



Fundación
Edad & Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

MODELO DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación en España

GI + GII + GIII + R

Con la colaboración de:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Marzo 2012



**MODELO DE ACREDITACIÓN
DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
A PERSONAS MAYORES
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

**Modelo de servicios
y condiciones básicas
para la acreditación en España**

GI + GII + GIII + R

Marzo 2012

Preámbulo

La Fundación Edad&Vida, Instituto para la mejora, promoción e innovación en la calidad de vida de las personas mayores, pretende contribuir con sus actividades a la reflexión sobre aquellos temas en que se puedan llevar a cabo acciones que promuevan la calidad de vida de las personas mayores.

Impulsada por un grupo de empresas de diferentes sectores económicos y con miembros colaboradores del mundo académico y de asociaciones de personas mayores, la Fundación ejerce de catalizador de las inquietudes de la sociedad y del mundo empresarial y tiene vocación de colaborar con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz, a la vez que eficiente, a los retos económicos y sociales derivados del envejecimiento progresivo de la población y del cambio demográfico con el que va acompañado.

Uno de los ámbitos de actividad de la Fundación es la elaboración de propuestas de mejora en la atención a las personas con enfermedades crónicas y en situación de dependencia, la mayoría de ellas personas mayores. En este sentido, la Fundación ha sido muy activa desde su creación, hace 11 años, en el debate y la elaboración de propuestas que contribuyeran a los procesos de reflexión, elaboración y despliegue de la Ley de Dependencia, para la construcción de un sistema de atención a la dependencia centrado en estas personas, y que dé respuesta a sus necesidades de atención social y sanitaria. Un sistema con servicios de calidad, eficaces e integrados en un modelo de atención sostenible en el tiempo, en el que la colaboración entre las administraciones públicas y la iniciativa privada es crucial.

La propia Ley establece que para garantizar la calidad en la atención a las personas en situación de dependencia es necesario establecer la acreditación de centros y servicios. La Ley también define claramente la existencia de grados y niveles de dependencia, que implican estructuras organizativas, servicios de atención social y sanitaria con complejidades e intensidades muy heterogéneas, así como perfiles profesionales diferentes y específicos.

Para la Fundación Edad&Vida, la implantación de un modelo de acreditación de los servicios de atención a las personas mayores y en situación de dependencia es una de las piezas fundamentales en la construcción de un sistema de atención a la cronicidad y la dependencia de calidad en nuestro país. Un sistema que fomente la mejora continua a la que deberían tender todas aquellas organizaciones que prestan estos servicios.

Dando continuidad a sus trabajos anteriores sobre la materia, la Fundación Edad&Vida presenta, con esta publicación, una propuesta de modelo de acreditación para los servicios de atención residencial y centros de día. Partiendo del marco legal vigente y analizando distintos modelos de acreditación internacionales contrastados, este modelo de acreditación está claramente orientado a valorar los resultados en la atención a las personas usuarias. El modelo se estructura alrededor de la diferente tipología de servicios y su intensidad por grados de dependencia, e incluye propuestas concretas para su implantación, teniendo en cuenta el grado de desarrollo de los modelos de acreditación vigentes y el estado de madurez del sector.

Se trata de un modelo dinámico, cuya implementación se plantea por fases, y que confiamos va a resultar de utilidad a las administraciones públicas para la ordenación del sector y garantizar la excelencia en la calidad de la atención.

Para la elaboración de este modelo hemos contado con la colaboración de Antares Consulting, y con las inestimables aportaciones de los miembros de la Fundación Edad&Vida, sin la involucración de los cuales este trabajo no hubiera sido posible. Quisiera también agradecer el apoyo del IMSERSO en la edición de esta publicación.

A todos ellos agradecerles su apoyo para poner sobre la mesa propuestas que desde nuestro punto de vista contribuirán a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, y de las que van a serlo.

Higinio Raventós
Presidente de Edad&Vida

Índice

1 Presentación	7
2 Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España	9
2.1 Introducción	9
2.2 Modelo de centro: requisitos básicos para la acreditación	10
2.3 Un modelo basado en indicadores de resultado	16
2.4 Proceso de valoración del cumplimiento de las condiciones exigibles en los ámbitos de valoración	17
2.5 Presentación de los ámbitos de valoración	20
2.5.1 Tabla de ámbitos de valoración	20
2.5.2 Contenido de los ámbitos de valoración y guía de evidencias	21
3 El proceso de acreditación	27
3.1 Infraestructura para el proceso de acreditación	28
3.2 Fases del proceso de acreditación	28
4 Situación actual de la acreditación en las distintas Comunidades Autónomas	31
4.1 Andalucía	32
4.2 Aragón	36
4.3 Asturias	38
4.4 Cantabria	43
4.5 Castilla y León	53
4.6 Castilla-La Mancha	54
4.7 Cataluña	57
4.8 Comunidad Autónoma Vasca	60
4.9 Comunidad Foral de Navarra	60
4.10 Comunidad Valenciana	60
4.11 Extremadura	61
4.12 Galicia	63
4.13 Islas Baleares	65
4.14 Islas Canarias	66
4.15 La Rioja	66
4.16 Madrid	69
4.17 Murcia	69

5 Propuestas para la implantación del modelo de acreditación	71
5.1 Bases para la creación del modelo de acreditación	71
5.2 Pasos para la implantación	72
5.3 Pasos para la implantación en cada CCAA	73
6 Recomendaciones de la Fundación Edad&Vida	75
7 Anexo I: <i>Benchmark</i> de modelos de acreditación	77
7.1 Introducción	77
7.2 El modelo de acreditación en Inglaterra	77
7.2.1 Conclusiones del análisis	77
7.2.2 Análisis descriptivo	79
7.3 El modelo de acreditación en Suecia	95
7.3.1 Conclusiones del análisis	95
7.3.2 Análisis descriptivo	96
7.4 El modelo de acreditación de Francia	103
7.4.1 Conclusiones del análisis	103
7.4.2 Análisis descriptivo	104
7.5 El modelo de acreditación de centros sociosanitarios de Cataluña	114
7.5.1 Conclusiones del análisis	114
7.5.2 Análisis descriptivo	115
7.6 Conclusiones del análisis <i>benchmark</i>	130
8 Anexo II: Guía del evaluador	133

1 Presentación

La acreditación es un proceso por el cual, los servicios se someten a una evaluación que comprueba su idoneidad en relación al cumplimiento de unos requisitos que establece la Administración.

En el ámbito de los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia, los requisitos que se han regulado hasta ahora han sido mayoritariamente de tipo estructural en prácticamente todas las CCAA, constatando a su vez una importante confusión entre lo que propiamente son los procesos de acreditación, de autorización o de inspección que la misma administración realiza.

La aprobación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), que fijó un marco general para el desarrollo del SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia) en todas las CCAA, menciona en varias ocasiones la necesidad de establecer criterios y estándares de calidad en la atención a las personas en situación de dependencia.

En el año 2008, el Consejo Territorial del SAAD acordó unos criterios mínimos comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD, que fueron publicados en la Resolución de 2 de diciembre¹. No se puede olvidar que la Ley establece que la acreditación de centros, servicios y entidades privadas concertadas es requisito para que éstos puedan formar parte de la red de centros y servicios del SAAD.

Tres años después, en la mayoría de CCAA, que son las que ejercen las competencias exclusivas en acreditación de centros y servicios, continua pendiente la definición de un modelo de acreditación.

La Fundación Edad&Vida ha trabajado ampliamente en este tema. Así, publicó en mayo del 2008 el estudio "Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia" con el objetivo de proporcionar herramientas útiles dirigidas al establecimiento de un acuerdo de mínimos aplicables para cada grado y nivel de dependencia, a la vez que formular una propuesta para lograr un nivel avanzado de calidad orientado a la mejora continua de estos servicios.

Ahora, ha querido llevar a cabo un paso más, movida por la voluntad de impulsar el cumplimiento del imperativo legal que establece la LAPAD, presentando una propuesta de modelo para la acreditación de centros y servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

Es un modelo que, basándose en la atención que deben recibir las personas en los centros y servicios según sea su grado de dependencia, establece y concreta cómo valorar los resultados que esta atención consigue en los distintos ámbitos que incluye el amplio concepto de calidad de vida.

Es por tanto un modelo que se enfoca decididamente a valorar los resultados que obtiene la prestación de los servicios en los que se aplica, que nace con el deseo de que sea valorado positivamente por parte de las autoridades competentes y sirva para avanzar en el nivel de calidad de los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

Su implantación se plantea de modo dinámico, en fases diferenciadas, para poder garantizar la incorporación de las diversas realidades que se dan en España, evitando excluir a quienes están a más distancia, pero asegurando a su vez que se da en el sistema una evolución positiva hacia cotas más altas de calidad.

La Fundación Edad&Vida es consciente de que este planteamiento introduce un cambio significativo en el panorama normativo actual porque, por primera vez en España, se propone medir la calidad asistencial en base a los resultados de la atención que se presta. Es un planteamiento que se asienta en la confianza entre los

¹ RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los Centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

diferentes agentes del Sistema, la Administración y los gestores y que requerirá sin duda de un tiempo de adaptación, además de un cambio de “cultura” que permita pasar de valorar cumplimientos a valorar resultados.

El documento que presentamos recoge el trabajo de definición del modelo de servicio deseado y las condiciones básicas exigibles para su acreditación. Detalla la propuesta de acreditación de Edad&Vida, así como las

directrices básicas necesarias para su implantación. Incorpora un análisis benchmark de diferentes modelos de acreditación de ámbito internacional y nacional, a la vez que revisa la situación actual de la acreditación en las distintas CCAA.

Presenta pues un planteamiento completo que va desde el modelo de partida hasta la guía del evaluador, instrumento imprescindible para completar su contenido.

2 Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

2.1 Introducción

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LAPAD) marca en los artículos 25 y 26 que los centros residenciales deberán prestar servicios orientados de acuerdo al tipo de dependencia, grado o intensidad de cuidados que requiera la persona usuaria.

Indica también que la competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las Comunidades Autónomas en su ámbito competencial, si bien se encomienda al Consejo Territorial fomentar la calidad de la atención a la dependencia (art. 34.2), marcando unos criterios comunes de acreditación para todos los centros y servicios de atención a la dependencia y estableciendo estándares esenciales de calidad:

- Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.
- Guías de buenas prácticas.
- Cartera de servicios adaptados a las condiciones específicas de las personas en situación de dependencia, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

La resolución de 2 de diciembre de 2008, por la que se publicó el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema, indica que la acreditación de centros, servicios y entidades privadas concertadas es requisito para que puedan formar parte de la red de centros y servicios del SAAD. Asimismo, es condición para que los centros puedan prestar servicios a personas en situación de dependencia y que éstas puedan percibir la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.

Esta resolución también explicita que se deberán establecer requisitos y estándares de calidad en diversos ámbitos (recursos materiales y equipamientos, recursos humanos, documentación e información) teniendo en cuenta el número de plazas, la intensidad de la prestación, la tipología de recursos y los servicios que se ofrecen.

En este contexto, la Fundación Edad&Vida propone un modelo que se basa, por un lado, y como requisito previo, en la evaluación del cumplimiento de condiciones funcionales, estructurales y materiales, y por otro, en la evaluación del cumplimiento de una batería de indicadores de resultado de la gestión del centro, de sus profesionales y sobre todo del resultado obtenido en la atención a las personas usuarias y a sus familias.

Se circunscribe a los **servicios de atención residencial y centro de día** para personas mayores del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) e incluye también el servicio de atención residencial para personas autónomas o en situación de dependencia leve. Así, la Fundación propone un sistema de acreditación por grados de dependencia, para la siguiente tipología de servicios:

- Servicio de atención residencial para personas autónomas/en situación de dependencia leve
- Servicio de atención residencial para personas en situación de dependencia de grado I
- Servicio de atención residencial para personas en situación de dependencia de grado II
- Servicio de atención residencial para personas en situación de dependencia de grado III
- Servicio de centro de día (no incluye situación de dependencia de grado III)

La Fundación Edad&Vida pone a disposición de las Comunidades Autónomas un modelo que se inspira en determinadas características de algunos modelos internacionales y nacionales con experiencia acumulada, está

orientado a resultados e incorpora ratios de personal desglosadas por grado de dependencia. Es un modelo compatible con la legislación actual que plantea la acreditación por grados de dependencia y cumple así con el principio de igualdad efectiva y no discriminación establecida por la ley 39/2006.

Tiene en cuenta la realidad y el contexto actual existente en las diferentes Comunidades Autónomas y en los propios proveedores de servicio y propone una implantación en dos fases (ver capítulo 5 para ampliar la información):

- En una primera fase, a corto plazo, los operadores deberían justificar el cumplimiento de las exigencias del modelo e iniciar el registro del valor que alcanzan en sus centros algunos indicadores de resultado, con el objetivo que a medio plazo estos valores sirvan para fijar estándares de obligado cumplimiento.

- En una segunda fase, a medio plazo, los operadores deberían justificar el cumplimiento de las exigencias del modelo, incluidas aquéllas que hacen referencia a estándares cuantitativos de resultado de la atención en la calidad de vida de las personas usuarias. La medición por resultados implicaría abandonar algunas exigencias actuales, en especial las relacionadas con ratios de personal.

La siguiente ficha refleja, para cada uno de los dos tipos de servicios a los que se refiere el modelo que proponemos, las características y cumplimientos básicos necesarios para que un centro sea acreditado. Es decir, recoge los requisitos exigibles que, sumados a la evaluación exhaustiva de resultados (apartado 2.5.1 de este documento), permitirían a un centro obtener la acreditación para formar parte de la red pública de servicios del SAAD.

2.2 Modelo de centro: requisitos básicos para la acreditación

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Descripción	Servicio de atención residencial de carácter temporal (cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana, enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores) o permanente (cuando el centro se convierta en la residencia habitual de la persona usuaria) que ofrece una serie de cuidados continuados según el tipo de dependencia y grado de la persona usuaria y desde un enfoque bio-psico-social.				Servicio de acogimiento diurno que ofrece una atención integral a personas en situación de dependencia para mejorar al máximo el nivel de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. El servicio de centro de día cubre desde un enfoque bio-psico-social, las necesidades de asesoramiento, prevención y, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, rehabilitación o atención asistencial y personal.

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Objetivos del Servicio	<p>Facilitar a la persona usuaria autónoma un entorno que sustituya al hogar, adecuado y adaptado a sus necesidades.</p> <p>Prevenir y/o mantener la autonomía personal y social de la persona usuaria autónoma o en situación de dependencia leve.</p>	<p>Facilitar a la persona usuaria en situación de dependencia un entorno que sustituya al hogar, adecuado y adaptado a cada una de sus necesidades.</p> <p>Ofrecer una atención integral a las necesidades básicas de la persona usuaria de la vida diaria, y de las necesidades socio-culturales.</p> <p>Favorecer la recuperación y/o mantener el máximo grado de autonomía personal y social de las persona usuarias.</p> <p>Atender las necesidades básicas de salud de estas personas con personal debidamente cualificado.</p>			<p>Ofrecer un entorno adecuado y adaptado a las necesidades de atención de cada una de las personas usuarias de acuerdo a su nivel de autonomía.</p> <p>Favorecer la recuperación y/o mantener la autonomía personal y social de la persona usuaria.</p> <p>Mantener a la persona usuaria en su entorno familiar.</p> <p>Proporcionar apoyo al entorno familiar de la persona usuaria.</p>
Cartera de servicios comunes	<ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento • Restauración • Limpieza – Lavandería • Convivencia <p>Servicios con diferente intensidad de atención profesional según necesidad del perfil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y supervisión en ABVD / AIVD • Hábitos de Autonomía • Fisioterapia • Terapia Ocupacional • Intervención psicosocial • Intervención sociocultural 				<ul style="list-style-type: none"> • Restauración • Atención personal en las actividades de la vida diaria • Dinamización sociocultural • Actividades de ocio • Apoyo personal, social y familiar
Contenido del servicio específico según grado	<ul style="list-style-type: none"> • Administración, reparto y seguimiento farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y supervisión médica • Apoyo y supervisión en enfermería • Tratamiento incontinencia • Rehabilitación menor 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y supervisión médica • Apoyo y supervisión en enfermería • Tratamiento inmovilidad • Tratamiento incontinencia 	<p>Servicios con diferente intensidad según necesidad del perfil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y prevención de alteraciones de salud • Fisioterapia de mantenimiento 	

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Contenido del servicio específico según grado <i>(Cont.)</i>				<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en alimentación – aplicación sonda enteral • Atención a grandes síndromes geriátricos relacionados con los trastornos del comportamiento, demencias, etc. • Rehabilitación menor • Atención- cuidados paliativos 	
Cartera de servicios de carácter opcional	<ul style="list-style-type: none"> • Peluquería/ barbería • Podología • Apoyo psicológico familiar 				<ul style="list-style-type: none"> • Transporte adaptado • Apoyo psicológico familiar • Lavandería • Peluquería / Barbería • Podología
Perfiles personas usuarias	Persona mayor de 65 años con autonomía para la realización de varias actividades básicas de la vida diaria que necesita ayuda intermitente o limitada para mantener la autonomía personal.	Persona mayor de 65 años en situación de dependencia moderada, que requiere de ayuda externa para la realización de varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.	Persona mayor de 65 años en situación de dependencia severa, que requiere de una ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día y presenta necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.	Persona mayor de 65 años con gran dependencia que requiere de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene	Persona mayor de 65 años en situación de dependencia que necesita supervisión para las actividades básicas de la vida diaria que complementa la atención que recibe en su propio hogar.

