbito de Atención Primaria Social y Sanitaria, persona usuaria y familia, entorno, …).
- Una tercera intervención cuya finalidad es determinar las necesidades de atención continuada, temporales o definitivas que se hayan ido definiendo en el proceso de planificación del alta y durante toda la intervención.

Durante el tiempo de prestación del servicio, el ECoSS asumirá la gestión del caso, se responsabilizará de la coordinación permanente con el ESOD, con los Equipos Operativos de Zona y profesionales de referencia de la persona usuaria y con su familia, y velará por el cumplimiento del Plan Individual de Atención Sociosanitario.

En el momento del alta será el ECoSS el que emitirá un informe con la evolución, objetivos alcanzados, recomendaciones, propuesta de seguimiento y plan de continuación de cuidados, en colaboración con el personal cuidador y el de terapia ocupacional de Servicio de Soporte Domiciliario (ESOD).

El servicio consta de dos programas:

5.3.1 Programa de cuidados básicos y apoyo a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Intervenciones que se pueden desarrollar por parte del personal de atención directa:

- **Cuidados básicos**: higiene personal, mantenimiento y mejora de las capacidades físicas y motoras de las personas atendidas, facilitar la ingesta y efectuar la recogida de eliminaciones, preparar y administrar medicamentos, aplicar técnicas de prevención de accidentes y, en caso necesario, de primeros auxilios y todas aquellas otras intervenciones relacionadas con esta área, que consten en el plan individualizado elaborado por ECoSS.
- **Actividades relacionadas con la gestión y organización de la unidad convivencial**: ejecutar el plan de actuación adaptado al programa de intervención diseñado por el ECoSS, realizar el aprovisionamiento, control de existencias, almacenamiento y conservación de alimentos, manipular y elaborar los alimentos, desarrollar actividades de mantenimiento del hogar, organizar el espacio de la residencia habitual optimizando sus condiciones, colaborar en la gestión doméstica detectando demandas y necesidades especiales, y todas aquellas otras intervenciones, relacionadas con este área, que consten en el plan individualizado elaborado por ECoSS.

  Intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria: preparar y mantener los espacios y los materiales en las condiciones adecuadas, acompañar a la realización de gestiones necesarias para la resolución de asuntos personales y relacionales, apoyar a la persona en la realización de actividades y ejercicios, detectar demandas y necesidades especiales.

  Mantener relaciones fluidas y de colaboración con familiares/entorno de la persona.

  Utilizar las pautas básicas y sistemas alternativos de comunicación necesarios.

  Todas aquellas otras intervenciones, relacionadas con esta área, que consten en el plan individualizado elaborado por ECoSS.

5.3.2 Programa de terapia ocupacional.

Dirigido al mantenimiento de la independencia funcional y promoción de la autonomía personal en las Actividades de la Vida Diaria, a través de la prevención en la salud y la adaptación personal y social. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida a través de la participación en ocupaciones significativas para la persona. Incluirá:

- Asesoramiento a las personas cuidadoras formales/informales, en pautas adecuadas a integrar en la dinámica diaria y la atención directa de la persona para contribuir a la consecución de los objetivos planteados.
- Evaluación del grado de autonomía en el desempeño de las AVD, identificando potencialidades y limitaciones para el desempeño de las mismas, consensuando con el ECoSS, la persona y sus familiares los objetivos de intervención.
- Evaluación de la necesidad de uso de productos de apoyo y adaptaciones de la vivienda 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 habilitación y mantenimiento de la independencia y autonomía en las AVD de forma individualizada. Incluirá el asesoramiento y apoyo a las familias en las formas de desempeño de las Actividades de la Vida Diaria.
- Asesoramiento y apoyo al personal cuidador del ESOD 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 usuarias.
- Evaluación en todos los casos, tanto en el momento de inicio del servicio como al alta, de la capacidad funcional y del desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Diseño e implementación de actividades semanales con el soporte familiar y red comunitaria de la persona atendida, con el objetivo de habilitar y/o rehabilitar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y establecer sus rutinas sociales previas a la pérdida de autonomía.

5.4 CONTENIDO DE LAS ACTIVIDADES

Se deberá tener especial cuidado en la planificación de actividades, 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 al disfrute y a tener una vida más plena.

