# MEMORIA TÉCNICA ANUAL
# VIVIENDA DE MAYORES, "Cicerón". Torrijos.

## A.-DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION DEL CENTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.-DENOMINACION DEL CENTRO** | **VIVIENDA DE MAYORES CICERÓN** | | | **4.-AÑO** | **2018** |
| **2.-PROVINCIA** | **TOLEDO** | **3.-LOCALIDAD** | **TORRIJOS** | | |
| **5.-DIRECCION** | **C/PENSAMIENTO,14** | | | **6.-CODIGO POSTAL** | **45500** |
| **7.-CORREO ELECTRÓNICO** | **contacto@asociacionciceron.org aracelivv@asociacionciceron.org** | **8.-TELÉFONO/S DEL CENTRO** | **925762062** | | |

| | |
|---|---|
| **9.-DIRECTOR/A DEL CENTRO** | **Araceli Villanueva Villapalos** |
| **10.-DENOMINACION DE LA ENTIDAD TITULAR** | **Asociación Cicerón** |

| | |
|---|---|
| **12.-SISTEMA DE GESTION DEL CENTRO** | **X Gestión del centro con medios propios de la entidad titular del mismo** |

## B.-DOTACION DE PERSONAL DEL CENTRO

**15** **Plantilla de trabajadores/as de la vivienda** (Se señalarán los puestos de trabajo y no el nº de trabajadores/as que los ocupan a lo largo del año)

| **Especialidad profesional** | **Número de puestos** | | **Número total de horas semanales** | **Personal perteneciente a la JCCM *(Indicar SI o No)*** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **J. Completa** | **J. Parcial** | | **SI** | **NO** |
| Coordinador/a responsable | 1 | | 40H | | X |
| Gobernante/a | | | | | |
| Auxiliares de Vivienda | 2 | 1 | 88 | | X |
| Auxiliares sanitarias localizada Tele-asistencia para Proyecto CENTINELA | | 1 | A demanda, si urgencias | | X |
| DUE: Proyecto CENTINELA | | 1 | 5 | | X |
| Otra (Especificar): | | | | | |
| Otra (Especificar): | | | | | |
| **5.-TOTAL DE PERSONAL TRABAJADOR** | 3 | 3 | 133 | | |

## C. PERSONAS ATENDIDAS EN LA VIVIENDA A LO LARGO DEL AÑO

| 16.- | PERSONAS SOLICITANTES | TOTAL | SEXO | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Hombres | Mujeres |
| 1 | - Nº de solicitudes | 6 | 5 | 1 |
| 2 | - Admitidas | 3 | 2 | 1 |
| 3 | - Denegadas | 3 | 2 | 1 |
| 4 | - Personas en Lista de Espera (a fin de año) | 2 | 2 | |

| 17.- | PERSONAS ATENDIDAS | Número | | |
|---|---|---|---|---|
| | | HOM | MUJ | TOTAL |
| | | 8 | 7 | 15 |

| 18.- | ESTANCIAS REALIZADAS POR LAS PERSONAS ATENDIDAS | Númeroº | | |
|---|---|---|---|---|
| | | HOM | MUJ | TOTAL |
| | | 1808 | 2140 | 3948 |

| 19.- | CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 19.1 EDAD | SEXO | | 19.2 RENTA MENSUAL | SEXO | |
| | | HOM | MUJ | | HOM | MUJ |
| 1 | < 60 años | 1 | 0 | Hasta 350 € | | |
| 2 | 60 – 64 años | 0 | 1 | De 350,01€ a 750 € | | |
| 3 | 65 – 69 años | 0 | 0 | De 750,01 € a 1.050 € | | |
| 4 | 70 – 74 años | 0 | 1 | Más de 1.050€ | | |
| 5 | 75 – 79 años | 1 | 0 | TOTAL | | |
| 6 | 80 y más años | 6 | 5 | (Esta información es de carácter privativo y no es requerida por la Asociación Cicerón) | | |
| 7 | TOTAL | 8 | 7 | | | |

| 20- | EDAD MEDIA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS | Años (edad media) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | HOM | MUJ | TOTAL |
| | | 83 | 83,28 | 83,15 |