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Perfiles personas usuarias (Cont.)		Se corresponde a una puntuación final de BVD de 25 a 49 puntos	Se corresponde a una puntuación final de BVD de 50 a 74 puntos	necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final de BVD de 75 a 100 puntos	
Condiciones funcionales exigidas	<p>Los centros deben disponer al menos de la siguiente documentación e información referida tanto a las personas usuarias como al personal (de acuerdo a especificaciones del Decreto de 2 de diciembre de 2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de Régimen interior que incluya derechos y deberes de las personas usuarias y su participación, en su caso. • Plan de gestión de Calidad, que incluya mapa de procesos, procedimientos y protocolos de actuación referido a la persona usuaria y a la familia, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados. • Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece y los compromisos con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso. • Documentación referida a la persona usuaria, que recoja los objetivos, plan de trabajo interdisciplinar e intervenciones, así como la evaluación de los resultados en cuanto a mejora de su calidad de vida. • Documentación referida al propio centro. • Plan de emergencia. • Sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos. • Documentación referida al personal del centro. • Protocolos de actuación si no van incluidos en el plan de gestión de calidad. • Información a remitir a los órganos competentes, procedimientos y periodicidad en la remisión. • Información, en formato accesible, a suministrar a la persona en situación de dependencia y/o a sus familiares o tutores en lenguaje accesible. • Información referida a las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad. • Documentación del cumplimiento de la obligación prevista del art. 38 de la ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, en concreto que cuando el centro emplee un número de trabajadores que exceda de 50, deberá tener un 2% de trabajadores con discapacidad en plantilla o cumplir con las medidas alternativas previstas en el Real Decreto 364/2005 de 8 de abril. 				

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Condiciones materiales y estructurales comunes exigidas	<ul style="list-style-type: none"> • El centro debe disponer de medidas de señalización y de localización para facilitar el acceso a las personas usuarias, familiares y personal. • El centro debería disponer de habitaciones individuales a disposición de las personas usuarias que lo soliciten. • El centro debe disponer de espacios diferenciados de acuerdo a los servicios que ofrece el centro, de día y de noche, según grado de la persona usuaria (grado II y grado III) y su capacidad cognitiva-relacional. <ul style="list-style-type: none"> - Recepción - Despachos para profesionales y dirección - Sala de espera/visitas - Vestuarios y aseos para el personal - Almacén de víveres, almacenaje de medios de conservación, manipulación y tratamiento de alimentos y lavado de menaje. Aplica en caso de no externalización del servicio. - Zona de recepción y clasificación de ropa, lavado y planchado, repaso y almacén de lencería. Aplica en caso de no externalización del servicio. - Sala para servicio de peluquería y podología (en caso que se contemple en la cartera de servicios). - Salas para la realización de actividades de animación sociocultural/ Terapia ocupacional y rehabilitación - Sala de usos múltiples (ocio, desarrollo de convivencia, actividades religiosas, culturales, etc.) • El entorno del centro debe respetar la dignidad de las personas, adaptado a las decisiones de la propia persona usuaria. 				<ul style="list-style-type: none"> • El centro debe disponer de medidas de señalización y de localización para facilitar el acceso a las personas usuarias, familiares y personal. • El centro debe disponer de los siguientes espacios: <ul style="list-style-type: none"> - Zona de recepción - Guardarropa - Cocina - Comedor - Sala polivalente (mínimo dos espacios a ser posible en continuidad espacial) - Espacio dedicado al reposo - Baños y aseos accesibles - Despacho polivalente de uso profesional - Dependencia para el almacenamiento de material desechable. • El entorno del centro debe respetar la dignidad de las personas, adaptado a las decisiones de la propia persona usuaria
Condiciones materiales y estructurales específicas exigidas	<ul style="list-style-type: none"> • El centro debe disponer de productos de apoyo auxiliares, tales como barras para facilitar la transferencia de las personas usuarias 	<ul style="list-style-type: none"> • El centro dispone de baños geriátricos internos como mínimo para cada dos habitaciones. • El centro debe disponer de espacios diferenciados de acuerdo al grado de la persona usuaria (grado II y grado III) y su capacidad cognitiva-relacional. • El centro debe disponer de productos de apoyo de uso común y puntual tales como: sillas de rueda, grúas de movilización, 	<ul style="list-style-type: none"> • El centro debe disponer de productos de apoyo auxiliares, tales como: bastones, andadores y barras para facilitar la transferencia. 		

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Condiciones materiales y estructurales específicas exigidas (Cont.)			cojines/colchones antiescaras, cinturones de contención (si el centro no tiene implantado algún método de eliminación de sujeciones), sillas para baño y ayudas para la alimentación.		
Ratio atención directa y perfiles profesionales	Ratio total de atención directa: 0,097	Ratio total de atención directa: 0,263	Ratio total de atención directa: 0,356	Ratio total de atención directa: 0,384	Ratio de atención directa a personas usuarias autónomas/dependencia leve: 0,067
	<p>Existencia de un número de personal adecuado en relación con el total de personas usuarias que dispone el centro, con la titulación correspondiente a su perfil profesional, con experiencia y especialización para la atención a las personas usuarias con diferentes perfiles y grados de dependencia.</p> <p>El centro dispone de parte de la plantilla con formación especializada sobre el tratamiento de la demencia y el deterioro cognitivo.</p> <p>El centro aplica una política de Recursos Humanos que incluye la evaluación, plan de formación, sistema de contratación, selección de personal, medidas de conciliación de vida laboral y familiar, gestión del absentismo</p> <p>Porcentaje de plantilla con titulación requerida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directores/as: 100% • Gerocultor/a o similar: 100% en 2.015 <p>Los Directores y Directoras de los Centros deberán contar con titulación universitaria y deberán haber realizado formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de Centros Residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia, salvo en los puestos ya ocupados, en los que el Director o Directora tendrá como mínimo 3 años de experiencia en el sector y contará con la formación complementaria anteriormente reseñada. (Resolución de 2 de Diciembre de 2008, de la <i>Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los Centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</i>).</p>				<p>Ratio de atención directa a personas usuarias en situación de dependencia de grado I: 0,199</p> <p>Ratio de atención directa a personas usuarias en situación de dependencia de grado II: 0,235</p> <p>Ratio total de atención directa: 0,189</p> <p>Existencia de los siguientes profesionales de atención directa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermero/a • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Trabajador/a Social • Psicólogo/a • Gerocultor/a

País: España. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día en España

Tipología de servicio	Servicio de atención residencial				Servicio de centro de día
	Autónomos/ Dependencia leve	Grado I Dependencia moderada	Grado II Dependencia Severa	Grado III Gran dependencia	
Ratio atención directa y perfiles profesionales (Cont.)	Existencia de los siguientes profesionales de atención directa: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermero/a • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Trabajador/a Social • Educador/a social o Animador Sociocultural • Psicólogo/a • Gerocultor/a 	Existencia de los siguientes profesionales de atención directa: <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermero/a • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Trabajador/a Social • Educador/a social o Animador Sociocultural • Psicólogo/a • Gerocultor/a 			
	La dedicación de los profesionales del centro será flexible, estableciéndose en función de las necesidades de los perfiles de las personas usuarias atendidas, manteniendo la ratio de atención directa propuesta.				

2.3 Un modelo basado en indicadores de resultado

El modelo de acreditación que propone la Fundación toma como referencia el modelo de acreditación vigente en Inglaterra desde 2009 (ver anexo I) que se caracteriza, por un lado, por estar enfocado a resultados de atención y por otro, porque la justificación de estos resultados se realiza a través de evidencias.

Este enfoque a resultados es innovador en España. El Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO publicó en mayo del 2011 el informe "Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias", fruto del proyecto "Gestión de calidad mediante indicadores orientados a resultados: Hacia una evaluación comparativa de los cuidados residenciales de las personas mayores". Este pro-

yecto, cofinanciado por la Comisión Europea, en el marco del programa PROGRESS, persigue la promoción de la calidad de los servicios sociales de manera sistemática y estandarizada, haciendo especial hincapié en la calidad de vida. Incorpora indicadores basados en resultados que tienen la finalidad de definir y medir la excelencia de los centros y servicios de atención a la dependencia. Su elaboración ha sido un primer paso en la línea de medir resultados de la atención que se presta, pero por el momento este modelo no ha sido aplicado formalmente en ninguna Comunidad Autónoma.

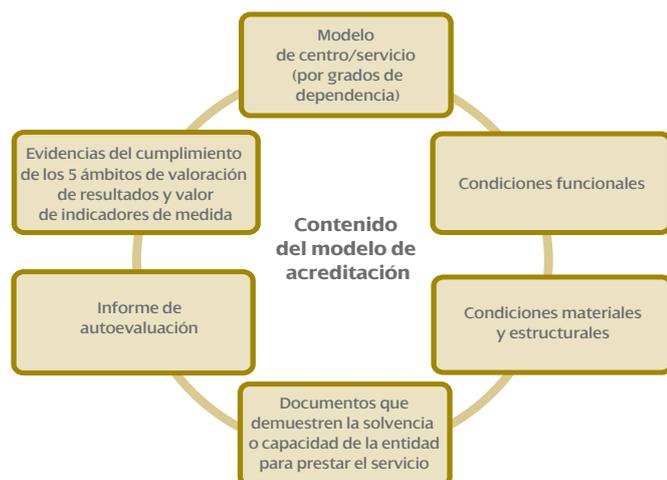
El modelo de la Fundación define **5 ámbitos de valoración** con una clara orientación a resultados de atención, en las personas que la reciben. Una atención que parte de la definición del **modelo de centro** que tenga en

cuenta los diferentes grados de dependencia de las personas usuarias, que garantice una atención individualizada, adaptada a las propias necesidades, centrada en el respeto a la dignidad, la autonomía y la privacidad, y que asegure el bienestar y la seguridad de las personas.

El cumplimiento de estos resultados se justifica mediante evidencias. Si bien no propone estándares mínimos en una primera fase de implantación del modelo, puesto que establecerlos requiere de un tiempo de recogida de información y análisis que de momento no es posible porque hasta hoy no se ha recogido, intenta eliminar subjetividad aportando, además de cómo medir las evidencias, algunos criterios cuantitativos mínimos, en especial de ratios de personal según grado de dependencia e indicadores relacionados con la atención a la salud de las personas usuarias en función también de su grado de dependencia.

Estos indicadores del ámbito de la salud deberán recogerse en la primera fase de implantación del modelo pero no será hasta la segunda fase cuando, una vez fijados estándares mínimos (valor deseado del indicador) se deba justificar su cumplimiento.

Tal como se recoge en la figura, complementariamente a ello, el modelo también valora el cumplimiento de determinadas **exigencias funcionales, materiales y estructurales**, por su importancia y necesidad para poder enmarcar el modelo en el contexto actual del sector en España. Además, exige una serie de características a los prestadores de servicios que permitan asegurar su



capacidad o solvencia para prestar el servicio, así como la necesidad de que el centro/servicio realice una **autoevaluación**.

La adopción del modelo se hará de manera progresiva, y teniendo en cuenta las diferencias actualmente existentes entre las distintas Comunidades Autónomas (ver detalle en capítulo 4).

2.4 Proceso de valoración del cumplimiento de las condiciones exigibles en los ámbitos de valoración

Los ámbitos de valoración y sus respectivos indicadores asociados que aquí se presentan deberán ser de obligado cumplimiento por parte de todos los proveedores de servicio de centros residenciales y centros de día que opten a la acreditación.

La valoración del cumplimiento de los requerimientos exigidos se estructura en 4 etapas:

- **Etapa 1:** Determinar si existen suficientes evidencias para realizar la valoración.
- **Etapa 2:** Comprobar si existen o no pruebas que demuestren el cumplimiento, o existen dudas acerca del cumplimiento de las condiciones exigidas, por parte del proveedor.
- **Etapa 3:** Determinar el nivel de cumplimiento/incumplimiento de la incidencia, haciendo un juicio sobre el impacto en las personas que utilizan los servicios y la posibilidad de que el impacto ocurra.
- **Etapa 4:** Validar la acreditación.

Etapa 1: Determinar si existen suficientes evidencias para realizar la valoración

Esta etapa requiere del análisis de información remitida por el operador a los evaluadores, con el objetivo de asegurar que existan evidencias robustas para realizar la comprobación del cumplimiento de las condiciones exigidas.

Para determinar si la evidencia es adecuada y robusta se pueden considerar los siguientes puntos:

- ¿Es **actual**?

Si la información se refiere a un periodo de tiempo igual o inferior a un año

- ¿Es **fiable**?

Si la fuente de la información tiene credibilidad, si la evidencia es consistente o puede ser contrastada por otra fuente

- ¿Es **relevante**?

Si la información se relaciona con el contenido del modelo

- ¿Es **suficiente**?

La información presentada es la necesaria y adecuada para demostrar la evidencia en la valoración

- ¿**Demuestra** la calidad de los resultados y/o experiencias de las personas que utilizan el servicio?

- ¿**Demuestra** que el proveedor realiza los procesos necesarios para asegurar la calidad?

- ¿Se requiere la intervención de otros **profesionales/especialistas** para valorar la información?

La respuesta positiva a todas las preguntas constata que se tiene suficiente información, y que ésta es robusta, para la valoración del cumplimiento. En este caso, se puede pasar a la **etapa 2**. En caso contrario, se debe recolectar más información, por ejemplo visitando el centro si es necesario y repetir la **etapa 1**.

Etapa 2: Comprobar si existen o no pruebas que demuestren el cumplimiento, o existen dudas acerca del cumplimiento del contenido de los ámbitos de valoración por parte del proveedor

En esta etapa, se realiza la valoración del cumplimiento de las exigencias para cada ámbito de valoración con el objetivo de recabar suficiente información para la emisión de la acreditación. Si se considera que el resultado de cada indicador cumple con las exigencias, se puede pasar directamente a la etapa 4 de validación.

Por el contrario, si hay dudas o no se cumplen, se precisa realizar un análisis más detallado en ese/esos ámbito/s de valoración. En este caso se debe avanzar a la etapa 3 para identificar el impacto del no cumplimiento sobre la

persona usuaria de los servicios y la probabilidad de que este impacto se repita en el futuro.

Etapa 3: Determinar el nivel de incidencia, haciendo un juicio sobre el impacto en las personas que utilizan los servicios y la posibilidad de que el impacto ocurra

En esta etapa se debe conocer cuál es el impacto del no cumplimiento en las personas usuarias del servicio y la probabilidad de que el impacto ocurra.

El **impacto** hace referencia a cómo afecta ese incumplimiento a la calidad de vida de la persona usuaria en aspectos tales como: la seguridad, la autonomía/independencia, los resultados de la atención, su dignidad, el respeto a sus derechos, la accesibilidad.

Se consideran tres tipos de impacto sobre las personas que utilizan los servicios que se están evaluando:

- El impacto será “bajo” en aquellas situaciones en las que el impacto en las personas usuarias que utilizan los servicios en una o más áreas, el evaluador cree que es mínimo.
- El impacto será “medio” si existe un impacto moderado en las personas usuarias que utilizan los servicios en una o más áreas pero el efecto no persiste a largo plazo.
- El impacto será “alto” si existe un impacto significativo o persiste a largo plazo en las personas usuarias que utilizan los servicios.

La evaluación será más positiva cuanto menor es el impacto en la persona usuaria y por el contrario, será menos positiva cuanto mayor sea el impacto que genera el no cumplimiento en la persona usuaria.

Una vez determinado el nivel de impacto en las personas que utilizan el servicio, se debe analizar la **probabilidad** que exista dicho impacto, analizando: si el hecho ha sucedido con anterioridad, desde cuándo sucede, a cuántas personas usuarias afecta, si el proveedor había identificado el hecho y si existen medidas correctoras, y si las personas adecuadas se responsabilizan de su gestión.

Para la determinación de la probabilidad se tendrán en cuenta las evidencias aportadas por el operador.

Se definen tres niveles de probabilidad:

- La probabilidad será “poco probable” si el evaluador considera que el impacto nunca sucederá o reapare-

cerá puesto que se han adoptado medidas de control y procesos claros.

- La probabilidad será “posible” si el evaluador considera que puede suceder o es probable que reaparezca, aunque cree que no es un problema persistente.
- La probabilidad será “casi probable” si el evaluador considera que es probable que suceda o reaparezca con frecuencia, como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el proveedor de servicios.

Una vez determinado el impacto para las personas usuarias y la probabilidad que éste vaya a ocurrir, mediante la matriz que a continuación se expone, el evaluador determinará el nivel general de la incidencia, analizando y concluyendo en función de las diferentes combinaciones impacto/probabilidad si ésta es baja, moderada o alta.

Probabilidad /Impacto	Bajo	Medio	Alto
Improbable	Baja incidencia	Baja incidencia	Moderada incidencia
Posible	Baja incidencia	Moderada incidencia	Alta incidencia
Casi probable	Moderada incidencia	Alta incidencia	Alta incidencia

Etapa 4: Validar la acreditación

En esta etapa se valida la evaluación del proceso con la emisión de un certificado que acredite el cumplimiento de los requisitos exigidos para la acreditación, con el objetivo de que el centro pueda pasar a formar parte de la red pública de estos servicios.