También se deberán posibilitar momentos en los que las personas decidan no participar en las mismas.

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. Además, con su práctica se ejercitan y fortalecen habilidades funcionales, cognitivas y relacionales. Por tanto, se han 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.

Se trata, en definitiva, de crear entornos terapéuticos, estimulantes y también respetuosos con las preferencias de las personas que residen en ellos, aunque sea de forma temporal:

- 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 el Modelo de Atención Centrado en la Persona estas actividades tienen gran valor: sirven para pasarlo bien disfrutar y huir de la rutina y además de tener una finalidad terapéutica.

5.5 PROTOCOLOS Y REGISTROS MÍNIMOS:

Tanto las atenciones residenciales sociosanitarias, las atenciones diurnas y traslados, como los de soporte domiciliario, deberán disponer de protocolos que describan el procedimiento de prestación de la atención y registrar el contenido de los mismos.

5.5.1 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. Deberán incluir la siguiente información:

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: finalidad que persigue.
- Objetivos específicos: resultados concretos que se pretenden lograr.
- Población a la que se dirige: persona a la que va destinada, 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.

5.5.2 PROTOCOLOS MÍNIMOS PARA LAS PLAZAS RESIDENCIALES Y DE ATENCIÓN DIURNA:

1. Protocolo de Acogida a la persona usuaria y su familia: Pre ingreso/Ingreso.
2. Protocolo de traslado de la persona desde su domicilio hasta su llegada al centro y el retorno a su domicilio; incluyendo incidencias que pudieran darse.
3. Protocolo de uso, prescripción, preparación y administración de fármacos.
4. Protocolo de actuación ante errores de administración de la medicación.
5. Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión.
6. Protocolo de prevención y tratamiento de caídas.
7. Protocolo de prevención del encamamiento y cambios posturales.
8. Protocolo de prevención y tratamiento de infecciones.
9. Protocolo de prevención y tratamiento de la agitación psicomotriz.
10. Protocolo de higiene y cuidado personal.
11. Protocolo de sujeciones físicas y/o farmacológicas.
12. Protocolo de urgencias sanitarias.
13. Protocolo de acompañamiento a consultas sanitarias.
14. Protocolo de actuación en casos en los que se sospeche o detecte una situación de maltrato o abuso.
15. Protocolo de actuación ante personas con riesgo de perderse.
16. Protocolo de resolución de conflictos.
17. Protocolo de despedida por renuncia, traslado o fallecimiento.

5.5.3 PROTOCOLOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

1. Protocolo de Acogida a la persona usuaria y su familia.
2. Protocolo de higiene y cuidado personal.
3. Protocolo de limpieza domiciliaria.
4. Protocolo de alimentación.
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 sujeciones físicas y/o farmacológicas.
9. Protocolo de urgencias sanitarias.
10. Protocolo de acompañamiento a consultas sanitarias y gestiones.
11. Protocolo de actuación en casos en los que se sospeche o detecte una situación de maltrato o abuso.
12. Protocolo de actuación ante personas con riesgo de perderse.
13. Protocolo de resolución de conflictos.
14. Protocolo de despedida por renuncia, traslado o fallecimiento.

5.5.4 REGISTROS MÍNIMOS COMUNES A LOS TRES DE LOS CUATRO SERVICIOS:

1. Registro del resultado de las herramientas de valoración diagnósticas empleadas; al principio y al final de la intervención.
2. Registro evolutivo diario por parte del personal asignado a la de atención directa.
3. Registro de actividad diario y de incidencias semanal para el equipo de soporte domiciliario.
4. 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, profesional 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.
5. Registro de accidentes de personal y de las personas usuarias.
6. Registro de caídas de las personas usuarias, en el que conste nombre, lugar de la caída, motivo y posterior actuación.
7. Registro de errores de medicación.
8. Registro de la participación, seguimiento y resultados en las actividades/programas.
9. Registro de los traslados efectuados y de las personas por servicio.
10. Registro de quejas, reclamaciones y sugerencias.
11. Registro e informes emitidos.
12. Registro de sujeciones físicas.
13. Encuesta de satisfacción a la persona usuaria y familia, al alta en los tres servicios.