| 21.- | PERSONAS ATENDIDAS: GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO POR EL SAAD | Número *(Señalar)* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | HOM | MUJ | TOTAL |
| 1 | PERSONAS SIN VALORACIÓN DE DEPENDENCIA (DESCONOCIDO) | | | |
| 2 | PERSONAS VALORADAS SIN GRADO DE DEPENDENCIA | 1 | | 1 |
| 3 | GRADO DE DEPENDENCIA I | 1 | 5 | 6 |
| 4 | GRADO DE DEPENDENCIA II | 2 | | 2 |
| 5 | GRADO DE DEPENDENCIA III | | | |
| (Esta información es de carácter privativo y PUEDE no coincidir con la realidad | | | | |

| 22.- | INGRESOS Y BAJAS DE PERSONAS ATENDIDAS | Número *(Señalar)* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | HOM | MUJ | TOTAL |
| 1 | Total de ingresos producidos | 2 | 1 | 3 |
| 2 | Total de bajas producidas | 3 | 0 | 3 |

| **23.-** | **MOTIVO DE LAS BAJAS PRODUCIDAS** | | TOTAL *(Señalar número)* | SEXO *(Señalar número)* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Hombres | Mujeres |
| 1 | Fallecimiento | | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Variación de la situación de salud que no es posible atender en la Vivienda | | | | |
| 3 | Circunstancias sociofamiliares | | | | |
| 4 | Inadaptación a la Vivienda de Mayores | | 1 | 1 | |
| 5 | Renuncia por otros motivos (Especificar) | | | | |
| 6 | Otros motivos | Traslado a residencia pública | | | |
| 7 | | Traslado a residencia pública | 1 | 1 | |
| 8 | | Traslado a residencia privada | 1 | 1 | |
| 11 | | **TOTAL** | 3 | 3 | 0 |

| **24.-** | **DESTINO DE LAS PERSONAS QUE CAUSARON BAJA EN LA VIVIENDA** | | TOTAL | SEXO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Hombres | Mujeres |
| 1 | Ingreso en plaza privada de Residencia de Mayores | | 1 | 1 | |
| 2 | Ingreso en plaza pública de Residencia de Mayores | | 1 | 1 | |
| 3 | Ingreso en otra Vivienda de Mayores | | 1 | 1 | |
| 4 | Vuelven a su domicilio habitual | | | | |
| 5 | Domicilio de hijos/as u otros familiares | | | | |
| 6 | Fallecimiento | | | | |
| 7 | Otro destino | Otros destinos | | | |
| | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | **TOTAL** | 3 | 3 | |

| **25.-** | **SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DE LAS PERSONAS ATENDIDAS** |
|---|---|

| **CONVIVENCIA ANTERIOR AL INGRESO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR | | | SEXO *(Señalar número)* | |
| | | TOTAL *(Señalar número)* | Hombres | Mujeres |
| **1** | Con Cónyuge / Análoga | **2** | **2** | |
| **2** | Con Familiar/es (distinto de Cónyuge), de forma Estable | **2** | **2** | |
| **3** | Rotación Familiar | **0** | | |
| **4** | Solos/as: | **11** | **5** | **6** |
| **5** | Casa de acogida/ situación de abandono/ desalojo de vivienda | **0** | | |
| **6** | Otra relación de convivencia: | | | |
| **7** | | | | |
| **8** | ~~Desconocida.~~ Otra residencia | | | |
| **9** | **TOTAL** | **15** | **9** | **6** |

| 26.- | **PROCEDENCIA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS** | TOTAL | SEXO | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Hombres | Mujeres |
| 1 | Proceden de la **misma Localidad** | 4 | 2 | 2 |
| 2 | Proceden de la misma provincia | 8 | 3 | 5 |
| 3 | Proceden de la Comunidad autónoma | 3 | 3 | |
| 4 | Proceden de otras Comunidades autónomas | | | |
| 5 | Proceden de otro pais | | | |
| 6 | **TOTAL** | 15 | 8 | 7 |

| 27.- | **Señale el número de personas atendidas que, por la fragilidad de su estado de salud general o las características de sus patologías, requieren una supervisión más directa y continuada; según su sexo.** |
|---|---|

| Sexo | Número *(Señalar)* |
|---|---|
| 1.Total/HyM | 13 |
| 2.Total/H | 6 |
| 3.Total/M | 7 |