En el caso que se encuentren deficiencias / no cumplimientos subsanables, se emitirá un informe de requerimientos que deberán ser subsanados en un plazo máximo de tiempo modulable en función de las diferentes casuísticas que puedan darse: si es una petición de nueva acreditación o si se trata de una revisión, si la incidencia detectada es de bajo, medio o alto impacto, del tipo de ámbito de valoración y del número de ámbitos en los que se ha detectado la incidencia, etc.

Una vez presentadas las nuevas evidencias, se realizará una nueva valoración.

En el caso que se encuentren deficiencias / no cumplimientos no subsanables o bien no se presente la información requerida en el plazo previsto, se emitirá un informe denegando la solicitud de acreditación del centro.



Impacto	
¿Cuál es el impacto en las personas usuarias de los servicios?	
Bajo	Sin impacto o nivel mínimo de impacto en las personas que utilizan los servicios
Medio	Impacto moderado pero sin efectos a largo plazo en las personas que utilizan los servicios
Alto	Impacto significativo o a largo plazo en las personas que utilizan los servicios
Probabilidad	
¿Cuál es la probabilidad de que el impacto afecte a las personas usuarias de los servicios?	
Improbable	Probablemente nunca sucederá y existen medidas de control y proceso
Posible	Puede suceder o es probable que suceda pero no es un hecho recurrente
Casi probable	Probablemente sucederá con frecuencia. Puede suceder por un fallo del proceso o una incidencia sería en las medidas de control

Probabilidad /Impacto	Bajo	Medio	Alto
Improbable	Baja incidencia	Baja incidencia	Moderada incidencia
Posible	Baja incidencia	Moderada incidencia	Alta incidencia
Casi probable	Moderada incidencia	Alta incidencia	Alta incidencia

2.5 Presentación de los ámbitos de valoración

El contenido de la información que se presenta a continuación se estructura de la siguiente forma:

1. Tabla que contiene la definición de los 5 ámbitos de valoración útiles para la acreditación del servicio de atención residencial y el servicio de centro de día.
2. Para cada ámbito de valoración:
 - a. Contenido/ítem que explica el ámbito de valoración: guía para el proveedor del servicio que hace referencia a los aspectos que inciden en el impacto de la calidad de vida de las personas usuarias. En algunos de estos ámbitos se definen contenidos exclusivos para el servicio de atención residencial o para el servicio de centro de día.

- b. Guía para la demostración de evidencias² (hechos que demuestran el cumplimiento de las exigencias). Este punto debe servir al operador de guía, no incluye todas las evidencias posibles, aunque concreta para algunos ámbitos de valoración la exigencia de recoger determinados indicadores de medida.

2.5.1 Tabla de ámbitos de valoración

La acreditación de centros residenciales y de día que propone la Fundación Edad&Vida se concreta en la evaluación de **5 ámbitos de valoración** enfocados a resultados más que en proceso o en estructura (aunque necesariamente incorpora algunos que en el contexto actual se consideran aún necesarios).

Tabla de ámbitos de valoración. Servicio de atención residencial y servicio de centro de día

Núm.	Ámbitos de valoración
1	La persona usuaria recibe una atención segura, adecuada y adaptada a sus necesidades.
2	La persona usuaria dispone de un programa de atención nutricional adecuado a sus necesidades y personalizado.
3	La persona usuaria está atendida en un ambiente limpio y saludable.
4	La persona usuaria recibe la medicación que necesita, cuando la necesita y de forma segura.
5	La persona usuaria tiene la seguridad de que sus quejas y sugerencias son escuchadas y aplicadas correctamente.

² Nota: esta guía no pretende ser un manual de evaluación del cumplimiento de las condiciones necesarias para la acreditación, sino reflejar las características básicas que contiene el modelo. Para la evaluación se debe consultar el manual específico del evaluador.

2.5.2 Contenido de los ámbitos de valoración y guía de evidencias

1 La persona usuaria recibe una atención segura, adecuada y adaptada a sus necesidades, cumpliendo sus derechos.

Contenido:

1. Las personas usuarias son valoradas de forma integral en el momento del ingreso y de forma periódica utilizando diferentes escalas validadas/consensuadas.
2. Las personas usuarias disponen de un Plan de atención Individualizado actualizado.
3. Las personas usuarias son supervisadas periódicamente en relación a aspectos generales de la salud y son atendidos sus déficits detectados, de manera que se garantice una adecuada atención.
4. Las personas usuarias en situación de dependencia de grado III disponen de un tratamiento específico de atención sanitario avanzado para la prevención de lesiones en la piel, para el tratamiento de la inmovilidad, para la aplicación de medidas de sujeción o contención (en casos que sea estrictamente necesario y de forma segura) y para la atención en los últimos momentos de vida (específico para servicios de atención residencial).
5. Las personas usuarias en situación de dependencia de grado III, con necesidades de cuidados debido a enfermedades geronto-psiquiátricas y con trastorno mental, son tratadas de forma adecuada mediante la aplicación de un programa de atención específico y mejoran o mantienen su calidad de vida (específico para servicios de atención residencial).
6. El centro identifica, previene y resuelve aspectos relacionados con el abuso, malas prácticas o maltrato hacia las personas usuarias.

Guía de evidencias:

- Valoración integral de la persona usuaria que contenga:
 - Valoraciones de área social, funcional, estado de salud y necesidades de la persona usuaria, capacidades cognitivas y estado emocional, creencias y valores.
 - Valoración de riesgos que incluya riesgo de lesiones por presión, riesgo de caídas, y riesgo nutricional.
 - Valoración de riesgos de autolesión, sospecha y/o riesgo de maltrato/negligencia/abuso y en personas con alteración cognitivas-conductual, riesgo de fuga o agresividad.

El centro/servicio realizará la actualización de la valoración de las personas en situación de dependencia de grado III cada seis meses; para el resto de personas, la actualización será anual y según normativa específica de cada CCAA.
- Existencia de expediente de atención completo y actualizado que contiene una valoración integral (inicial y periódica), PIAI, registros de seguimientos interdisciplinarios, prescripciones médicas, registro de medicación, informes de traslados, etc.
- Aplicación de diferentes programas, protocolos de actuación y registros para la atención de las personas usuarias, cuando procedan:
 - Protocolo de valoración y seguimiento de lesiones por presión (específico para servicio de atención residencial).
 - Protocolos y registros mínimos para la atención de caídas, hipertensión arterial, estreñimiento, incontinencias, constantes, síntomas de deshidratación, control de peso, diabetes mellitus, sondajes, catéter, ostomías, control de dolor, desinfección, cambio de absorbentes, cambios posturales (específico para servicios de atención residencial: los protocolos y registros sobre control del dolor, sondajes, catéter y ostomías).

- Programa para la atención y prevención de la inmovilidad que contemple los apartados de riesgo que motivan la contención física o inmovilidad, prescripción (cambios posturales, masajes, higiene, aporte de líquidos) en las posibles complicaciones en el aspecto músculo-esquelético (postura y alineación corporal), al sistema gastrointestinal y en el sistema respiratorio y cardiovascular (específico para servicio de atención residencial).
- Registro de seguimiento de las personas con contención física y existencia en el expediente de la persona usuaria de los siguientes aspectos (específico para servicio de atención residencial):
 - Apartados de riesgos que motivan la contención física o inmovilidad.
 - Prescripción (duración, tipo, periodicidad e indicación del material homologado que se debe utilizar).
 - Constancia de la información y consentimiento o no consentimiento de la familia/persona usuaria.
 - Seguimiento de la valoración de las necesidades específicas y reevaluación médica periódica.
- Programa para la atención de personas usuarias con enfermedades geronto-psiquiátricas en el que consten las actividades específicas que el centro realiza para la atención de las personas usuarias con este tipo de necesidades. El centro debe contar con espacios seguros que faciliten la deambulación y la libertad de movimientos de las personas usuarias.
- Protocolo de actuación de cuidados en los últimos momentos de vida y existencia de habitación individual para la persona usuaria en fase terminal y que la familia pueda acceder de forma continua, respetando su intimidad (específico para servicio de atención residencial).
- Aplicación de procedimientos de actuación ante dilemas éticos derivados de diversas situaciones: maltrato, negligencia o abuso, personas con incapacitación, utilización de contención física, orientación a usuarios y familiares sobre voluntades anticipadas.
- Aplicación de protocolo de actuación para prevención y tratamiento de posibles abusos.

Indicadores mínimos exigibles (no limitativos):

- Aplicables a centros con personas usuarias con grado II y III de dependencia:

Nº	Indicadores	Fórmula de cálculo
1	Incidencia anual de personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento	Número de nuevas personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento/Número de personas usuarias con riesgo
2	Prevalencia de personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento (a una fecha determinada)	Número de personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento/Número de personas usuarias con riesgo
3	Prevalencia de úlceras por presión (a una fecha determinada)	Número de personas usuarias con úlceras por presión /Número de personas usuarias con riesgo
4	Incidencia anual de úlceras por presión	Número de nuevas personas usuarias con úlceras por presión/Número de personas usuarias con riesgo de úlceras por presión
5	Tasa de curación de úlceras por presión	Número de personas usuarias curadas de úlceras por presión/Número de personas que han presentado úlceras por presión

6	Incidencia de caídas y/o fracturas en los últimos 30 días	Número de nuevas personas con caídas y/o fracturas en los últimos 30 días/número de personas usuarias con riesgo de caídas y/o fracturas
7	Seguimiento y control mediante protocolos específicos: hipertensión arterial, estreñimiento, incontinencias, control de peso, deshidratación, diabetes, sondajes, catéter u ostomías	Existe el plan (Sí/No) Se realiza seguimiento (Sí/No)

- Aplicables a centros con personas usuarias con grado III de dependencia:

Nº	Indicadores	Fórmula de cálculo
8	Porcentaje de personas usuarias encamadas a las que se les aplica un programa de atención a la inmovilidad	$(\text{Número de personas encamadas a las que se les aplica un programa de atención a la inmovilidad} / \text{Número de personas encamadas}) * 100$
9	Incidencia de medidas de sujeción o contención física aplicadas	$\text{Número de nuevas personas a las que se les aplica medidas de sujeción o contención físicas} / \text{Número de personas usuarias con medidas de sujeción o contención física}$
10	Incidencia de episodios con comportamiento agresivo entre personas con demencia	$\text{Número de nuevos episodios con comportamiento agresivo entre personas con demencia} / \text{Número de personas usuarias con demencia}$

2

La persona usuaria dispone de un programa de atención nutricional adecuado a sus necesidades y personalizado.**Contenido:**

1. Las personas usuarias son evaluadas y disponen de un programa de atención nutricional adecuado y personalizado para cubrir sus necesidades de alimentación y nutrición, disponiendo de dinámicas que facilitan la recogida de preferencias y el grado de satisfacción en relación a los menús que ofrece el centro.
2. El centro aplica la sonda nasogástrica únicamente en casos estrictamente necesarios (específico para servicio de atención residencial).

Guía de evidencias:

- Aplicación de protocolo de atención nutricional que especifique las sistemáticas de valoración nutricional de la persona y aspectos que deben tenerse en cuenta (alergias, adaptaciones de dietas, suplementos nutricionales, etc.) y los sistemas organizativos que garantizan que la persona recibe la dieta adecuada.
- Aplicación de registro de alimentación enteral y observación de que el centro aplica la sonda enteral a un porcentaje de usuarios coherente con el perfil de las personas usuarias del centro (específico para servicio de atención residencial).

Indicador mínimo exigible (no limitativo):

- Aplicable a centros con personas usuarias con grado III de dependencia:

Nº	Indicador	Fórmula de cálculo
11	Prevalencia de desnutrición de personas usuarias	Número de personas usuarias con desnutrición según escala validada/total de personas usuarias en riesgo de desnutrición

3

La persona usuaria está atendida en un ambiente limpio y saludable.**Contenido:**

1. El centro tiene un nivel de limpieza e higiene general adecuado.
2. Las personas usuarias, el personal y otras personas que tengan acceso al centro, están protegidas contra los riesgos de adquirir una infección.

Guía de evidencias:

- Aplicación de normas adecuadas de limpieza e higiene en todas las estancias del centro, y de los utensilios y equipos del centro utilizados por las personas usuarias.
- Aplicación de sistemas para evaluar el riesgo y para prevenir, detectar y controlar la propagación en caso de infección.

4 La persona usuaria recibe la medicación que necesita, cuando la necesita y de forma segura.

Contenido:

1. El centro supervisa y adopta medidas para la correcta administración de la medicación en las personas usuarias.
2. La persona usuaria o sus familiares disponen de la información sobre el medicamento que se prescribe.

Guía de evidencias:

- Aplicación del protocolo de administración, reparto y seguimiento farmacológico.
- Aplicación de acciones de comunicación que aseguren que las personas usuarias y sus familiares reciben y entienden la información que hace referencia a la administración de la medicación.

5 La persona usuaria tiene la seguridad que sus quejas y sugerencias son escuchadas y atendidas correctamente.

Contenido:

1. Las quejas de las partes interesadas son adecuadamente atendidas en el marco del sistema de gestión de quejas.
2. Las personas usuarias no son discriminadas por presentar una queja.

Guía de evidencias:

- Aplicación protocolo de atención, gestión y tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias que contenga:
 - Cómo se informa a la persona usuaria y al familiar sobre el sistema de gestión de sugerencias /reclamaciones, la metodología.
 - Mecanismos de recogida definidos, las estrategias para fomentar la participación y los tiempos de respuesta establecidos.
- Aplicación de registro de las sugerencias y reclamaciones realizadas en el centro, que especifique las respuestas dadas y los días transcurridos desde que se formuló la queja o sugerencia.
- Aplicación de encuestas de opinión a personas usuarias, familiares y personal del centro.

3 El proceso de acreditación

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en su preámbulo indica los tres criterios que deben sustentar las políticas en materia de dependencia de todos los países de la Unión Europea: universalidad, alta calidad y sostenibilidad.

El artículo 4, en su apartado 1 expone que las personas en situación de dependencia tienen derecho a la asistencia, independientemente del lugar del territorio español en que se encuentre y en igualdad de condiciones para el acceso a los servicios y prestaciones. El apartado 3 indica además que los poderes públicos deberán aplicar las medidas necesarias para la promoción y garantizar los derechos de las personas en situación de dependencia.

Las Comunidades Autónomas, tal como indica el artículo 11 en el apartado 1d deben ser las encargadas de facilitar la acreditación que garantice que los servicios y centros reúnen los requisitos mínimos de calidad exigidos reglamentariamente.

En el artículo 34 se indica que es el Consejo Territorial el encargado de establecer los criterios comunes de acreditación y en el artículo 35 se menciona además que, previo acuerdo del Consejo Territorial, se deben establecer estándares de calidad para cada uno de los servicios que conforman el catálogo regulado por la Ley.

En el estudio realizado por la Fundación Edad&Vida con la coordinación técnica de Applus, *Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia*, se concluía la necesidad de establecer un consenso entre las diversas CCAA, quienes tienen actualmente la competencia en materia de acreditación, para establecer estándares de calidad comunes que garanticen un nivel homogéneo de calidad en la asistencia a los ciudadanos. La Fundación además expone en el mismo estudio, la necesidad de diferenciar estándares según la tipología o grado de dependencia de las personas usuarias del centro y de definir diferentes requisitos mínimos de acreditación en función de la tipología de servicio a acreditar.

El modelo propuesto por la Fundación considera que la acreditación debe tener como objetivos:

- Promover la eficacia en el uso de los recursos de asistencia a las personas en situación de dependencia
- Garantizar un nivel homogéneo de calidad de la asistencia a todos los ciudadanos españoles, con independencia del servicio y el lugar donde se preste.
- Generar confianza tanto a la ciudadanía, como a los profesionales del sector.
- Impulsar la mejora continua de la calidad.

En el mismo estudio ya se optó por proponer que los organismos encargados de realizar la valoración del cumplimiento de las condiciones para ser acreditado, fueran organismos independientes que actuaran bajo el control de la ENAC (Entidad Nacional de Acreditación). De nuevo nos reafirmamos en este planteamiento, sin perjuicio que debe ser la administración competente, en este caso cada CCAA, la que emita finalmente el certificado de acreditación.

Las exigencias del modelo de acreditación serán de obligado cumplimiento, en todo caso, para los centros y servicios que inicien actividad, estableciéndose un periodo de tiempo suficiente que permita a los centros que ya realizan la actividad adaptarse a las exigencias que la acreditación plantea.

El proceso de acreditación propuesto se sustenta en dos tipos de evaluación:

- En primer lugar, la existencia de una autoevaluación realizada por el propio centro o servicio mediante evaluaciones internas (con el personal propio o personal subcontratado experto) que den lugar a un informe de evaluación, que sirva para que el centro o el servicio conozca la situación en la que se encuentra respecto al modelo establecido y detectar las posibles desviaciones y si es necesario, llevar a cabo las acciones pertinentes para poder solventar las incidencias que provocan la desviación. En el proceso de acreditación se hace obligatoria la presentación de dicho informe de valoración para la solicitud de la acreditación a la autoridad competente.

- Evaluación externa realizada por un organismo independiente certificado.

La acreditación debe poseer la condición *sine qua non* de transparencia y por ello el proceso debe sustentarse en un procedimiento basado en una evaluación de un órgano externo que haya valorado los resultados de la atención prestada a las personas usuarias.