6 HORARIO DE ATENCIÓN.

6.1 ATENCIÓN RESIDENCIAL.

El servicio de atención residencial ofrecerá atención continuada las 24 horas del día, durante todos los días del año.

6.2 ESTANCIA DIURNA.

La atención se prestará en horario diurno, de lunes a viernes. La asistencia podrá ser a jornada completa (a partir de 25 horas semanales) o parcial (con un mínimo de 15 horas semanales), pudiendo beneficiarse de diferentes programas, en función de las necesidades de las mismas.

6.3 SOPORTE DOMICILIARIO.

Atención diaria, incluidos festivos, con posibilidad de atención en un horario de 8 a 20 horas.

7 PERSONAS DESTINATARIAS.

Los servicios de carácter sociosanitario van dirigidos a personas con necesidades sociales y sanitarias que es preciso atender con un carácter de inmediatez, situaciones de descompensación (tanto a nivel sanitario como a nivel social) que requieran una prestación de cuidados (altas hospitalarias, convalecencias domiciliarias, con carencia temporal de apoyos en el domicilio) de mayor intensidad para alcanzar su recuperación y articular los apoyos necesarios para su mantenimiento en el domicilio o regreso al mismo. Específicamente se centran en personas que:

- Provenientes de centros hospitalarios que hayan sufrido un déficit funcional (bien a consecuencia del evento primario que justificó la hospitalización o como consecuencia de la misma) agudo o subagudo, potencialmente reversible y que requieran de una intervención intensiva para su recuperación.
- Residentes en su domicilio, que sufren una pérdida funcional aguda o subaguda potencialmente reversible, que no requiere necesariamente de hospitalización, pero sí una intervención intensiva.
- Con necesidad de apoyo continuado para las AVDs (apoyo de 3ª persona) que como consecuencia de una situación sobrevenida (sanitaria y/o social) dejan de disponer del apoyo familiar y/o social adecuado, requiriendo una respuesta urgente a los cuidados

El presente pliego articula la siguiente tipología de servicios para las personas mencionadas anteriormente:

7.1 SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL:

Para personas que no se les pueden prestar atención en el domicilio o recursos comunitarios disponibles (atención a domicilio, atención diurna, etc.) ya sea debido a la intensidad de la atención que se precisa, o a la ausencia del soporte social adecuado.

7.2 SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA INCLUIDO TRANSPORTE ADAPTADO:

Personas que pueden mantenerse en su domicilio habitual por disponer de los apoyos necesarios que no pueden ser prestados de mejor manera desde otros recursos comunitarios disponibles y necesitan ser trasladadas al centro de atención diurna al no poder llegar por sus propios medios.

7.3 SERVICIO DE SOPORTE DOMICILIARIO:

Personas que pueden mantenerse en su domicilio habitual por disponer de los apoyos necesarios y que no pueden ser prestados de mejor manera desde otros recursos comunitarios disponibles.

Para ninguno de los cuatro servicios se contemplan situaciones de convalecencia que requieran alta intensidad de cuidados médicos (postoperatorios complejos, p.ej.) o síndromes confusionales o alteraciones conductuales en personas con demencia con criterio de ingreso hospitalario.

Una misma persona podrá beneficiarse de uno o varios de los servicios objeto de contrato, no de forma simultánea, a excepción del servicio de soporte domiciliario con el de estancia diurna y del de atención diurna con el transporte.
Además de los requisitos señalados, la indicación deberá ser refrendada y supervisada por el Equipo de Coordinación Sociosanitaria. Este equipo se constituye como el equipo de coordinación sociosanitario de distrito, área o comarca, con la responsabilidad de impulsar,

coordinar y garantizar una atención sociosanitaria integral, adecuada y de calidad. Lo componen dos profesionales; de enfermería y trabajo social.