*(*) H: Hombres y M: Mujeres*

| 28.- | **SITUACIONES ESPECIALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS** | | TOTAL | SEXO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Hombres | Mujeres |
| 1 | Personas con Ayudas Técnicas para desplazarse | Silla de ruedas | 1 | 1 | |
| | | Andador | 2 | 1 | 1 |
| | | Muletas o bastón | 7 | 3 | 4 |
| | | Otras: | | | |
| 2 | Personas con necesidad de otros aparatos o instrumentos para la vida diaria: | Oxígeno | | | |
| 3 | | Otros | | | |
| 4 | Personas que necesitan la ayuda de otra persona para alguna actividad | | 13 | 6 | 7 |
| 5 | Personas que tienen dieta o menú especial por motivos de salud | | | | |
| 6 | Personas con deterioro cognitivo ( a) | | 1 | 0 | 1 |
| 7 | Personas con diagnóstico de demencia (b) | | 3 | 1 | 2 |
| 8 | Personas con presencia de trastornos conductuales (c) | | 6 | 3 | 3 |
| 9 | Personas que necesitan administrarse algún tipo de sustancia inyectable. | Insulina | | | |
| 10 | | Heparina | | | |
| 11 | | Otras | | | |
| 12 | Residentes que precisan control y dispensación de la medicación | | 9 | 3 | 6 |
| 13 | **TOTAL** | | | | |

| 29.- | **Las personas mayores atendidas en la vivienda, ¿Participan en actividades de animación sociocultural?** *(Marcar: con "X")* |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 1 | No |
| 2 | Sí, mediante actividades externas* |
| X | Sí, mediante actividades internas** |
| x | Sí, mediante actividades externas e internas |

*Externas: Se refiere a las actividades que suponen la salida del SED; **Internas: Se refiere a las actividades que se llevan a cabo en el propio SED o en el recinto en el que se encuentra situado (centro de día, residencia u otro tipo de recursos)

## D.-DATOS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

| **30** | **ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DE GESTION** | *(Marcar: con "X")* | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| 1 | Plan de emergencia y evacuación | X | |
| 2 | Protocolo de ingreso | X | |
| 3 | **Protocolo de seguimiento de teleasistencia** CENTINELA | X | |
| 4 | Manual de funcionamiento o Reglamento de Régimen Interno | X | |
| 5 | APPCC | X | |
| 6 | ADD | X | |
| 7 | Legionela | X | |
| 8 | Programa de alimentación y nutrición | X | |
| 9 | Programa de ayuda en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) | X | |
| 10 | Programa de control farmacológico | X | |
| 11 | Programa de incontinencia urinaria | | |
| 12 | Protocolo de confidencialidad | X | |
| 13 | Libro de incidencias | X | |
| 14 | Proyecto de actividades de la vivienda de mayores | X | |
| 15 | Autorización sanitaria de funcionamiento de establecimientos alimentarios | X | |
| 16 | Servicio o apoyo de noche CENTINELA | X | |
| 17 | Sistema para la presentación, análisis y seguimiento de las quejas y sugerencias de las personas usuarias y familiares | X | |
| 18 | Sistema de valoración del grado de satisfacción percibido por las personas usuarias y familiares | X | |
| 19 | Evaluación anual del grado de satisfacción de las personas usuarias y familiares | X | |
| | **Programa de promoción y prevención de la salud, incorporado este año.** | **X** | |
| | **Planes de enfermería, incluidos en plan de cuidados** | **X** | |

| **31** | **MECANISMO DE PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS Y SUS FAMILIAS** | *(Marcar: con "X")* | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| 1 | Comunicación presencial o telefónico con las personas residentes y/o familiares para informar sobre el proceso de atención y otros asuntos de interés común | X | |
| 2 | Asambleas y grupos para la participación de las personas usuarias y familiares en el funcionamiento de la vivienda | X | |
| | | | |

| **32** | **OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS** | |
|---|---|---|
| PERIODO DE REALIZACIÓN *(Señalar Mes/Año:xx/ xxxx)* | | TIPO DE ACTIVIDAD / ACTUACIÓN |
| 1 | Según temporada | Taller de Jardín |
| 2 | Diaria | Laborterapia en actividades cotidianas y domésticas |
| 3 | Semanal | Grupo de menú + GRUPO DE GIMNASIA (nuevo este año) |
| 4 | Mensual | Asamblea grupal de convivientes |
| 5 | Diciembre | Decoración de Reyes |
| 6 | Planificación anual | Promoción y prevención de la salud, según programa incorporado este año. |
| 7 | | Celebraciones onomásticas |
| 8 | | VER PLAN DE ACTIVIDADES EN www.asociacióncicerón.org |
| 9 | DIAS ALTERNOS | Manualidades dirigida |
| 10 | | |