3.1 Infraestructura para el proceso de acreditación

Implantar la acreditación requiere poner en marcha la infraestructura necesaria que garantice su funcionamiento.

El Consejo Territorial, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas, autorizará a las entidades certificadoras que considere más adecuadas (la existencia de varias entidades certificadoras asegura la libre elección de la entidad prestadora de servicios) y que cumplan con los siguientes requisitos:

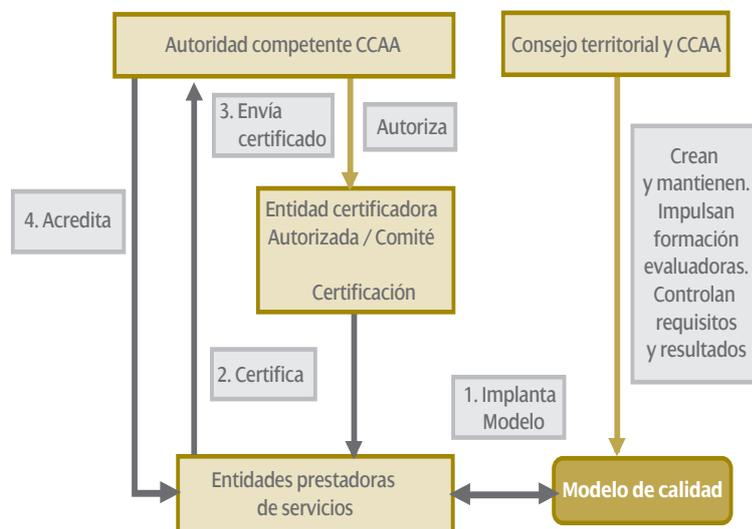
- Estar autorizada por la ENAC, la Entidad Nacional de Acreditación.
- Competencia técnica avalada por un proceso de acreditación de la entidad certificadora de acuerdo con la norma ISO/EN 17.201.
- Garantía de responsabilidad civil con póliza superior a 10 millones de euros, como garantía de la buena práctica profesional de las entidades certificadoras.
- Disponer de Comité de Acreditación con representantes de la Administración, el sector y las personas usuarias finales.

El Consejo Territorial, sin perjuicio de las competencias de las CCAA, impulsará la formación de las personas evaluadoras para asegurar la correcta evaluación del modelo y garantizar la homogeneidad.

Asimismo deberá controlar que los requisitos y los resultados del proceso sean equitativos y de carácter público.

El Consejo Territorial podría adoptar el modelo que se propone en el presente estudio con validez en todo el territorio nacional aunque con especificaciones para las diferentes tipologías de servicios y los distintos grados de dependencia de las personas usuarias.

El cuadro que se muestra a continuación incorpora, por un lado la infraestructura necesaria para la acreditación y por otro, los pasos a seguir en el proceso de acreditación.



Fuente: Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Fundación Edad&Vida. 2008

3.2 Fases del proceso de acreditación

El proceso de acreditación de centros y servicios que propone la Fundación consta de nueve fases:

1. Requisito previo para presentar solicitud de acreditación

Podrán proceder a iniciar el proceso de acreditación centros y servicios de atención a personas en situación de dependencia que estén incluidos en el Registro de Centros y Servicios autorizados en cada Comunidad Autónoma.

Para realizar la solicitud, será necesario que el centro o servicio presente la siguiente documentación:

- Documentos que demuestren la solvencia o la capacidad de la entidad para prestar el servicio. Respecto a la solvencia, se debe demostrar:
 - Solvencia administrativa, en cuanto al cumplimiento de las obligaciones tributarias estatales, autonómicas y locales y de seguridad social. Se considerará que se encuentran al corriente en el cumplimiento cuando concurren las siguientes circunstancias:
 - ◆ Estar dados de alta en Impuesto sobre Actividades Económicas, en el epígrafe correspondiente al objeto del contrato.

- ◆ En caso de estar obligados, presentación de Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, el Impuesto sobre la Renta de no Residentes o el Impuesto sobre Sociedades.
- ◆ En caso de estar obligados, presentación de las declaraciones periódicas por el Impuesto sobre el Valor añadido, y la declaración anual.
- ◆ No tener deudas en periodo ejecutivo de naturaleza tributaria o en caso de contribuyentes, deudas no atendidas en periodo voluntario.
- ◆ Estar inscritos en el sistema de la Seguridad Social.
- ◆ Haber afiliado y en su caso, haber dado de alta a los trabajadores que presten servicios en la empresa.
- ◆ Haber presentado los documentos de cotización correspondiente a las cuotas de la Seguridad Social.
- ◆ Estar al corriente de pago de las cuotas o de otras deudas con la Seguridad Social.
- Solvencia técnica, que deberá demostrarse mediante:
 - ◆ Titulaciones académicas y profesionales del personal de dirección de la entidad y del personal responsable de la prestación del servicio.
 - ◆ Declaración del material, instalaciones y equipo técnico de que dispone la entidad para la prestación del servicio.
- Solvencia económica y financiera, que deberá acreditarse mediante la presentación de las cuentas anuales auditadas del último ejercicio.
- Informe con los resultados de la autoevaluación que el centro o servicio habrá llevado a cabo previamente. En caso de que sea una entidad de nueva creación que desea optar a la acreditación y con la dificultad de poder demostrar ciertos requisitos que demanda el modelo, la Administración podrá conceder un periodo de tiempo (nunca superior a seis meses) durante el cual el centro o servicio deberá ser capaz de demostrar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

2. Evaluación de la solicitud de acreditación

El órgano competente analizará que la documentación proporcionada por el centro o servicio, de acuerdo al formato de solicitud preestablecido por la administración, cumple con los requisitos establecidos en el proceso de acreditación y en caso que estén incompletos, se

solicitarán de nuevo a la entidad, en un plazo de tiempo determinado.

Si la evaluación de la solicitud cumple con todos los requisitos, el órgano comunicará la aceptación de la solicitud del centro/servicio para iniciar el proceso de acreditación.

3. Solicitud de certificación a una entidad de certificación autorizada

El órgano competente informará al centro o servicio la relación de entidades de certificación autorizadas que operan en la Comunidad Autónoma que tiene a su disposición.

El centro o servicio solicitará a la entidad de certificación que considere oportuna una petición para la certificación de la acreditación del centro/servicio.

La entrada al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia requiere la acreditación inicial de todos los centros y servicios de las diferentes Entidades, públicas o privadas, que proporcionen servicios en el marco de la Ley

4. Evaluación

Posteriormente a la aceptación de la oferta de la entidad de certificación, se determinará una evaluación en la que se desarrollarán las siguientes acciones:

- Realización de la evaluación de acuerdo a los puntos explicitados en el capítulo 2.
- Emisión de informe de la evaluación realizada y en el que se expondrán las desviaciones detectadas y las áreas de mejora de la entidad prestadora de servicios. Se remitirá una copia a la entidad prestadora de servicios.
- Se concluirá si la entidad puede ser acreditada.

5. Propuesta de acciones

En el momento que el centro o el servicio obtenga el informe de la evaluación, podrá proponer, en su caso, acciones correctivas, de subsanación o de mejora necesarias para solucionar las desviaciones que el equipo evaluador emitió en el informe. Si la entidad certificadora lo considera necesario, podrá realizar una nueva visita extraordinaria.

6. Emisión del certificado de acreditación

El equipo evaluador elevará el informe al Comité de Acreditación si las acciones correctivas han sido evaluadas correctamente.

El Comité de Acreditación, si considera que, tras analizar el informe de evaluación, es satisfactorio, emitirá un certificado de conformidad para la acreditación y se entregará al centro o servicio.

Si el Comité de Acreditación, por el contrario, considera que el centro o servicio no reúne las condiciones necesarias para la acreditación, le comunicará las causas por las que se deniega el certificado de acreditación. Esto implica el inicio de todo el proceso de acreditación.

La obtención de certificados satisfactorios para todos los centros y servicios de una Entidad prestadora de servicios implicará que dicha Entidad se considera acreditada dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

7. Acreditación y registro de centros acreditados

La entidad certificadora, en nombre del centro o servicio, remitirá el certificado emitido por el Comité de Acreditación de conformidad al órgano competente, que se encargará de revisar el expediente de acreditación y en caso de conformidad, será inscrito en el registro nacional de entidades acreditadas.

La acreditación se otorgará por un periodo de dos años.

8. Seguimiento de la acreditación

Cada dos años, la Entidad se someterá a un proceso de renovación de su certificación mediante un sistema de muestreo de sus centros y servicios con la finalidad de verificar que cumple con los requisitos del modelo de calidad y mantiene su nivel de acreditación.

El muestreo se realizará en base a los criterios establecidos en la normativa de acreditación y en él se incluirán los centros y servicios repartidos por todo el territorio nacional. El establecimiento de una acreditación común garantiza la equidad y asegura una igualdad de condiciones para todos los usuarios del sistema.

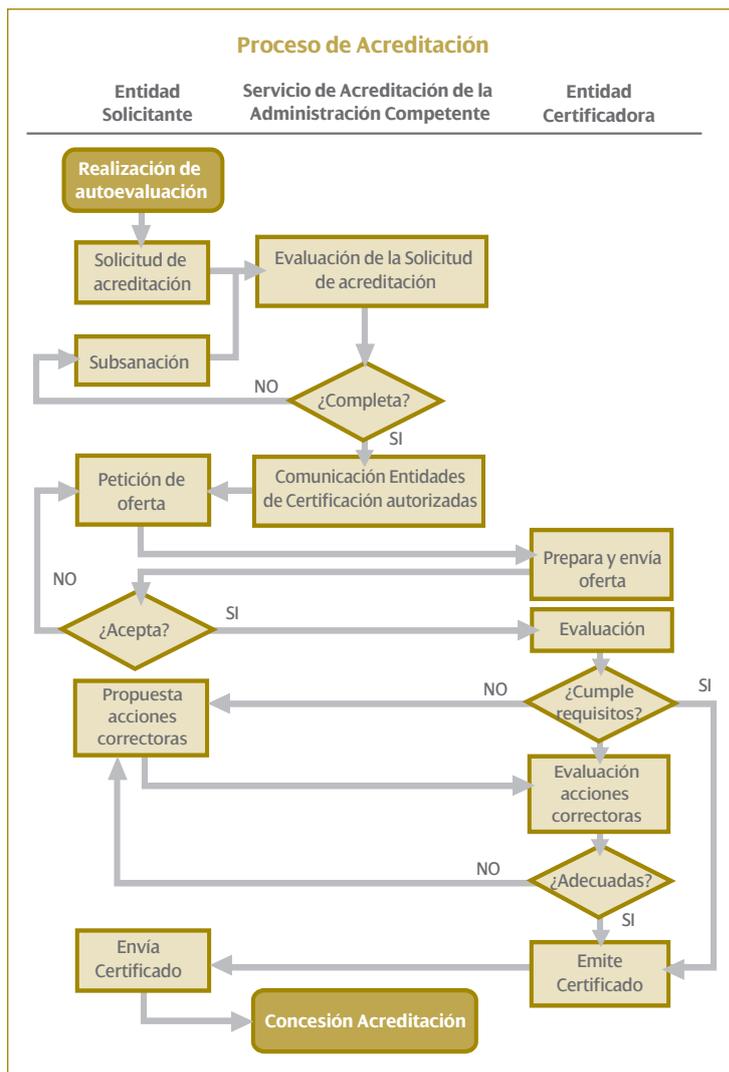
Si el centro o servicio dispone ya de un Sistema de Gestión de Calidad certificado, se valorará reducir el número de jornadas para mantener la acreditación.

9. Acreditación provisional

En caso de centros o servicios de nueva creación que no puedan demostrar en una primera evaluación el cumplimiento de la totalidad de requisitos del modelo, la administración otorgará, por una única vez, una acreditación de carácter provisional por un periodo no superior a seis meses. Para optar a esta acreditación provisional, el

centro o el servicio de nueva creación deberá también pasar una evaluación a una entidad certificadora y si el informe es positivo, el centro o el servicio obtendrá dicha acreditación.

Una vez transcurrido este periodo de seis meses, el centro o servicio de nueva creación se deberá someter al proceso de evaluación para conseguir la acreditación.



Fuente: Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Fundación Edad&Vida. 2008

4 Situación actual de la acreditación en las distintas Comunidades Autónomas

Como hemos comentado con anterioridad, la competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las Comunidades Autónomas, una vez que el Consejo Territorial aprobó, el 27 de noviembre de 2008, el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD.

Son las CCAA quienes tienen la obligación de garantizar el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad. También son las CCAA quienes establecen el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados y además, acreditan a los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para las personas mayores en situación de dependencia.

Para asegurar la calidad de la atención, se gestiona y asegura la correcta acreditación de centros, y para ello se definen los criterios y parámetros establecidos como requisitos mínimos para obtener dicha acreditación.

En la actualidad, las CCAA tienen normativas publicadas que, muy a menudo, mezclan la acreditación con otros procesos como es la inspección o la autorización de centros. Conviene resaltar que la acreditación es un proceso con una finalidad determinada, distinto de los otros dos procesos citados. Así:

- **Autorización:** Acto de la Administración Pública por el que se determina que un centro cumple con las condiciones necesarias para garantizar una asistencia adecuada a las personas usuarias. En la mayoría de las CCAA incluye requisitos tales como la autorización por la Administración de Servicios Sociales, licencia municipal, inscripción en el Registro de Servicios Sociales, visado previo e inspección.
- **Acreditación:** Acto por el que la Administración Pública garantiza que los servicios y centros sociales a quienes se otorga reúnen o superan los mínimos de calidad exigidos reglamentariamente. Dichos requisitos son exigidos por la Administración Pública para establecer conciertos con entidades prestatarias de estos servicios.

Presentamos a continuación una revisión de la situación en cada CCAA respecto la acreditación de centros. No se pretende realizar un análisis exhaustivo sino caracterizar las principales exigencias que recoge cada normativa en referencia a las variables del modelo de acreditación propuesto por la Fundación Edad&Vida con el objetivo de poder concretar, en cada caso, el grado de similitud y la distancia existente entre la realidad y el modelo propuesto.

De este análisis se desprende:

1. No todas las CCAA tienen normativa específica para la acreditación de centros residenciales y de día para personas mayores en situación de dependencia:
 - Solo Asturias y Cantabria han aprobado nueva normativa posterior a la Resolución del Consejo Territorial del 2008.
 - Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha disponen de legislación específica en materia de acreditación de centros de servicios sociales (en el caso de Andalucía concreta además para centros para la atención a la dependencia). En el caso de Castilla la Mancha es anterior a la puesta en marcha de la LAPAD.
 - Aragón y Extremadura, aunque no han regulado la acreditación de centros, sí exigen requisitos funcionales, materiales, estructurales y ratios de personal necesarios para la concertación de plazas con la Administración.
 - Castilla León, Galicia y la Rioja, hacen referencia a la acreditación de centros en la normativa para la autorización, la inspección y/o la sanción de centros.
 - Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Islas Canarias, Madrid, Murcia y Navarra, no regulan en ningún grado la acreditación de centros.

Nota: En Comunidad Autónoma Vasca la competencia en materia de servicios sociales recae en las Diputaciones Forales. Solo la Diputación Foral de Guipúzcoa ha regulado condiciones exigibles para la concertación de servicios residenciales para personas mayores en situación de dependencia.

2. Existen diferencias de rango legislativo entre las CCAA y podemos encontrar tanto órdenes, como decretos o resoluciones.
3. Existen diferencias importantes en los años de desarrollo de la normativa. En algunas CCAA se ha desarrollado y aprobado con posterioridad una nueva ley de servicios sociales que cita la necesidad de impulsar la acreditación de centros y servicios.

A continuación se presenta a modo de resumen una ficha descriptiva de la situación de cada CCAA respecto a la acreditación de centros para personas mayores en situación de dependencia en relación a:

- Normativa vigente
- Objeto/ámbito de aplicación de la normativa
- Procedimiento de la acreditación (cuando existe)
- Órgano responsable
- Ratios de personal exigidas
- Condiciones funcionales exigidas: cartera de servicios mínima y opcional, protocolos, personal, documentación necesaria, etc.
- Condiciones materiales y estructurales exigidas: instalaciones, equipamiento necesario, etc.

4.1 Andalucía

ANDALUCÍA		2007
Reglamentación acreditación	<p>ORDEN de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.</p> <p>Orden de 22 de septiembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 5 de noviembre de 2008, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.</p> <p>Decreto 153/2011, de 10 de mayo, por el que se modifica el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los servicios sociales de Andalucía.</p>	
Objeto y ámbito de aplicación	<p>Regular los requisitos de calidad que deben reunir los centros de atención a personas mayores en situación de dependencia, así como el procedimiento para obtener la acreditación correspondiente. Será de aplicación a los centros ubicados en la Comunidad Autónoma de Andalucía, con independencia de donde radique la sede o domicilio legal de sus titulares, los cuales formarán parte de la Red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.</p> <p>No son objeto de la Orden los centros de atención a personas mayores que no se encuentren en situación de dependencia.</p>	
Procedimiento de acreditación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud por parte del titular o representante legal del centro una vez obtenida la inscripción en el registro y presentarla a la Dirección General de Personas Mayores acompañada de un documento acreditativo del solicitante o del representante del solicitante. 2. Emisión por parte de los servicios técnicos competentes de los informes sobre el cumplimiento de los requisitos de calidad que se exigen según su tipología. Para la emisión de los preceptivos informes y para la previa visita al centro se podrá contar con la participación de entidades colaboradoras. 3. Resolución de la Dirección General de Personas Mayores, en el plazo de tres meses, concediendo por un periodo máximo de 4 años o denegación de la oportuna acreditación. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución, la solicitud podrá entenderse estimada. La resolución producirá efectos desde el momento en que sea notificada al interesado. 	