En lo que respecta a los servicios objeto de contrato en el presente pliego, las funciones principales del ECoSS se concretan en:

- Garantizar una adecuada coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios, que ofrezca una adecuada atención a aquellas personas que por su situación de necesidad compleja requieren de la intervención simultánea de ambos sistemas.
- Garantizar la continuidad de cuidados en la planificación de las altas y bajas en los recursos (hospitalarios, residenciales…) en coordinación con equipos de profesionales de referencia de atención primaria social y sanitaria y equipos operativos de zona.
- Gestionar casos complejos que superan la actuación de los equipos operativos de zona.
- Asignar los recursos sociosanitarios del distrito, área o comarca, vinculados al programa.
- Participar en la gestión de caso, realizar el seguimiento de las personas atendidas en dichos recursos.
- Supervisar las actuaciones de los recursos previstos en este pliego y facilitar su cumplimiento. En caso de no conformidad, dará cuenta de las mismas al Departamento de Derechos Sociales.

8 DERECHOS Y DEBERES.

Las personas usuarias de los servicios de atención residencial y diurna 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 sus características y circunstancias personales. En todo caso, se garantizarán sus derechos de ciudadanía, así como los derechos y libertades que les corresponden en aplicación de la siguiente 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.

A continuación, se especifican los 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 los servicios objeto del presente pliego y son los siguientes:

8.1 Privacidad:

Entendido como el derecho de las personas a preservar y a proteger sus ámbitos privados, evitando intromisiones no consentidas en su vida personal. Las personas tienen derecho a disponer y utilizar un 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 personas usuarias del servicio de atención residencial pueden recibir visitas en privado en sus habitaciones 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.

8.2 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.

8.3 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 del resto de personas en las plazas residenciales o puedan ser motivo de riesgo higiénico o sanitario.

8.4 Elección:

Posibilidad de elegir libremente entre una serie de opciones. Las personas tienen libertad de elección entre las diversas posibilidades que ofrecen los servicios. Las normas para garantizar el desarrollo de las relaciones de convivencia o para la participación en las actividades y servicios estarán orientadas a satisfacer las necesidades de las personas, facilitando el máximo ambiente de libertad que permita el respeto a las demás personas y la organización en el centro o el domicilio. Las personas pueden darse de baja en cualquiera de los servicios si lo desean. Deben tener acceso a todos los recursos y áreas comunitarias: sanitarias, sociales, ocio y educación.

8.5 Protección y garantía de derechos:

Mantenimiento de todos los derechos cívicos asociados a la ciudadanía, tengan o no limitadas sus capacidades funcionales, sensoriales y/o mentales. Tanto en el servicio residencial como en la estancia diurna y en el apoyo domiciliario, se desarrollarán procedimientos y criterios específicos para proteger a las personas contra la estancia involuntaria, de manera que ninguna persona reciba los servicios contra su propia voluntad.

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

Si hubiera que tomar una medida disciplinaria que conlleve la propuesta de expulsión de un servicio, deberá ser comunicada previamente al ECoSS y al Departamento de Derechos Sociales y contar con su autorización.

8.6 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. Se fomentará la participación activa mediante los canales de participación oportunos: reuniones con profesionales 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.

8.7 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 de plaza residencial o de atención diurna, así como del personal asignado a los servicios. 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/servicio, las anomalías o irregularidades que se observen en el mismo. Facilitar la información requerida para su correcta atención.

9 GESTIÓN DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL, DIURNA Y TRANSPORTE ADAPTADO

9.1 RESIDENCIAL: Lote 1 Tudela, Lote 2 Estella y Lote 3 Tafalla.

1. Las entidades pondrán a disposición de la DEPARTAMENTO DE DERECHOS SOCIALES las plazas por centro residencial en las áreas de Tudela, Estella y Tafalla desde el inicio del contrato. No obstante, en caso de no tener disponibles las plazas, como mínimo deberán poner a disposición una plaza, en el plazo de un mes desde el contrato.
2. Cuando se produzca una vacante en las plazas sociosanitarias:
    a) En el caso de que la entidad tenga suscrito con la ANADP el Acuerdo Marco de mayores y no tenga ocupadas el total de las plazas ofertadas en dicho Acuerdo Marco, la entidad pondrá a disposición de la ANADP dicha vacante, pudiéndose adjudicar la plaza ofertada como plaza residencial de mayores en dicho acuerdo marco, abonando el módulo correspondiente por plaza residencial de mayores.
    b) En el caso de que la entidad tenga suscrito con la ANADP el Acuerdo Marco de mayores y tenga ocupadas el total de las plazas ofertadas en dicho Acuerdo Marco, la plaza vacante quedará a disposición de la entidad para que pueda ocuparlas de forma privada. En este caso no se abonará importe alguno en concepto de reserva de plaza.
    c) En el caso de que la entidad NO tenga suscrito el Acuerdo Marco, las plazas quedarán a disposición de la entidad para que la/s ocupe de forma privada, no abonándose importe alguno en concepto de reserva de plaza.
3. En el caso de que hubiera una o más plazas disponibles y no se ocupen en el contrato sociosanitario ni en el acuerdo marco de personas mayores, el Departamento de Derechos Sociales se compromete a reservar 1 plaza por encima de las ocupadas y por lo tanto a abonar el 93% del módulo en concepto de reserva de plaza.