| 33 | **OTROS SERVICIOS DESARROLLADOS EN LA VIVIENDA A LO LARGO DEL AÑO** | *(Marcar: con "X")* | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| 1 | Lavandería | X | |
| 2 | Lavandería a domicilio | | X |
| 3 | Comedor | X | |
| 4 | Comidas a domicilio | | X |
| 5 | Atención durante el día sin pernoctar en la vivienda | X | |
| 6 | Estancia temporal en la vivienda | | X |
| 7 | Otros Servicios *(especificar):* | | |

| 34 | **REUNIONES DE LA COMISION DE SEGUIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIONES DE LA VIVIENDA** | |
|---|---|---|
| FECHA *(Señalar Día/Mes/Año: xx/ xx/ xxxx)* | | MOTIVO DE LA REUNIÓN / ACUERDOS |
| 1 | | Alter, una visita en el último trimestre. Y una jornada de formación. |
| 2 | | |
| 3 | | |

| 35 | **REUNIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL DE LA VIVIENDA** | |
|---|---|---|
| FECHA *(Señalar Día/Mes/Año: xx/ xx/ xxxx)* | | MOTIVO DE LA REUNIÓN / ACUERDOS |
| 1 | Semanal | Se reúne la coordinadora con las auxiliares del centro y se trabaja aspectos organizativos y planes de cuidados de los residentes.(informes, ingresoso hospitalarios, caídas, etc, etc). |
| 2 | Mensual/semanal | Revisión planes: coordinadora, y auxiliares. Octubre-noviembre –diciembre: DUE **canguro**s revisando todos los planes incorporando la actividad de enfermería. |
| 3 | Mensual | Supervisión metodología y documentación con DUE de Asociación |

| 36 | **QUEJAS Y SUGERENCIAS EXPRESADAS DE FORMA MAS FRECUENTE POR LAS PERSONAS RESIDENTES EN LA VIVIENDA** |
|---|---|
| 1 | PERSONAL DE NOCHE |
| 2 | POSIBILIDAD DE CONTINUAR EN LA VIVIENDA CUANDO SE AGRAVE SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA |
| 3 | PROBLEMAS CON RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN SU DOMICILIO HABITUAL, QUE ES LA VIVIENDA PORQUE EL CENTRO DE SALUD NO RESPONDE A NUESTRAS DEMANDAS AL ENTENDER QUE LA VIVIENDA DEBE TENER MEDICO Y ENFERMERA. |
| 4 | Actividades físicas y desarrollos cognitivos |
| 5 | |

| 37 | **QUEJAS Y SUGERENCIAS EXPRESADAS DE FORMA MAS FRECUENTE POR LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN LA VIVIENDA** |
|---|---|
| 1 | **PERSONAL DE NOCHE** |
| 2 | POSIBILIDAD DE CONTINUAR EN LA VIVIENDA CUANDO SE AGRAVE SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA |
| 3 | PROBLEMAS CON RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN SU DOMICILIO HABITUAL, QUE ES LA VIVIENDA |
| 4 | |

## E.-ASPECTOS ECONOMICOS

### 38. Aportaciones de las Administraciones Públicas

| | |
|---|---|
| **TIPO DE ADMINISTRACION QUE CONTRIBUYE A LA FINANCIACION DEL MANTENIMIENTO Y/O FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO** | ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA: 35.000 € incluye mantenimiento (29.000 €) y proyecto "Centinela" (6.000 €).<br>Colaboran en la gestión económica de la Vivienda, los convivientes mediante cuotas mensuales de 625 €. |

## F.-OBSERVACIONES Y PROPUESTAS

Este año 2018 se ha continuado aplicando el Protocolo de seguimiento de Teleasistencia, Programa de promoción y prevención de la salud y **plan de enfermería** dentro del proyecto CENTINELA con la contratación de una DUE/5 hora semanal y Auxiliar sanitario VIGIA para acompañamiento nocturno.

Integración efectiva de la vivienda en el SAAD ofertando plazas a la administración. Esto se podría ejecutar con la finalización del procedimiento de resolución de subvención mediante convenio de colaboración en el que se especifique esta cesión de plazas y otras contingencias en relación al servicio.

**FECHA: 15-01-2019**

**Fdo.: Araceli Villanueva Villapalos**

**NOTA: ESTA MEMORIA ES PRESENTADA A LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL COMO JUSTIFICACION A LA COLABOIRACIÓN ENTRE AMBAS ENTIDADES.**