Procedimiento de acreditación <i>(Cont.)</i>	<p>4. Contra la resolución podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.</p> <p>Los centros acreditados estarán obligados al mantenimiento de las condiciones y requisitos por los que resultaron acreditados además del cumplimiento de las siguientes obligaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remitir la programación y memoria de actividades del centro - Comunicar anualmente las variaciones de plantillas - Someterse al sistema de control de calidad fijado por la administración. <p>El centro podrá iniciar los procedimientos de evaluación de la calidad que estime oportunos, aunque en todo caso deberá existir un "Comité de Calidad" que velará por la Calidad en la prestación de los servicios, incorporando además propuestas de mejora de la calidad que se presta en el centro. Este Comité estará compuesto por al menos cinco miembros, todos ellos personal del centro, siendo presidido por el Director/a o responsable Técnico del Centro.</p>
Órgano responsable de acreditación	Dirección General de Personas Mayores de la Junta de Andalucía
Ratios personal exigidas	<p>a) Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia: Ratio mínima 0,50</p> <p>El personal de atención directa dispondrá de una ratio mínima de 0,39 de acuerdo a las siguientes especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ratio Gerocultor/a : 0,3 - Ratio D.U.E.: 0,04. - Ratio Trabajador Social: 0,01. - Ratio Fisioterapeuta: 0,01. - Ratio Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural: 0,01. <p>El personal de atención indirecta deberá cumplir una ratio de 0,1 formado por personal de administración y servicio.</p> <p>b) Centros residenciales para personas mayores con trastornos graves y continuados de conducta: Ratio mínima 0,65</p> <p>El personal de atención directa deberá cumplir una ratio, al menos, de 0,48 de acuerdo a las siguientes especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ratio Gerocultor/a: 0,384. - Ratio D.U.E.:0,04. - Ratio psicólogo/a: 0,012. - Ratio médico/a: 0,012. - Ratio trabajador/a Social: 0,012. - Ratio fisioterapeuta: 0,01. - Ratio Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural: 0,01. <p>El Personal de atención indirecta deberá cumplir una ratio de 0,16 conformada por personal de administración y servicio.</p>

Ratios personal exigidas*(Cont.)***c) Centros de día o unidades de estancias diurnas (UED): Ratio mínima 0,25**

El personal de atención directa deberá cumplir las siguientes especificaciones:

- Ratio Gerocultor/a con: 0,16.
- Ratio DUE: 0,01.
- Ratio fisioterapeuta: 0,01.
- Ratio terapeuta ocupacional, monitor ocupacional y/o animador socio-cultural: 0,01.
- Ratio psicólogo/a: 0,008.
- Ratio trabajador/a social: 0,004.

La ratio correspondiente a la titulación de Terapeuta Ocupacional podrá ser cubierta por Animador Socio-cultural o Monitor Ocupacional cuando se acredite la no existencia de demandantes de empleo de la citada titulación en la localidad.

Condiciones funcionales exigidas para la acreditación de centros**Principales características:**

- Los centros se adecuarán a las necesidades de las personas atendidas en situación de dependencia, según su grado y nivel.
- La actuación e intervención con las personas usuarias respetarán y protegerán el derecho a la intimidad, se potenciará la participación de las personas usuarias en las actividades y funcionamiento del centro y su integración, tanto en el ámbito social como cultural.
- El centro promoverá la prevención, a nivel sanitario y social, llevando a cabo, de forma coordinada, actuaciones de promoción.
- Los centros deben ofrecer los siguientes **servicios** adecuándolos a las necesidades de las personas atendidas en situación de dependencia según su grado y nivel, de acuerdo a lo establecido en su Programa Individual de Atención:
 - Atención social
 - Atención social familiar
 - Atención sanitaria en coordinación con el Sistema Público de Salud
 - Atención de enfermería
 - Atención psicológica
 - Actividades de terapia ocupacional
 - Actividades de rehabilitación
 - Atención nutricional
 - Servicios opcionales
 - Ayudas técnicas
 - Programas que fomenten el asociacionismo
- Servicios específicos para centros residenciales:
 - Alojamiento
 - Seguimiento sanitario y medidas higiénico sanitarias
 - Ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria
 - Lavandería

- Atención social individual, grupal y comunitaria
- Atención social familiar
- Comunicación con el exterior.
- Servicios específicos para centros de día:
 - Además de los servicios dispuestos de forma común, los Centros de Día podrán disponer de transporte adaptado, el cual realizará, cuando sea necesario, el traslado de las personas usuarias de su domicilio al centro y viceversa.
- Los Centros deberán disponer como mínimo de los siguientes **protocolos** de prevención y/o atención a la persona usuaria:
 - Acogida y atención al centro
 - Higiene personal
 - Caídas
 - Medicación
 - Emergencia sanitaria
 - Comunicación
- Protocolos específicos para centros residenciales:
 - Atención al ingreso
 - Acogida e integración de las personas residentes al centro
 - Valoración geriátrica integral
 - Higiene personal, aseo y baños
 - Medicación
 - Prevención de riesgos e intervención: movilización, úlceras, incontinencia, caídas, etc.
 - Traslado y acompañamiento a un centro asistencial
 - Gestión de sugerencias y reclamaciones
 - Acompañamiento y atención durante el proceso de defunción

Condiciones materiales exigidas para la acreditación de centros

Las exigencias en materia de condiciones materiales de los centros hacen referencia a:

- Condiciones físicas y dotacionales:
 - Condiciones físicas, urbanísticas, arquitectónicas, de las instalaciones
 - Calidades y equipamientos
 - Protección y seguridad
- Condiciones mínimas de cada una de las zonas: se especifica para cada una de las zonas de los centros (administración y servicios generales) la superficie mínima y especificaciones.
- Los centros residenciales al menos deberán contar con un 10% de capacidad para habitaciones individuales
- Los centros residenciales deberán contar al menos con una capacidad para 30 personas usuarias y máxima para 180 personas usuarias. Los centros con más de 60 plazas deberán modularse de tal forma que constituyan módulos de un máximo de 60 residentes o fracción, debiendo estar dotado cada módulo de los dormitorios y baños correspondientes y de una zona de servicios generales con las siguientes estancias mínimas: sala de estar, comedor y puesto de control.
- Los centros de día deberán contar al menos con una capacidad para 20 personas usuarias y máxima para 180 personas usuarias. En el caso de compartir dependencias con Centro residencial, su capacidad mínima será de 10 y máxima de 30 personas usuarias cuando el centro residencial sea de más de 120 plazas y de entre 10 y 50 personas usuarias.

4.2 Aragón

ARAGÓN		1998
Reglamentación Autorización – Concertación	<p>Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados</p> <p>Orden de 19 de marzo de 1998, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regula la acción concertada del Instituto Aragonés de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas.</p> <p>Dentro del marco legal de esta Orden el Departamento de Servicios Sociales y Familia, del Gobierno de Aragón, licitó un “acuerdo marco, de gestión de servicio público, modalidad de concierto”, estableciendo, además de otras exigencias adicionales, unos requisitos específicos a través de los pliegos de cláusulas administrativas particulares y prescripciones técnicas. El acuerdo marco es válido desde el 1 de abril del 2010 y hasta el 31 de marzo del 2014.</p>	
Objeto - ámbito de aplicación	Centros y servicios especializados de acción social, ya sean públicos o privados, de cualquier clase o naturaleza, que se encuentren ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón	
Procedimiento de concertación	<p>Las entidades que deseen realizar concierto deben reunir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar inscritos en el registro de Entidades, Servicios y Establecimientos de Acción Social - Disponer de autorización de funcionamiento o tener dicha autorización en trámite - Disponer del mínimo personal de atención directa de acuerdo a la tipología del centro. - Disponer de servicios de manutención, alojamiento y enfermería. 	
Órgano responsable de concertación	La resolución corresponde al Instituto Aragonés de Servicios Sociales	
Ratios personal exigidas	<p>Ratio atención directa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residencias para personas válidas: <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar, 1 por cada 20 plazas • Residencias para personas asistidas: <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar, 1 cada 5 plazas (convenio marco: ratio 0,32) - Médico, 1 a partir de 100 plazas - ATS/DUE, 1 cada 30 plazas (convenio marco: ratio 0,03) - Terapeuta, 1 a partir de 80 plazas (convenio marco: ratio 0,2) - Fisioterapeuta, 1 en el caso de contar con unidades de rehabilitación (convenio marco: ratio 0,01) - Trabajador social (convenio marco: 0,01) <p>Según el convenio marco la ratio global (incluyendo resto de plantilla que no asuma funciones de atención directa a los usuarios del centro): 0,47. El centro deberá contar con personal de atención directa suficiente según tipo de usuario y tipo de servicio.</p>	

Ratios personal exigidas

(Cont.)

- Centros de día para personas asistidas:
 - Auxiliar, 1 cada 10 plazas
 - Fisioterapeuta, 1 en el caso de contar con unidades de rehabilitación

Ratio Total

Plazas de válidos: 0,25

Plazas asistidas: 0,30 (convenio marco: 0,47)

Mixtas: 0,30

Condiciones funcionales, materiales y estructurales exigidas para la acreditación

Residencia para ancianos válidos

Centro destinado a la atención social de personas mayores que, valiéndose por sí mismas para el desarrollo de actividades de la vida diaria, por diferentes circunstancias no pueden permanecer en su propio domicilio y donde se garantiza la vigilancia y los cuidados del estado de salud mediante personal capacitado.

Dispone de las siguientes unidades integradas:

- Gestión
- Residencial
- Enfermería
- Estancia de día servicios higiénicos
- Eliminación de basuras

Además dispone de las siguientes unidades integradas o concertadas

- Cocina
- Lavandería
- mantenimiento
- mortuorio

Pueden disponer además de una unidad de rehabilitación, educativa y/o terapéutica.

Residencia de ancianos mixta

Centro destinado a la atención social de personas mayores que mayoritariamente pueden valerse por sí mismas pero dotado de una unidad para la atención de personas afectadas por una minusvalía física o psíquica. El personal destinado al cuidado de personas afectadas por minusvalía estará capacitado para el ejercicio de esta función. Se garantiza el cuidado de la salud, como de la vigilancia médica de los procesos patológicos existentes.

Las unidades que componen el centro serán las mismas que en la residencia para ancianos válidos además de disponer de una unidad residencial asistida.

Residencia de Ancianos Asistida

Centro destinado a la atención social de personas mayores afectadas de minusvalías físicas o psíquicas que requieren, además de los cuidados ordinarios, una atención de enfermería y vigilancia médica. Las tareas de cuidado y atención personal de las personas usuarias se llevarán a cabo por personal capacitado para esta función.

Se debe garantizar la vigilancia médica necesaria para el cuidado de la salud, tratamiento y control de las personas que lo requieran.

Las unidades que lo componen son las mismas que para la residencia de ancianos válidos pero sustituyendo la unidad residencial por la unidad de residencia asistida.

Los centros deben contar con el personal suficiente, con la capacitación y requisitos exigidos por la normativa, atendiendo a las ratios mínimas establecidas.

Cada habitación tendrá un máximo de 6 camas.

Existencia de un lavabo por cada 5 plazas y una ducha por cada 10 plazas.

El Convenio Marco para la concertación de plazas exige la siguiente documentación:

- Documentación relativa al usuario
- Documentación relativa al centro
- Memoria anual

4.3 Asturias

ASTURIAS		2009
Reglamentación Acreditación	<p>Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias.</p> <p>Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales.</p> <p>Resolución de 25 de noviembre de 2011, de Asturias, de la Consejería de Bienestar Social e Igualdad, de primera modificación de la de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Desarrollar los requisitos y condiciones que habrán de reunir los centros de alojamiento y centros de día de mayores, así como los centros residenciales, alojamientos tutelados de personas con discapacidades, centros ocupacionales o de apoyo a la integración y unidades de atención temprana, de titularidad privada, con o sin ánimo de lucro, radicados en el ámbito territorial del Principado de Asturias para obtener la acreditación a que se refiere el Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.</p> <p>Para concertar plazas de personas en situación de dependencia con la Administración del Principado de Asturias, los centros de servicios sociales de titularidad privada deberán haber obtenido previamente, como requisito indispensable, la condición de centro acreditado.</p>	
Procedimiento de acreditación	<ol style="list-style-type: none"> 1. El procedimiento para la acreditación de los centros o servicios se iniciará a instancia de la persona interesada, mediante la presentación de la oportuna solicitud en modelo normalizado a la que acompañará una memoria explicativa y detallada acerca de su adecuación a los criterios o requisitos de acreditación que se establezcan, así como la documentación acreditativa de su cumplimiento. 2. La solicitud podrá igualmente cursarse por los medios telemáticos que la administración establezca al efecto y en las condiciones que se determinen. 	

Procedimiento de acreditación <i>(Cont.)</i>	<p>3. Cuando la solicitud no reuniera los requisitos mínimos para su tramitación o no acompañara toda la documentación exigida, se requerirá a la persona interesada para que en el plazo de 10 días hábiles subsane las deficiencias o aporte los documentos requeridos, con indicación de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistido del procedimiento, previa resolución, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 71.1 de la citada Ley 30/1992.</p> <p>4. Una vez valorada la documentación inicialmente aportada y la complementaria que, en su caso, sea requerida, la inspección de servicios sociales procederá a verificar el cumplimiento de las condiciones y requisitos de acreditación exigibles y formulará el correspondiente informe-propuesta.</p> <p>5. El expediente completo se elevará a la consideración del/la titular de la consejería competente en materia de bienestar social que resolverá sobre la concesión o no de la condición de centro o servicio acreditado.</p> <p>Podrá entenderse estimada la solicitud de acreditación si, transcurrido el plazo de tres meses desde su presentación, no se hubiere notificado la resolución de concesión o denegación de la misma.</p> <p>6. Una vez concedida la acreditación, se dará traslado de oficio al Registro de entidades, centros y servicios sociales para la práctica de la anotación correspondiente.</p>
Órgano responsable de acreditación	Consejería competente en materia de servicios sociales
Ratios personal exigidas	<p><u>Residencias para personas mayores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0,15 profesionales por persona usuaria no dependiente <ul style="list-style-type: none"> - Gerocultor: 0,10 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,007 • 0,31 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado I <ul style="list-style-type: none"> - Gerocultor: 0,13 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,009 • 0,45 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado II <ul style="list-style-type: none"> - Gerocultor: 0,27 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,011 - ATS/DUE: 0,018 - Fisioterapeuta: 0,003 • 0,47 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado III <ul style="list-style-type: none"> - Gerocultor: 0,28 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,012 - ATS/DUE: 0,028 - Fisioterapeuta: 0,004 <p><u>Centros de día para personas mayores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0,11 profesionales por persona usuaria no dependiente <ul style="list-style-type: none"> - Gerocultor/a o equivalente: 0,08 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,007

Ratio personal exigidas

(Cont.)

- 0,13 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado I
 - Gerocultor/a o equivalente: 0,10
 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,009
- 0,23 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado II
 - Gerocultor/a o equivalente: 0,14
 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,014
 - Psicólogo/a: 0,007
- 0,24 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado III
 - Gerocultor/a o equivalente: 0,15
 - Terapeuta Ocupacional, Monitor/a Ocupacional y/o Animador/a Socio-cultural: 0,012
 - Psicólogo/a: 0,0010

Los cuidadores/as, gerocultores/as o categorías profesionales similares deberán estar en posesión de la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales (Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre).

El centro además deberá elaborar y desarrollar planes de formación bienales.