9.2 DIURNA Y TRANSPORTE: Lote 4 Tudela, lote 5 Estella y Lote 6 Tafalla

En el caso del Lote 2, estancia diurna, se procederá de la misma forma que en las plazas residenciales. Cuando proceda el abono en concepto de reserva de plaza, se abonará el 93% del módulo en concepto de reserva de plaza.

10 MEDIOS HUMANOS.

10.1 ATENCIÓN RESIDENCIAL Y DIURNA CON TRANSPORTE ADAPTADO PARA LAS ÁREAS DE TUDELA, ESTELLA Y TAFALLA.

La metodología y práctica de las y los distintos profesionales que intervienen en el centro, 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.

El Personal de los Centros.

La entidad o entidades adjudicatarias de plazas residenciales y/o de atención diurna podrán contar con:

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

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.

10.1.1 PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO

El *Equipo técnico* podrá estar integrado por profesionales de diversos ámbitos tales como: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, pedagogía, terapia ocupacional, fisioterapia, animación y/o educación social, 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:

- La valoración integral y participar en el diseño y la revisión del Plan de Atención Individualizada Sociosanitaria, junto con el Equipo de Coordinación Sociosanitaria.
- Las propuestas de tratamiento, pautas y apoyos.
- El diseño y apoyo a la formación continua del personal del centro
- La evaluación de las necesidades de apoyo de las familias, informarles y orientarles y desarrollar programas de intervención con las mismas.

- El seguimiento y evaluación periódica de cada caso.
- El diseño y evaluación de tratamientos, programas, protocolos y actividades.

10.1.2 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 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 concreto de personas. Se ocupará de una forma especial de la atención personalizada y el bienestar de las mismas, de estar en contacto con el equipo técnico y formular 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.

Para las plazas residenciales, se garantizará 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, dependiendo del centro adjudicatario. Podrán realizar en dicho horario tareas de atención indirecta.

Así, en horario nocturno, el centro deberá contar con la presencia mínima de los siguientes profesionales de atención directa:

- Si el centro dispone de menos 100 plazas: dos cuidadores/as.
- Si el centro dispone más de 100 plazas: tres cuidadores/as.
- Si el centro dispone más de 150 plazas: 4 cuidadores/as.
- En los centros de más de 150 plazas, uno de los profesionales deberá ser de enfermería.

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 qué 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 como 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 como: acompañar, conversar, tareas de ocio o apoyo a las actividades estimulantes y de desarrollo personal.
    - Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de las personas usuarias.
    - Acompañar a las personas en las salidas que este deba realizar ya sean para citas médicas, excursiones, gestiones, etc.
    - Colaborar con el equipo multidisciplinar mediante la realización de tareas que complementen los servicios de aquel, en orden a proporcionar la autonomía personal de las personas atendidas y su participación en el centro.

- Atender a familiares de las personas usuarias y colaborar a la integración y participación de aquellos que así lo deseen.
- En todas las relaciones o actividades, procurar complementar el trabajo asistencial, educativo y formativo que reciban.

- Se consideran tareas de **atención indirecta***:*
  - Limpieza de las habitaciones y zonas comunes, así como: hacer camas, cambios de ropa, baños, ventanales y balcones, mobiliario etc.
  - Comedor-office: poner y retirar la mesa, limpieza del comedor y otras.
  - Lavandería, lencería, uso y atención de la maquinaria, tener cuidado de la ropa de las personas usuarias y del centro.
  - Cocina.
  - Mantenimiento.
  - Recepción.

10.1.3 EL TRABAJO EN EQUIPO.

Los centros residenciales y de día, 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 todo el personal 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 sociosanitaria.
- Sesiones de trabajo y formación.

10.2 EXIGENCIAS MÍNIMAS EN ATENCIÓN RESIDENCIAL DE: LOTE 1 TUDELA, LOTE2 ESTELLA Y LOTE 3 TAFALLA

10.2.1 RATIOS DE PERSONAL.

La exigencia de ratio por categorías profesionales es la siguiente, expresada en horas/persona usuaria/año:

PERFIL	**HORAS/USUARIO/AÑO**
CUIDADOR/A	600
ENFERMERÍA	40

10.2.2 HORAS DE ATENCIÓN

Además de las exigencias mínimas anteriores, las plazas residenciales de carácter sociosanitario objeto del presente contrato, deberán contar con las siguientes horas de atención de personal:

- ***Fisioterapia*****:** La atención de fisioterapia a las plazas de atención residencial sociosanitaria, tendrá una dedicación de 1 hora por persona, de lunes a viernes.

- ***Terapia ocupacional*:** La atención de terapia ocupacional a las plazas de atención residencial sociosanitaria, tendrá una dedicación de 2 horas diarias, de lunes a viernes. En caso de desocupación de las plazas, la dedicación será proporcional a cada una de ellas, pudiendo concentrarse los días de atención.

10.3 EXIGENCIAS MINIMAS ATENCIÓN DIURNA Y TRANSPORTE ADAPTADO DE: LOTE 4 TUDELA, LOTE5 ESTELLA, LOTE 6 TAFALLA

10.3.1 RATIOS DE PERSONAL.

La exigencia de ratio por categorías profesionales es la siguiente, expresada en horas/persona usuaria/año:

PERFIL	**HORAS/USU/AÑO**
CUIDADOR/A	200
ENFERMERÍA	13,33

10.3.2 HORAS DE ATENCION

Además de las exigencias mínimas anteriores, las plazas de atención diurna de carácter sociosanitario objeto del presente contrato, deberán contar con las siguientes ratios de personal:

- ***Fisioterapia***: la atención de fisioterapia a las plazas de atención diurna sociosanitaria contarán una dedicación de 1 hora persona, de lunes a viernes.
- ***Terapia ocupacional*:** la atención de terapia ocupacional a las plazas de atención Diurna sociosanitaria contarán una dedicación de 2 horas diarias, de lunes a viernes.

En caso de desocupación de las plazas, la dedicación será proporcional a cada una de ellas, pudiéndose concentrar los días de atención.

10.4 EXIGENCIAS MÍNIMAS DE PERSONAL DEL SERVICIO DE SOPORTE DOMICILIARIO.

10.4.1 PARA EL LOTE 7 TUDELA, LOTE 8 ESTELLA, LOTE 9 TAFALLA

El personal de atención directa, está integrado por:

- **Cuidadores/as profesionales.** Se contratarán como máximo 2.000 horas anuales, de las cuales un máximo del 5% (unas100 horas anuales) podrán ser de coordinación.
- **Terapeuta Ocupacional.** Su intervención profesional se adecuará a los requerimientos señalados en los apartados anteriores. Su dedicación al servicio será de 400 horas anuales. Podrá subcontratarse la figura de terapeuta ocupacional por la entidad o empresa adjudicataria del servicio de soporte domiciliario.

10.5 SUSTITUCIONES:

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

El personal cuidador, de enfermería y de terapia ocupacional y fisioterapia asignado a las plazas de atención residencial y diurna sociosanitaria y el personal cuidador y de terapia ocupacional del servicio de soporte domiciliario, serán de obligada sustitución desde el primer día con independencia de la duración de la baja.

La figura profesional de conductor/a en el servicio de transporte adaptado será de obligada sustitución desde el primer día con independencia de la duración de la baja o licencia.

Las reducciones de jornada por cualquier causa serán de obligatoria sustitución.

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 en 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/s empresa/s o entidad/es adjudicataria/s enviarán al Departamento de Derechos Sociales 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.