Condiciones funcionales exigidas para la acreditación de centros

Principales características:

Para su acreditación, estos centros deberán cumplir lo establecido en el Decreto 79/2002, de 13 de junio, para la autorización de funcionamiento de centros de servicios sociales, los requisitos comunes establecidos en el capítulo anterior, así como los siguientes requisitos específicos:

- Los centros de alojamiento de mayores prestarán los siguientes **servicios mínimos**:
 - Alojamiento
 - Restauración
 - Limpieza y adecuación de las dependencias
 - Lavandería
 - Higiene personal y asistencia de los residentes
 - Se deben desarrollar, al menos, tres programas y/o talleres de estimulación sensorial, cognitiva, funcional o psico-social diferentes que se ejecutarán a lo largo del año.
- Los profesionales dispondrán y utilizarán, al menos, los siguientes **protocolos de actuación** con sus correspondientes hojas de registro (centro residencial y centro de día):
 - Acogida
 - Traslados, salidas y acompañamientos
 - Higiene personal
 - Caídas
 - Medicación
 - Incontinencia
 - Resolución de conflictos
 - Coordinación con el entorno
 - Sugerencias, quejas y reclamaciones

- Adicionalmente, aquellos centros que alojen a personas en situación de dependencia de **grado II o III** habilitarán y aplicarán los siguientes protocolos de actuación (centro residencial):
 - Cambios posturales
 - Prevención y tratamiento de úlceras por presión
 - Hidratación
 - Control de errantes
 - Cuidados al final de la vida
- Adicionalmente, aquellos centros que alojen a personas en situación de dependencia de **grado II o III** habilitarán medidas de contención física o química que defina los casos en que procederá su utilización, el procedimiento a seguir y el registro de órdenes facultativas personalizadas que permite su aplicación (centro residencial y centro de día)
- En todos los centros de día de personas mayores se establecerá un plan de transporte diario, que será adaptado a las limitaciones físicas de las personas usuarias.
- Los centros dispondrán, al menos, de la siguiente **documentación e información** referida tanto a la propia organización como a las personas usuarias y trabajadores/as y estará disponible en el centro para la consulta por los agentes de la administración que lo soliciten:
 - Reglamento de Régimen Interior con el contenido mínimo
 - El Plan General de Intervención con inclusión de los protocolos exigidos en el Decreto 79/2002, de 13 de junio, y en la presente resolución.
 - Plan de Gestión de Calidad, que incluirá el mapa de procesos y procedimientos referidos al usuario y a la familia, a los servicios, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados.
 - Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece y los compromisos con las personas usuarias y sus familiares.
 - Carta de derechos y deberes de la persona usuaria y sus familiares.
 - Plan de formación del personal.
 - Documentación referida al usuario que incluirá, al menos, la ficha personal, el plan individual de atención, documentación sobre las condiciones sociales y situación de salud de la persona usuaria (informes de los servicios sociales, valoración de la dependencia de la persona usuaria con arreglo a la LAPAD cuando se hubiere producido, historia clínica, informes médicos, etc.).
 - Igualmente constará el documento en el que la persona usuaria, o su representante, manifiesten su consentimiento informado para el acceso al centro de servicios sociales de que se trate o, en su caso, la resolución administrativa que lo autorice o resolución judicial que lo disponga, siendo esta última imprescindible para el ingreso en un centro de alojamiento cuando la persona usuaria, no pudiendo manifestar su consentimiento, careciera de representante legal.
 - Documentación referida al propio centro, incluyendo, como mínimo, la resolución administrativa de autorización y de acreditación, y la licencia municipal de actividad.
 - Plan de autoprotección en los términos del Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia, informado favorablemente por la Consejería u organismo competente en la materia.
 - Un listado de personas usuarias que incluya nombre y apellidos, DNI y grado de dependencia reconocido por resolución o, en defecto de esta, el que le corresponde aplicando la correlación establecida en el artículo 3.7 a su valoración con arreglo al índice de Katz. Este listado, que será actualizado diariamente, se encontrará en todo momento en la sede del centro y a disposición de la Inspección de Servicios Sociales.
 - Documentación referida al personal del centro: organigrama del centro, copia de los contratos de trabajo y de la documentación acreditativa de la cotización a la Seguridad Social, así como certificados o documentación acreditativa de las horas de formación recibidas.

- Certificado de las empresas subcontratadas para prestar servicios en el centro en el que se exprese la actividad que realizan, el porcentaje de empleo indefinido de la plantilla que presta los servicios para el centro, la categoría laboral y el número de horas de trabajo semanales de cada trabajador/a con destino en el mismo.
- Información, en formato accesible y lenguaje comprensible, a suministrar a la persona en situación de dependencia y/o a sus familiares o representantes legales.
- Información referida a las condiciones de accesibilidad física y administrativa para personas con discapacidad del centro o servicio.
- Los centros deberán aprobar un Plan de Gestión de Calidad que incluya un sistema de evaluación de programas y servicios que desarrolla el centro, estableciendo como mínimo encuestas de satisfacción anual y un programa de mejora de la calidad.

Condiciones materiales exigidas para la acreditación de centros

- Los centros residenciales deberán establecer la posibilidad de que los residentes personalicen su habitación mediante adornos, objetos o enseres propios.
- Los centros deberán establecer espacios comunes que reproduzcan un ambiente cálido, familiar y confortable.
- El centro residencial debe contar con al menos un 60% de habitaciones entre individuales y dobles. Todas las habitaciones dispondrán de instalación para conexión de televisión, y servicio higiénico en la misma planta en que estén ubicadas en número no inferior a un servicio por cada cuatro personas usuarias. Igualmente, el centro dispondrá, como mínimo, de una cama articulada por cada persona en situación de dependencia de **grado II o III** que albergue, debiendo ocupar estas habitaciones individuales o dobles.
- Una estancia o dependencia específica destinada a información de familiares y a reuniones del equipo multidisciplinar.
- Una Sala-Tanatorio o servicio funerario disponible las 24 horas del día y con un tiempo de respuesta no superior a 6 horas.
- En el caso de **centros residenciales** que alojen a personas en situación de dependencia de **grado II o III**, se habilitará una sala sanitaria correctamente equipada en la que puedan desarrollarse los servicios de enfermería y fisioterapia, así como medidas técnicas para la deambulación, movilización y restantes actividades básicas de la vida diaria en número suficiente. En todo caso contarán con andadores, sillas de ruedas, camillas, grúas de movilización y elementos de ayuda a la alimentación y aseo.
- En aquellos **centros de día** que atiendan a personas usuarias en situación de dependencia de **grado II o III** se habilitará una sala socio-sanitaria correctamente equipada en la que puedan desarrollarse los servicios de psicología. Cuando el centro de día esté ubicado en las mismas instalaciones que un centro residencial o en dependencias contiguas dicha sala socio-sanitaria podrá ser compartida siempre que la comunicación entre los centros sea directa mediante tránsito a través del recinto en que se ubican y no implique la necesidad de salir a la vía pública.
- Existencia de andadores, sillas de ruedas, camillas, grúas de movilización y elementos de ayuda a la alimentación y aseo.

4.4 Cantabria

CANTABRIA		2010
Reglamentación Acreditación	<p>Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Centros Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p> <p>Orden EMP 67/2010 de 23 de noviembre, por la que se modifica la Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Centros Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p> <p>Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia.</p> <p>Orden EMP/21/2011 de 7 de abril, de modificación de la orden EMP 37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>La presente norma tiene por objeto regular los requisitos que deben cumplir los centros para obtener la acreditación de prestación de servicios de atención a personas en situación de dependencia con arreglo a criterios de calidad.</p> <p>Los centros a que se refiere esta orden son: centros de titularidad pública, centros de titularidad privada que deseen integrarse en la red pública de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria, aquellos centros que aunque no estén integrados en la red pública atienden a personas en cuya situación de dependencia haya sido reconocida legalmente según lo dispuesto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, LAPAD y en último lugar cualquier otro con carácter previo a la recepción de financiación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p>	
Procedimiento de acreditación	<ol style="list-style-type: none"> 1. El procedimiento para el otorgamiento o renovación de la acreditación se iniciará mediante solicitud de la persona titular o gestora del centro, acompañada de la documentación que justifique el cumplimiento de los criterios de calidad que se exigen. 2. Si en la solicitud se omitiese algún extremo exigible según la normativa reguladora del procedimiento administrativo o en la documentación preceptiva se advirtiese error u omisión, se requerirá a la persona interesada que en un plazo no superior a diez días subsane la falta, con indicación de tenerla por desistida de su solicitud si no procediere en el sentido indicado, previa resolución que deberá ser dictada en los términos del artículo 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. 3. Recibida la solicitud y documentación indicadas, y subsanadas en su caso las deficiencias que se observen en la forma establecida en el apartado anterior, el Servicio de Planificación y Evaluación Social comprobará el cumplimiento de los requisitos exigidos y elaborará un informe de la comprobación efectuada. En el citado informe se pondrán de manifiesto, en su caso, los criterios de acreditación que se incumplan por el centro, con la concesión del plazo que se estime oportuno para la subsanación. El plazo para dictar resolución se interrumpirá durante el plazo concedido. 4. La persona titular de la Dirección General competente en materia de evaluación de centros y de servicios sociales dictará resolución motivada en el plazo de seis meses, concediendo o denegando la acreditación. 	

<p>Procedimiento de acreditación (Cont.)</p>	<p>5. La acreditación se concederá con carácter provisional, elevándose a definitiva tras la evaluación del cumplimiento de los requisitos, transcurridos seis meses desde la citada resolución provisional, sin perjuicio de lo establecido en la Disposición Adicional Primera.</p> <p>6. Contra las resoluciones que recaigan podrán interponerse los recursos en vía administrativa y jurisdiccional que establezca la normativa vigente.</p> <p>7. Una vez concedida la acreditación, de forma provisional o definitiva, se dará traslado de oficio al Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales para su anotación en la inscripción del centro o servicio correspondiente, y se comunicará al Instituto Cántabro de Servicios Sociales.</p> <p>La acreditación tendrá una validez inicial de cuatro años, contados desde la fecha de la resolución provisional de ésta se elevara a definitiva.</p>
<p>Órgano responsable de acreditación</p>	<p>El otorgamiento de la acreditación corresponde a la Dirección General de evaluación de centros y servicios sociales. Corresponde al Servicio de Planificación y Evaluación Social la tramitación del procedimiento administrativo correspondiente.</p>
<p>Ratios personal exigidas</p>	<p>El centro deberá contar con un número de profesionales adecuado a la tipología de las necesidades de las personas usuarias.</p> <p><u>Personal de atención directa en residencia 24h para personas mayores por cada 100 plazas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnico (horas /día): 137 horas (día) y 20 horas (noche) - Titulación Universitaria (horas semana): 180 horas <p><u>Personal atención directa en centro de día Mayores por cada 100 plazas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnico (horas /día): 100 horas (día) - Titulación Universitaria (horas semana): 150 horas <p>Las tareas de cocina, limpieza, lavandería, mantenimiento, administración y recepción se podrán prestar por personal del centro o mediante contrato con empresas prestadoras de servicios. Para tal finalidad y a criterio de los responsables del centro, se contratará en función de su volumen y necesidades específicas, el número adecuado de personas, garantizando en todo caso el buen funcionamiento de los servicios. En cualquier caso la prestación diaria de servicios de este personal no será inferior a 10 horas, en los centros residenciales y a 7 horas, en los centros de atención diurna, por cada 100 personas usuarias, con un mínimo en ambos casos de 2 horas diarias.</p>

Condiciones funcionales exigidas para la acreditación de centros

Principales características:

- Todos los centros contarán con un modelo definido de gestión de calidad, que deberá incluir el mapa de procesos, y el control de las actividades, los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados necesarios para la prestación y evaluación del servicio.
- En cumplimiento del artículo 81.3 de la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales, los centros residenciales que cuenten con más de cien plazas, concertadas o no, estarán obligados a contar con un sistema de gestión de la calidad certificado por un organismo acreditado a tal efecto, debiendo estar expuesto en lugar visible la certificación expedida por dicho organismo.

- Los centros residenciales, en función de sus características y de las necesidades de las personas usuarias deberán ofertar los **servicios básicos** siguientes:
 - Alojamiento
 - Manutención
 - Lavandería
 - Recepción (residencia 24h)
 - Limpieza de las dependencias
 - Mantenimiento de las instalaciones
- Los centros de día, en función de sus características y de las necesidades de las personas usuarias deberán ofertar los **servicios básicos** siguientes:
 - Limpieza de las dependencias
 - Mantenimiento de las instalaciones
 - Transporte
- Cada centro residencial y/o de día, en función de sus características, dispondrá, al menos, de los siguientes **programas**:
 - Ingreso/alta en centro
 - Actividades básicas de la vida diaria
 - Habilidades personales y sociales
 - Vida comunitaria, social y cívica
 - Intervención ante alteraciones de conducta
 - Alteraciones de sueño (centro residencial)
 - Estimulación cognitiva
 - Mantenimiento de la actividad física
 - Actividad ocupacional
 - Atención a la familia
- Cada centro residencial y/o de día deberá disponer, en función de sus características, de los siguientes **protocolos**:
 - Primera acogida y adaptación
 - Alimentación
 - Higiene y aseo (centro residencial)
 - Prevención y tratamiento de incontinencia
 - Administración de tratamientos pautados
 - Prevención de caídas y úlceras por presión
 - Acompañamiento a consultas sanitarias y urgencias sanitarias (centro residencial)
 - Contención física o farmacológica
 - Manejo de alteraciones conductuales
 - Higiene del sueño (centro residencial)
 - Información a persona usuaria y/o familiar responsable de la misma
- Para cada protocolo se recogerá una serie de **indicadores mínimos** que permitan la evaluación y la mejora continua de la atención y del servicio:

Protocolos			
	CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR
Primera acogida y adaptación	<ul style="list-style-type: none"> Durante el primer mes tras el alta en el Centro, se asignará a cada persona usuaria un profesional de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas a las que se les ha asignado profesional de referencia en el primer mes tras su alta en el Centro 	90-100%
	<ul style="list-style-type: none"> Durante el primer mes tras el alta en el Centro, se realizará una valoración integral de cada persona usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas a las que se les ha realizado una valoración integral en el primer mes tras su alta en el Centro 	90-100%
	<ul style="list-style-type: none"> Durante el primer mes tras el alta en el Centro, se realizará Programa Individual de Intervención y cuidados de cada persona usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas a las que se les ha realizado Programa Individual de Intervención y cuidados en el primer mes tras su alta en el Centro 	90-100%
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> A las personas usuarias se les realiza un estudio de sus necesidades nutricionales para adecuar su dieta a las mismas en la primera semana de estancia en el Centro 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias a las que se les instaure una dieta adecuada a sus necesidades en su primera semana de estancia en el Centro, previo estudio de sus necesidades nutricionales 	95-100%
Higiene y aseo	<ul style="list-style-type: none"> A las personas usuarias de los Centros se les valorará la necesidad de apoyo para el mantenimiento de las capacidades de higiene y aseo 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias a las que se ha valorado sus necesidades de apoyo para el mantenimiento de las capacidades de higiene y aseo en el primer mes de estancia en el Centro 	90-100%
		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias a las que se ha incluido en un programa de apoyo de mantenimiento de las capacidades de higiene y aseo derivado de su valoración de necesidades 	90-100%
Prevención y tratamiento de la incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> Valoración y detección de las personas usuarias con riesgo de incontinencia 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias en las que se ha identificado riesgo de incontinencia sobre el total de valorados en el primer mes de estancia en el Centro 	80-100%
	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de medidas de prevención de la incontinencia 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias a las que se les han establecido medidas de prevención de incontinencia sobre el total de valorados con el riesgo en el primer mes de estancia en el Centro 	90-100%
	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de medidas de tratamiento de la incontinencia 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias a las que se les aplican medidas de tratamiento de la incontinencia sobre el total de personas usuarias del Centro 	<50%

	CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR
Administración de tratamientos pautados	<ul style="list-style-type: none"> • Todo tratamiento farmacológico que se administre en el centro precisará la prescripción médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de tratamientos administrados en el centro con prescripción médica 	100%
	<ul style="list-style-type: none"> • Todo tratamiento farmacológico que se administre en el centro precisará la autorización de la persona usuaria, o en su caso de un familiar, o persona responsable del mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de tratamientos administrados, con autorización de la persona usuaria o en su caso de un familiar o persona responsable del mismo, sobre el total de administrados 	100%
Prevención de caídas y úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> • Se identificará a las personas usuarias con riesgo de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas a las que se ha realizado evaluación de marcha y equilibrio en el primer mes de estancia en el centro 	75-100%
	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecerán medidas preventivas del riesgo de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas que han sufrido caídas en el último año 	<50%
	<ul style="list-style-type: none"> • Se identificará a las personas usuarias con riesgo de padecer úlceras por presión 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas a las que se ha evaluado el riesgo de padecer úlceras en el primer mes de estancia en el centro 	75-100%
	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecerán medidas preventivas de úlceras por presión 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas que padecen úlceras por presión en el último año en relación al nº de evaluados como residentes de riesgo 	<50%
Acompañamiento a consultas sanitarias y urgencias sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de urgencia sanitaria, cuando las personas no puedan ser acompañadas por familiares, lo harán siempre por personal del Centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas que no puedan ser acompañadas por familiares y lo hacen en compañía de personal del centro 	100% del total que no puedan serlo por familiares
	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas usuarias que deban asistir a consulta sanitaria y no puedan ser acompañadas por familiares, lo harán en compañía de personal del Centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas usuarias acompañadas a consulta programada 	100% del total que no puedan serlo por familiares
Contención física y farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de medidas de contención física y/o farmacológica precisa la prescripción de un facultativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas a las que se aplica medidas de contención física y/o farmacológica con prescripción de un facultativo 	100%
	<ul style="list-style-type: none"> • Los motivos de la aplicación de medidas de contención se recogerán en la historia personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de historias personales en las que se registra la aplicación y los motivos de medidas de contención 	90-100%
Manejo de alteraciones conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas usuarias del Centro con alteraciones conductuales se incluyen en un programa terapéutico de manejo de las mismas 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con alteraciones conductuales incluidas en el programa de manejo de las mismas 	95-100%

	CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR
Higiene del sueño	<ul style="list-style-type: none"> Las personas usuarias del Centro con alteraciones del sueño se incluyen en un programa de higiene del mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias con alteraciones del sueño incluidas en el programa de higiene del mismo 	95-100%
Información a la persona usuaria y/o al familiar responsable de la misma	<ul style="list-style-type: none"> Se mantendrá, al menos, una entrevista trimestral con los familiares responsables, si los hubiera. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de familias con las que se ha mantenido una entrevista trimestral 	70-100%

Cada centro tendrá establecida la periodicidad de la medición de todos los indicadores, las fuentes de recogida y los responsables.