10.6 LA FORMACIÓN DEL PERSONAL.

Los centros y/o entidades adjudicatarias se responsabilizarán de la formación y preparación continua de su personal. Se deberá fomentar el desarrollo de acciones de formación e intercambio con el fin de fortalecer las competencias para afrontar con éxito los retos que conlleva una atención dirigida al respeto de los derechos y la autonomía de las personas.

La formación del personal, con un mínimo de 10 horas anuales, incluirá 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. Sujeciones.

11 MEDIOS MATERIALES.

Las plazas residenciales y de atención diurna se ubicarán en centros accesibles, en un ambiente seguro y hogareño. Para la atención residencial, 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.

Así mismo, 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 y las estancias diurnas. 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.

12 OTRAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS

12.1 DESIGNACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS.

Corresponde al ECoSS, con la supervisión la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, determinar las personas que han de recibir los servicios de contratación, comprometiéndose expresamente la entidad, a atender a las personas usuarias designadas.

La fecha de inicio de servicio se computará desde el momento en que el ECoSS lo comunique al centro adjudicatario, aunque no conlleve el ingreso efectivo en ese día. El alta o inicio de la atención en cualquiera de los tres servicios (residencial, diurno y domiciliario) se producirá de lunes a viernes, y en un plazo máximo no superior a 48 horas desde la comunicación a la entidad del inicio del servicio, salvo causas que justifiquen la demora, según criterio del Departamento de Derechos Sociales.

Cuando se aprecien circunstancias que impidan la atención de la persona en el servicio, éste deberá ponerlo en conocimiento del ECoSS, quien valorará finalmente la conveniencia o no de continuar en el mismo. Si se considera oportuno intervendrá en la valoración la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas.

12.2 APORTACIÓN ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS

Los servicios objeto de la presente licitación no conllevarán copago por parte de las personas usuarias.

12.3 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.

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 el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y a formar e informar de las obligaciones que proviene de tales normas. Del mismo modo, se deberá 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 afectará 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 responsablesd el Departamento de Derechos Sociales.

13 SISTEMA DE SEGUIMIENTO ORIENTADO A LA EVALUACIÓN.

La evaluación y el seguimiento deben estar integrados en la gestión y ejecución diaria de cada servicio. No se debe olvidar que el objetivo último de un sistema de evaluación y seguimiento es servir al personal gestor como instrumento para la mejora de las acciones públicas, de modo que debe garantizarse que los resultados de las evaluaciones sean útiles y utilizables. Con todo ello se requiere disponer de los indicadores necesarios que hagan posible la adecuada y completa medición y la valoración permanente tanto de los servicios prestados como del proyecto en su conjunto.

Es por ello que los compromisos en materia de evaluación y seguimiento de los servicios comprendidos en el PAISS deben pasar por la inclusión de información sobre los resultados y los impactos, esperados o no, que pudieran estar produciéndose como consecuencia de las actuaciones implementadas en los servicios.

Asimismo, se realizará el seguimiento orientado a la evaluación con perspectiva de género, por lo que se prestará atención específica a esta cuestión de manera transversal en todo el proceso. Se pondrá especial interés en determinar en qué medida las intervenciones modifican algunos de los factores detectados como desencadenantes de los desequilibrios entre mujeres y hombres, mejorando las condiciones y situaciones vitales de ambos sexos, propiciando una sociedad más igualitaria. Debe responder igualmente a los estándares de una evaluación participativa. Se atenderá a las necesidades e intereses de los diferentes grupos de interés y, especialmente, de las personas destinatarias de la intervención y de su entorno familiar.

Se trata, por tanto, de crear un sistema de seguimiento que facilite la verificación de la realización progresiva, física y financiera, de los Objetivos Generales, de los Objetivos Estratégicos, Resultados y Acciones a través de las que se articula cada servicio, mediante la sistematización de toda aquella información que resulte fundamental para su evaluación.

Para optimizar un sistema de seguimiento hay que contar con una batería de indicadores como instrumento para facilitar la mejora, el control y la valoración de las actuaciones que se están realizando, que se van a realizar o que ya han finalizado. Los indicadores elaborados por los sistemas de seguimiento deben facilitar información dirigida a mejorar la calidad y la eficacia de la intervención y teniendo en cuenta tanto la calidad de los servicios como los resultados en las personas.

Todos los servicios deberán disponer de un sistema de seguimiento orientado a la evaluación que se aplicará como mínimo una vez al año, que abarcará todos los aspectos comprendidos en el proyecto presentado y que se desarrollarán en la memoria anual que los recursos deberán presentar al Departamento de Derechos Sociales, en soporte informático y papel, en la forma y plazo señalado en el pliego de condiciones económico administrativas.

Se establecerá de forma consensuada con la entidad adjudicataria, los indicadores que permitan realizar el seguimiento orientado a la evaluación de todos los recursos. Estos indicadores deberán permitir medir los impactos, resultados y ejecución de los servicios atendiendo a los criterios de evaluación que se establezcan.

Estos criterios de evaluación podrán ser, entre otros, los establecidos en el Cuaderno de Gestión de la Evaluación de Intervenciones Públicas en Navarra:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Pertinencia Valora la adecuación de los resultados y los objetivos de la intervención al contexto en el que se realiza a través del análisis de la calidad del diagnóstico que sustenta la intervención, juzgando su correspondencia con las necesidades observadas en la población beneficiaria. Se valorará la pertinencia de las lógicas de intervención de los servicios y actividades prestados a través de los servicios.
Coherencia Se realiza a dos niveles, interno y externo. La coherencia interna valora la articulación de los objetivos de la intervención con los instrumentos propuestos para lograrlos y su adecuación a los problemas. La coherencia externa analiza la compatibilidad de la intervención con otras estrategias y programas con los que pueda tener sinergias o complementariedad.
Cobertura Medida de la proporción de destinatarios o destinatarias de una intervención que han sido efectivamente beneficiados con ella. La evaluación de la cobertura se centra en el análisis de los colectivos beneficiarios reales de una intervención y en la valoración de su adecuación con los destinatarios previstos, indagando en los factores causales de los posibles sesgos hacia determinados colectivos o en las barreras de acceso que hayan podido existir.
Eficiencia Valoración de los resultados alcanzados en comparación con los recursos empleados para ello. Se tratará de determinar si se ha empleado el mínimo de recursos para alcanzar los resultados obtenidos o si con los recursos empleados se podrían alcanzar mayores y mejores resultados.
Eficacia Nivel o grado en el que se alcanzan los objetivos de un programa en función de su orientación a resultados.
Impacto Efectos a largo plazo, positivos y negativos, primarios y secundarios, producidos directa, colateral o inducidamente por una intervención, sea intencional o no. La evaluación del impacto trata de identificar todos estos efectos y centrarse en la determinación de los efectos netos atribuibles a la intervención.
Sostenibilidad Probabilidad de que continúen los beneficios de una intervención en el largo plazo. Situación en la que las ventajas netas son susceptibles de resistir los riesgos con el paso del tiempo.

Participación Posibilidad de que todos los actores involucrados en la intervención puedan valorar el diseño, la aplicación y los resultados de la política de cooperación (planificadores, gestores, representantes políticos, organizaciones, beneficiarios, etc.). Prepara el terreno para la concertación y el consenso en los procesos de decisión pública sobre la ayuda al desarrollo.
Satisfacción Identifica los juicios emitidos por los diferentes actores implicados sobre la intervención evaluada, pudiendo hacer referencia a cualquiera de estas dimensiones: diseño, proceso, resultados e impacto.

La memoria será presentada de forma que facilite la comprobación del cumplimiento de las bases exigidas en los pliegos técnicos y administrativos y del Proyecto Técnico contratado.

14 BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO

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

- Documento que no supere las 40 páginas numeradas. Tamaño DIN A4 impresión a dos caras (uno 20 folios*).
- Tipo de letra: Arial o similar con tamaño mínimo 11.
- Se evitará la utilización de elementos que dificulten la lectura del proyecto presentado (imágenes en segundo plano con ilustraciones, identificación de la empresa, etc.) Se acogerá explícitamente a las condiciones reflejadas en la Ley Foral
- 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y en el Decreto Foral209/1991, de 23 de mayo, y, en segundo lugar, al presente condicionado técnico.
- Las entidades licitadoras estarán obligadas a describir en su propuesta técnica los distintos programas establecidos en este pliego.
- Actividades individuales y grupales dentro de los programas propuestos; modo en que serán organizadas y ejecutada.