- Todo centro debe definir un procedimiento y una metodología que le permita conocer el grado de satisfacción de: personas usuarias, familiares y trabajadores.
- Todo centro elaborará la Memoria anual de actividades (artículo 6.a) de la Orden), que deberá remitirse a la Dirección General competente en materia de evaluación de centros y servicios sociales y al Instituto Cántabro de Servicios Sociales antes del 15 de febrero del año siguiente. Dicha Memoria debe recoger:
 - Los resultados de la medición de los procesos y de la calidad del servicio.
 - Los resultados de la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias, familiares y trabajadores, con el contenido que se describe en el siguiente cuadro.
 - Las propuestas de mejora.
 - El grado de ejecución del Plan de centro y planificación del mismo para el próximo año.

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR
<ul style="list-style-type: none"> Se efectúa por el Centro evaluación fiable y válida de la satisfacción de las personas usuarias y de sus familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias sobre las que se ha realizado una evaluación de la satisfacción con respecto al total de personas usuarias en un año 	Muestra estadística representativa
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas que están satisfechas con el servicio según valoración anual (Se entiende que están satisfechas las personas que globalmente atribuyen una valoración al Servicio igual o superior a 6 puntos sobre 10 o 3 sobre 5) 	>80%
<ul style="list-style-type: none"> Se efectúa por el Centro evaluación fiable y válida de la satisfacción de los trabajadores 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de trabajadores sobre los que se ha realizado una evaluación de la satisfacción con respecto al total de trabajadores 	Muestra estadística representativa
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de trabajadores que están satisfechos según valoración anual (Se entiende que están satisfechos los trabajadores que globalmente atribuyen una valoración igual o superior a 6 puntos sobre 10 o 3 sobre 5) 	>80%
<ul style="list-style-type: none"> Se efectúa por el Centro análisis de las quejas y sugerencias recibidas 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de quejas y sugerencias analizadas y resueltas en un plazo máximo de un mes sobre total de quejas al año 	>80%
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas usuarias que presentan quejas sobre el total de personas usuarias en un año 	<5%

CRITERIO	INDICADOR	ESTANDAR
<ul style="list-style-type: none"> Se fomentará la estabilidad de las plantillas de personal de los centros de atención a personas en situación de dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> El índice de rotación del personal de atención directa no supera un porcentaje 	<50%
<ul style="list-style-type: none"> Las personas titulares o gestoras de los centros elaborarán un plan anual de formación del personal 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de profesionales que participan al menos en 20 horas de formación anual 	80-100%

índice rotación $\left(\frac{((\text{Admisiones de personal} + \text{salidas de personal}) / 2) * 100}{\text{total personal}} \right)$

Condiciones materiales y estructurales exigidas para la acreditación de centros

- Los recursos materiales y equipamientos serán los apropiados para garantizar la prestación del servicio adaptada a las necesidades de las personas en situación de dependencia y a las diferentes intensidades de atención y cuidados, siempre bajo condiciones de seguridad y de accesibilidad.
- Para su acreditación, los centros de Atención a personas en situación de Dependencia deberán cumplir:
 - Los requisitos establecidos por la Ley 3/1996 de 24 de septiembre sobre Accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas y de la Comunicación.
 - Los requisitos materiales y estructurales establecidos para cada tipo de centro en la Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Centros Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria, sin perjuicio de lo establecido en la Disposición Transitoria Primera de la misma. Principales características (ver Orden para más información):

Centros residenciales:

- ◆ Las salas de estar, el comedor, la sala polivalente y el área de rehabilitación se consideran zonas comunes de las personas usuarias y, en su conjunto, deberán tener una superficie mínima de 4,5 m² útiles por persona usuaria.
- ◆ Cuando el servicio de **cocina** se realice en el centro, el espacio tendrá una superficie mínima de 0,3 m² por plaza con un mínimo de 12 m². De las dimensiones mínimas exigidas se excluyen las destinadas a cámaras frigoríficas, almacén de víveres, lavado, almacenamiento de menaje y utensilios.
- ◆ En el caso de que el servicio de **cocina** no se realice en el propio centro, se destinará un espacio a la preparación y servicio de las comidas. Este recinto dispondrá de frigorífico, fregadero, espacios de apoyo o mesas para los preparativos y armarios para el almacenamiento de vajillas y utensilios.
- ◆ Si hubiera un espacio específico destinado a **comedor**, tendrá una superficie mínima de 2 m² por plaza, permitiéndose dos turnos, en cuyo caso, la superficie total mínima se computará en función de la mitad de las plazas, sin que pueda ser inferior a 30 m².
- ◆ Todos los centros residenciales dispondrán, como mínimo, de una **sala de visitas** en la que se garantice la intimidad y privacidad de las comunicaciones entre la persona usuaria y sus familiares.
- ◆ Las **salas de estar** dispondrán de una superficie mínima de 1,5 m² por persona residente y una superficie total mínima de 20 m². Estas salas se podrán destinar a zona de juegos, lectura, estudio, televisión y otros usos relacionados con el ocio. No podrán ubicarse en sótanos.
- ◆ Los **servicios higiénicos** de zonas comunes, deberán cumplir los siguientes requisitos:
 - La dotación mínima consistirá en un servicio higiénico para cada sexo. Por cada 50 plazas o fracción, se incrementará el número en un servicio más por cada sexo.
 - En caso de haber más de dos servicios higiénicos, se podrá optar entre servicios individuales o aseos agrupados. Para estos últimos se podrán instalar de 2 a 5 inodoros en cabinas independientes. En el recinto común del servicio se instalará un número de lavabos equivalente al menos a la mitad de inodoros.
 - Se ubicarán de tal manera que no sea necesario recorrer más de 35 m, medidos desde el punto más alejado de cualquier recinto de uso general, hasta alguno de los servicios higiénicos.
 - Contarán con una superficie mínima de 4 m², disponiendo los elementos sanitarios o de mobiliario de forma que se permita la inscripción en el interior de un círculo de 1,5 m de diámetro.
- ◆ Los espacios destinados a **dormitorio** habrán de cumplir los siguientes requisitos:
 - Constituir un espacio específico para tal fin.
 - No ser paso obligado de otras dependencias.

- Las ventanas tendrán una superficie mínima de 1,5 m² y estarán dotadas de elementos que puedan impedir la entrada de luz.
- Las puertas de entrada a los dormitorios dispondrán de manilla de apertura tipo palanca. Las personas usuarias no podrán instalar mecanismos de cierre accesorios a los ya existentes.
- Cuando se trate de dormitorios en forma abuhardillada, la altura mínima de los paramentos no será inferior a 1,70 m.
- Los dormitorios podrán ser individuales o dobles. En los centros de nueva creación, al menos la mitad de las plazas será de uso individual.
- Los dormitorios tendrán una superficie mínima útil de 8 y 16 m², según sean individuales o dobles. De estas medidas se excluirán las zonas de distribución de los mismos y el espacio del cuarto de baño.
- ◆ Por cada cuatro personas usuarias o fracción se dispondrá de un **cuarto de baño** equipado con inodoro, lavabo y ducha. En los centros de nueva construcción se dispondrá al menos de un cuarto de baño por cada dos personas usuarias. Salvo en las residencias de atención básica de menos de treinta plazas, todos los dormitorios tendrán acceso directo a un cuarto de baño.
- ◆ El espacio destinado a actividades de grupo (**sala polivalente**), ocupacionales o terapéuticas, será independiente de las salas de convivencia. Dicha sala deberá cumplir los siguientes requisitos:
 - Tendrá una superficie mínima de 25 m² por cada cien plazas residenciales o fracción, excluidas las zonas de paso y los aseos.
 - Dispondrá del equipamiento necesario para el correcto desarrollo de los servicios, talleres y de los programas de intervención.
 - El equipamiento estará adaptado a las necesidades de las personas usuarias y poseerá las características ergonómicas que garanticen la seguridad de las mismas.
 - Deberá contar con un servicio higiénico para cada sexo a una distancia inferior a 35 m.
- ◆ Los centros dispondrán de un **área de atención de enfermería** para facilitar el aislamiento y la atención de las personas usuarias en caso de enfermedad. Deberá contar con una cama por cada 75 plazas o fracción, en habitaciones individuales con una superficie mínima de 6 m². Dispondrá de un cuarto de baño.
- ◆ Los centros deberán contar con un espacio suficientemente equipado destinado a **rehabilitación** de las personas usuarias. Esta área, que tendrá una superficie mínima de 30 m² por cada 100 plazas residenciales ó fracción, dispondrá de un servicio higiénico a una distancia inferior a 35 m en recorrido horizontal, de dos servicios higiénicos diferenciados por sexos. Aquellos centros en que, bien por sus características funcionales o por las especiales características de las personas usuarias, se justifique la realización de las actividades de rehabilitación fuera del centro, estarán exentos del cumplimiento de la exigencia establecida en este punto.
- ◆ Los centros residenciales que cuenten con más de 50 plazas, y en cuyos Ayuntamientos no exista servicio de **tanatorio**, dispondrán de un espacio dedicado exclusivamente a velatorio, que en todo caso deberá cumplir la legislación vigente, y contar con una superficie mínima de 12 m².
- ◆ En los centros de más de 50 plazas, se contará con un espacio destinado a **peluquería y podología**.

Centros de día:

Los centros de día deberán contar con una superficie total útil de al menos 7 m² por plaza y con las siguientes dependencias, como mínimo:

- ◆ Un despacho polivalente de uso profesional.
- ◆ Dos salas de actividades, una de las cuales podrá dedicarse a comedor. La sala que se dedique a comedor o el comedor independiente en su defecto, habrá de tener una superficie mínima de dos m² por persona usuaria, permitiéndose dos turnos, en cuyo caso la superficie total mínima se computará en función de la mitad de las plazas autorizadas. La suma de las superficies de las dos salas de actividades no podrá ser inferior a 3,5 m² por plaza.

- ◆ En los centros de 25 o menos plazas, los espacios del apartado anterior podrán sustituirse por una sala de usos múltiples que permita su división para la realización simultánea de diversas actividades, pudiendo utilizarse como comedor. Este espacio tendrá, considerado globalmente, una superficie mínima de 3,5 m² por plaza.
- ◆ Dos cuartos de baño que se ubicarán en la zona de uso común dotados con inodoro, lavabo y ducha, que cumplan los requisitos exigidos en el artículo 31.2. Por cada 35 plazas o fracción se incrementará el número en dos servicios más.
- ◆ En caso de que la comida de las personas usuarias se elabore en el propio centro, la cocina habrá de cumplir los requisitos que establece el artículo 20.1 para las cocinas de los centros residenciales.
- ◆ Si el servicio de cocina no se prestase por el propio centro, se destinará un espacio a la preparación y servicio de las comidas. Este recinto dispondrá de frigorífico, fregadero, espacios de apoyo o mesas para los preparativos y armarios para almacenamiento de vajillas, utensilios y productos de alimentación.
- ◆ Espacio para el almacenamiento de lencería y material desechable, e independientemente otro para el de productos de limpieza, debiendo constar este último con un dispositivo de cierre que impida el acceso a las personas usuarias.
- ◆ Vestuarios y aseos para el personal.

Los centros de día que compartan edificio con centros de atención residencial deberán contar con una superficie total útil de al menos 6 m² por plaza y cumplirán con los siguientes requisitos:

- ◆ Existirá un espacio específico del centro de día destinado a sala de estar de las personas usuarias, de 2 m² por plaza como mínimo.
- ◆ Dos cuartos de baño dotados con inodoro, lavabo y ducha, que cumplan los requisitos exigidos en el artículo 31.2, que se ubicarán junto a la zona de uso específico del centro de día. Por cada 35 plazas o fracción se incrementará el número en dos servicios más.
- ◆ Para el cálculo del total de la superficie exigida para el centro de día se computarán los espacios destinados a comedor, salas de estar, y en su caso, sala polivalente y área de rehabilitación del centro residencial, en la parte que en cada una de estas dependencias exceda de la superficie exigida en los artículos 24, 26, 34 y 36 respectivamente, en función de las personas usuarias del centro residencial, computadas de conformidad con el artículo 17.bis.

4.5 Castilla y León

CASTILLA Y LEÓN		1993
Reglamentación	<p>DECRETO 109/1993, DE 20 DE MAYO, Por el que se regula la autorización, acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León.</p> <p>Decreto 295/1994, de 22 de Diciembre por el que se modifican las disposiciones transitorias primera, segunda, y tercera del Decreto 109/1993, de 20 de mayo por el que se regula la autorización, acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León.</p> <p>Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores.</p> <p>Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto básico de los centros de personas mayores de Castilla y León.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Regular la inscripción de las entidades y servicios de carácter social, la autorización de apertura y modificación de los centros y la acreditación de los centros y servicios, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 29,b) de la Ley de Acción Social y Servicios Sociales.</p> <p>Instrumentar y racionalizar los recursos, para obtener mayor rentabilidad social aumentándose la eficacia del Sistema, de este modo, se incrementará el nivel de bienestar de los ciudadanos de la Comunidad.</p>	
Procedimiento de acreditación	<p>Para obtener la acreditación de un centro o servicio, será necesario que cumplan los requisitos específicos relativos a la calidad de prestación, la cualificación del personal y las especiales condiciones arquitectónicas y de equipamiento del inmueble, que se determinarán oportunamente y adecuarse a los criterios y condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Encuadramiento en los Planes Regionales de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma. 2) Aceptar las sugerencias e instrucciones que le requiera la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. <p>La solicitud de acreditación, firmada por el titular o representante legal de la entidad, se presentará en el Servicio Territorial correspondiente al centro o servicio. Presentada la solicitud, el Servicio Territorial realizará un informe detallado sobre su conveniencia en el plazo de treinta días y elevará el expediente a la Dirección General de Servicios Sociales para su resolución en los treinta días siguientes.</p> <p>La acreditación se otorgará por un periodo máximo de un año y estará sujeta al cumplimiento de las condiciones requeridas para su concesión, de tal forma, que si durante su vigencia se incumplen, la acreditación podrá ser suspendida o cancelada.</p> <p>La solicitud de renovación de la acreditación, deberá presentarse con tres meses de antelación respecto a la fecha de terminación de su vigencia, siguiendo los mismos trámites que para la solicitud inicial, caso contrario, perderá la condición de centro o servicio acreditado. La acreditación otorgada y sus renovaciones se inscribirán de oficio en el Registro.</p>	
Órgano responsable de acreditación	<p>Consejería de Sanidad y Bienestar Social</p>	

<p>Ratios personal exigidas (autorización)</p>	<p><u>Personal técnico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico. Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de 1 hora diaria. Adicionalmente cada 25 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria. • A.T.S./D.U.E. Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de 2 horas diarias. Adicionalmente cada 8 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria. • Trabajador social o asistente social. Los centros de 75 usuarios o más, contarán con trabajador social o asistente social, al menos tres horas y media diarias. A partir de 150 usuarios, el horario de este profesional será de al menos siete horas diarias. Se exigirá este horario de lunes a viernes. • Terapeuta ocupacional. Los centros con menos de 50 usuarios contarán con este profesional, al menos cinco horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos dos horas diarias y de cuatro horas diarias a partir de 100 usuarios. • Fisioterapeuta. Los centros con menos de 50 usuarios contarán con fisioterapeuta, al menos cinco horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos dos horas diarias y de cuatro horas diarias a partir de 100 usuarios. <p><u>Personal de atención directa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerocultor/a <ul style="list-style-type: none"> - Ratio 1/17 personas válidas. - Ratio 1/10 personas asistidas de grado I. - Ratio 1/5 personas asistidas de grado II. <p>Cuando esté garantizado un servicio adecuado en sábados, domingos y festivos se podrá reducir el número de jornadas mínimas diarias exigidas en un porcentaje que no supere el 20%. Por otro lado, se excluirán de los anteriores cálculos las jornadas nocturnas, que serán siempre realizadas, al menos, por un profesional hasta 60 usuarios, y uno adicional por cada 60 usuarios más o fracción</p>
<p>No existen condiciones funcionales, materiales o estructurales más allá de las de la autorización.</p>	

4.6 Castilla-La Mancha

CASTILLA - LA MANCHA		1992
<p>Reglamentación Acreditación</p>	<p>Orden de 31 de Marzo de 1992, por la que se regula acreditación de establecimientos de Tercera Edad, Minusválidos, Infancia y Menores.</p> <p>Decreto 53/1999, de 11 de mayo por el que se desarrolla reglamentariamente la ley 3/1994, de 3 de noviembre, de protección de los usuarios de entidades, centros y servicios sociales de Castilla-La Mancha.</p> <p>Orden de 21 de mayo de 2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha.</p>	

Reglamentación Acreditación <i>(Cont.)</i>	<p>Decreto 30/2004, de 30 de marzo de 2004, de 30 de marzo de 2004, por el que se modifica el Reglamento de desarrollo de la Ley 3/1994, de 3 de noviembre de Protección de los usuarios de Entidades, Centros y Servicios sociales en Castilla-La Mancha aprobado por el Decreto 53/1999 de 11 de mayo.</p>
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Las Entidades titulares podrán solicitar la acreditación de los Centros o Establecimientos objeto de la presente Orden, previa inscripción en el Registro de Entidades y Centros de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social.</p> <p>Será preceptiva la acreditación de los Centros o Establecimientos de Servicios Sociales cuya Entidad titular, pública o privada, pretenda concertar plazas o actividades con la Junta de la Comunidad de Castilla-La Mancha.</p>
Procedimiento de acreditación	<ul style="list-style-type: none"> • La solicitud para la obtención o renovación de la acreditación, dirigida a la Dirección General de Servicios Sociales Especializados, deberá presentarse, en modelo normalizado, en la Delegación Provincial correspondiente. • La acreditación estará condicionada al cumplimiento por parte de los Centros y Establecimientos de los criterios mínimos que garanticen el buen nivel de calidad en el funcionamiento del Centro que se trate. • Transcurridos cuatro meses, como mínimo, desde la puesta en funcionamiento del Centro o Establecimiento de Servicios Sociales que solicita la acreditación, la Delegación Provincial correspondiente realizará la oportuna visita de inspección, de la que se levantará acta, que será remitida a la Dirección General de Servicios Sociales Especializados. • El consejero de Bienestar Social, a propuesta del Director General de Servicios Sociales especializados, resolverá la concesión o denegación de la acreditación en el plazo de un mes a partir de la propuesta. <p>La acreditación se otorgará por un periodo máximo de cuatro años, siendo renovable. Deberá solicitarse dicha renovación con al menos tres meses de antelación a la finalización de su vigencia y se tramitará conforme al procedimiento anterior.</p> <p>El incumplimiento probado de las condiciones que dieron lugar a su concesión, dará lugar a su revocación mediante Resolución del Delegado Provincial, previa audiencia al interesado.</p>
Órgano responsable de acreditación	<p>Dirección General de Servicios Sociales Especializados</p>
Ratios personal exigidas (autorización)	<p>La plantilla variará en función del número de residentes y de las características de los mismos (válidos o asistidos), considerando como plantilla mínima:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Director • 1 Auxiliar de clínica cada 30 residentes o fracción. • Auxiliar/gerocultor en número adecuado para la atención directa y continuada de los usuarios. Como mínimo se contará con 1 auxiliar/gerocultor cada 6 residentes con dependencia y 1 cada 15 para usuarios no dependientes. • 1 Cocinero/a.

Ratios personal exigidas (autorización)*(Cont.)*

- 1 Ayudante de cocina cada 30 residentes o fracción.
- 1 Camarero/a – Limpiador/a cada 12 residentes que atenderán comedor – oficio, lavandería – lencería y limpieza pisos
- 1 Conserje/Ordenanza o vigilante (en Centros de más de 50 residentes).

Cuando en la residencia exista una unidad de asistidos la plantilla anterior se incrementará en el siguiente personal sanitario/asistencial:

- 1 médico cuando se exceda de 100 residentes.
- 1 A.T.S por cada 40 residentes o fracción.

La proporción de Auxiliares de clínica por residente variará pasando a ser uno por cada 10 residentes no válidos.

Condiciones funcionales exigidas para la autorización y acreditación de centros

- Idoneidad y adecuación de la plantilla de personal a las necesidades de las personas usuarias.
- Existencia de un programa de formación permanente.
- Puesta en funcionamiento de programas de atención especializada adaptados a las necesidades de la personas usuarias.
- Atención integral con carácter individualizado de cada usuario.
- Existencia de un programa de actividades de participación en la comunidad y entorno social en dónde esté ubicado el centro.
- Sistema de gestión participativa de las personas usuarias en la toma de decisiones.

Condiciones materiales y estructurales exigidas para la autorización y acreditación de centros

Los centros con más de 25 plazas deberán contar con una unidad asistida de capacidad igual o superior al 20% de total de plazas con las siguientes características:

- habitaciones individuales o dobles, con carácter excepcional podrán ser triples siempre y cuando superen los 25 m²,
- cuarto de aseo compartido como máximo por dos habitaciones, con ducha, inodoro y lavabo, baño geriátrico por cada 25 residentes.

Los espacios mínimos que deben poseer el centro son: dirección-administración, recepción, sala de visitas, sala de curas, servicios de apoyo o auxiliares (lavandería, almacenes, servicios de limpieza y mortuorio) y cocina.

Para acreditarse, además, el centro debe superar los requisitos siguientes:

- Las dimensiones espaciales deben superar los mínimos establecidos.
- Existencia de dependencias o espacios no contemplados en los requisitos mínimos que mejoren la calidad de vida de la persona usuaria.
- Dotación de las dependencias con equipamiento que mejore la calidad de vida de las personas usuarias.

4.7 Cataluña

CATALUÑA		2008
Reglamentación Concertación	<p>Orden ASC/32/2008, de 23 de enero, de convocatoria para el año 2008 para la acreditación de entidades colaboradoras de varios programas en el ámbito de servicios sociales.</p> <p>Pliego de prescripciones técnicas que conforman el procedimiento a seguir para la acreditación de centros residenciales asistidos y centros de día para acoger a usuarios con derecho a prestación económica vinculada al servicio, de acuerdo a la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Establecimientos de acogida residencial, centros de día o viviendas tuteladas para personas mayores, o de viviendas comunes para personas con problemática social derivada de enfermedad mental que deseen ser acreditadas como entidades colaboradoras.</p>	
Procedimiento de acreditación	<p>El establecimiento debe estar inscrito en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales. No debe poseer ningún expediente sancionador en trámite ni sanciones pendientes de liquidación.</p> <p>Garantizar mediante declaración responsable que ni las entidades ni sus representantes legales se encuentran dentro de las prohibiciones para contratar que se menciona en el decreto legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de contratos de las administraciones públicas.</p> <p>Garantizar, en el caso que la entidad tenga más de 50 trabajadores, el cumplimiento de la Ley 13/1982 de integración social del minusválido.</p> <p>Para acreditar además, se deben cumplir los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios y condiciones en relación a la organización y el funcionamiento • Organización administrativa • Funcionamiento General • Director técnico • Recursos Humanos • Organización de la atención al beneficiario • Seguridad, estructura física e instalaciones <p>La acreditación se otorga por un periodo de 3 años y está sujeta a las verificaciones periódicas que la Administración considere oportunas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Servicio de Inspección y Registro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía (actual Departamento de Bienestar Social) comprueba el cumplimiento de los requisitos que establece la Orden ASC/32/2008. 2. El Comité de Acreditación evalúa los informes y la documentación. 3. La resolución del otorgamiento o denegación se da en un plazo máximo de seis meses. 4. Una vez remitida la resolución de acreditación se realiza la anotación registral en el Registro de entidades. 	

Órgano responsable de acreditación	Comité de acreditación formado por la persona titular de la Subdirección General de Gestión de Recursos, la persona titular de la Subdirección General de Atención a las Personas, la persona titular del servicio de inspección y registro y dos funcionarios/as de las Subdirección general, de los que uno actuará como secretario/a.
Ratios personal exigidas	<p>Nivel bajo de dependencia para las ABVD: atención directa 0,28, indirecta 0,12 con la distribución de personal siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerocultores/as: 420 h/año por persona usuaria • Diplomados/as en enfermería: 37 horas/año por persona usuaria • Educador/a social: 17 horas/año por persona usuaria • Fisioterapeuta: 17 horas/año por persona usuaria • Trabajador/a social: 17 horas/año por persona usuaria <p>Nivel medio de dependencia para las ABVD: atención directa 0,34, indirecta 0,12, con la distribución de personal siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerocultores/as: 450 h/año por persona usuaria • Diplomados/as en enfermería: 60 horas/año por persona usuaria • Terapeuta ocupacional: 5 horas/años por persona usuaria • Educador/a social: 17 horas/año por persona usuaria • Fisioterapeuta: 35 horas/año por persona usuaria • Trabajador/a social: 17 horas/año por persona usuaria • Psicólogo/a: 17 horas/año por persona usuaria • Médico: 10 horas/año por persona usuaria <p>Nivel alto de dependencia para las ABVD: atención directa 0,42, indirecta 0,12, con la distribución de personal siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerocultores/as: 580 h/año por persona usuaria • Diplomados/as en enfermería: 70 horas/año por persona usuaria • Terapeuta ocupacional: 17 horas/años por persona usuaria • Educador/a social: 17 horas/año por persona usuaria • Fisioterapeuta: 35 horas/año por persona usuaria • Trabajador/a social: 17 horas/año por persona usuaria • Psicólogo/a: 17 horas/año por persona usuaria • Médico: 10 horas/año por persona usuaria

Condiciones funcionales exigidas para la acreditación de centros

Principales características:

La entidad deberá acreditar que dispone de la capacidad estructural y funcional para atender a las personas mayores de los diferentes niveles de intensidad de atención establecidos en función de la dependencia física y/o psíquica que presenten.

Los **servicios mínimos obligatorios** para centros residenciales son:

- acogida y convivencia
- alojamiento
- lavandería y repaso de ropa
- manutención
- atención personal en las actividades de la vida diaria
- higiene personal
- readaptación funcional y social
- recuperación de hábitos de autonomía
- dinamización sociocultural, actividades de ocio
- mantenimiento de las funciones físicas y cognitivas
- apoyo personal, social y familiar
- fisioterapia (no de tratamiento sanitario por patología) y seguimiento - prevención de las actividades de la salud.

Los **servicios adicionales y opcionales** que puede disponer el centro son:

- logoterapia
- podología
- peluquería
- acompañamientos externos
- brazaletes identificativos
- reflexoterapia, etc.

La orden especifica cómo debe ser la organización de la atención a la persona beneficiaria de la ayuda.

Se establecen tres niveles asistenciales en función de las necesidades de atención de la persona mayor derivada de la dependencia física que presenta: **baja, moderada y alta intensidad de atención.**

El centro deberá disponer de protocolos establecidos en art 18 de decreto 176/200, de 15 de mayo y de los registros establecidos en el art. 18 del Decreto 284/1996, de 23 de julio.

Condiciones materiales y estructurales exigidas para la acreditación de centros

El establecimiento residencial ha de cumplir la normativa vigente en materia de edificación, instalaciones y seguridad.

Los accesos han de estar debidamente señalizados y adaptados a persona con movilidad reducida.

El establecimiento residencial debe disponer de espacios comunes de convivencia, actividades diversas y visitas, con una superficie no inferior a 2 m² por persona residente, que han de ser amplios, ventilados y preferentemente con luz.

4.8 Comunidad Autónoma Vasca

COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA		1998
Reglamentación	Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. En Comunidad Autónoma Vasca la competencia en materia de servicios sociales recae en las Diputaciones Forales. Solo la Diputación Foral de Guipúzcoa ha regulado condiciones exigibles para la concertación de servicios residenciales para personas mayores con dependencia y dispone de un catálogo de servicios residenciales para personas mayores de obligado cumplimiento para todas las residencias públicas y privadas.	
Objeto - Ámbito de aplicación	Entidades, servicios y centros, de titularidad pública o privada que actúen en el territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco y que ofrezcan prestaciones de servicios sociales.	

4.9 Comunidad Foral de Navarra

NAVARRA		1991
Reglamentación	Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de servicios sociales. Decreto Foral 34/2011 de 2 de mayo por el que se regula el Registro de servicios sociales y de autorizaciones específicas en esta materia.	
Objeto - Ámbito de aplicación	Garantizar el nivel de calidad que deben reunir los servicios y centros que se refiere el artículo 3 de la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de servicios sociales, así como el establecimiento de un régimen de infracciones y sanciones	

4.10 Comunidad Valenciana

COMUNIDAD VALENCIANA		2005
Reglamentación	Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros y servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social por la que se regulan los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana.	

Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Será de aplicación a las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que lleven a cabo su actividad en centros o servicios en la Comunidad Valenciana en el ámbito de la acción social.</p> <p>Asimismo será aplicable a las personas físicas o jurídicas que pretendan llevar a cabo la actividad instrumental de control y evaluación de calidad de los centros y servicios de acción social a que se refiere el párrafo anterior.</p> <p>Regular los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas a las personas dependientes y a sus familias, así como el régimen de compatibilidades e intensidades de los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana, establecidas en la Ley 39/2002, de 14 de diciembre.</p>
--------------------------------------	--

4.11 Extremadura

EXTREMADURA		1997
Reglamentación	<p>Decreto 1/1997, de 9 de enero, por el que se regula la acción concertada de la consejería de Bienestar Social en materia de reserva y ocupación de plazas en centros residenciales de personas mayores.</p> <p>Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Regular el procedimiento de autorización y de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de centros públicos y privados, así como de la aplicación de los conciertos y ocupación de plazas en centros privados ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Extremadura.</p>	
Procedimiento	<p>Los centros con los que se suscriban conciertos de reserva y ocupación de plazas deberán cumplir los requisitos mínimos establecidos para todos los tipos de centros de servicios sociales. La formalización de los conciertos se realizará previa tramitación del correspondiente expediente administrativo, iniciado de oficio o a instancia de parte, en el que deberán figurar los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de estatutos sociales. • Documento acreditativo de la representación de quien suscriba el concierto con la consejería. • Título de propiedad del local o documento que acredite derecho a uso y disfrute. Fotocopia Tarjeta identificación fiscal • Certificaciones acreditativas que la persona se encuentra al corriente de las obligaciones tributarias y de seguridad social. • Cualquier otro que, a juicio de la Consejería de Bienestar Social, se considere necesario para la correcta resolución del expediente. <p>Será requisito necesario para la formalización de los conciertos el informe de servicios técnicos de la Consejería de Bienestar Social, en el que se tendrán en cuenta, entre otros aspectos, las características del edificio, instalaciones y equipamiento, así como la relación entre la oferta y la demanda en la zona en la que se halle ubicado el centro y los servicios con los que cuenta. La vigencia de los conciertos se extiende hasta el 31 de diciembre del año en que se suscriban, pudiendo prorrogarse sucesivamente por años naturales.</p>	

Órgano responsable de acreditación	Son suscritos por el titular de la Consejería de Bienestar social, a propuesta del Director General de Atención Social.
Ratios personal exigidas	<p><u>Residencias de ancianos con autonomía:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auxiliar sanitario, o cuidador, por cada 20 plazas o fracción. • Un ATS. <p><u>Residencias mixtas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auxiliar sanitario, o cuidador, por cada 10 plazas o fracción. • Un ATS cada 25 ancianos asistidos. <p><u>Residencias de ancianos asistidas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un auxiliar sanitario, o cuidador, por cada 7 plazas o fracción. • Un ATS por cada 25 ancianos. • Un médico. • Se recomienda un fisioterapeuta.

Condiciones funcionales, materiales y estructurales exigidas para la acreditación de centros

Las condiciones son las que se establecen para el registro y autorización de centros y servicios. Entre otras:

Centros residenciales más de 30 plazas: dispondrán a parte de las habitaciones y aseo, como mínimo de las siguientes dependencias o áreas para su funcionamiento: área de recepción y espera, área de dirección y administración, área sanitaria y guardia, almacén general, vestuarios y aseos de personal, aseos generales, lavandería y planchado, comedor, cocina y despensa, sala de estar, cuartos de instalaciones y mortuorio.

Centros residenciales menores o iguales a 30 plazas: en los centros que tengan habitaciones para asistidos, las dependencias generales serán las mismas que las indicadas para centros de más de 30 plazas. En el resto de los centros, mínimo de dependencias serán: recepción, dirección, cocina, lavandería, comedor, sala de estar y cuartos de instalaciones, limpieza y basura.

Todas las habitaciones deben estar dotadas de un baño completo (lavabo, inodoro, bidé y ducha) dentro de las mismas.

Las habitaciones para residentes válidos serán individuales o dobles, las habitaciones para asistidos dispondrán de 1 a 4 plazas.

4.12 Galicia

GALICIA		2011
Reglamentación Autorización/Acreditación	<p>DECRETO 254/2011, de 23 de diciembre, por el que se regula el régimen de registro, autorización, acreditación e inspección de servicios sociales en Galicia.</p> <p>Orden de 18 de abril de 1996, por la que se desenvuelve el Decreto 243/1995, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a mayores (DOG núm. 88, de 6 de mayo).</p> <p>Orden 13/4/2007 de 13 de abril que modifica la orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el decreto 243/1995, de 28 de julio, relativo a regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores.</p> <p>Orden de 24 de octubre de 2008 por la que se modifican los importes máximos subvencionables en las distintas modalidades del Programa del cheque asistencial establecidos en la Orden 26 de marzo de 2004 y en la Orden de 23 de abril de 2007 y se modifican los porcentajes de participación de las personas beneficiarias en la financiación de los servicios incluidos en el programa establecidas en el artículo 10 de la Orden de 5 de diciembre de 2000.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>El presente decreto tiene por objeto la regulación del Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales, además del régimen de autorización, acreditación e inspección de servicios sociales en desarrollo del previsto en el título VIII de la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.</p> <p>Lo dispuesto en el presente decreto se aplicará a las entidades, públicas o privadas, que presten servicios sociales en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia.</p>	
Procedimiento de acreditación	<ol style="list-style-type: none"> 1. El procedimiento para la obtención de la acreditación de los servicios sociales se iniciará con la presentación por el/la titular o representante legal de la entidad de la que dependa el centro, la actividad o el programa de la correspondiente solicitud normalizada (anexo II) ante el órgano con atribuciones en materia de autorización e inspección de la consellería de la Xunta de Galicia con competencia en materia de servicios sociales, acompañada de la documentación necesaria para justificar el cumplimiento de los requisitos y/o estándares de calidad exigidos, según la normativa que resulte de aplicación al caso concreto. 2. Una vez examinada la documentación remitida con las solicitudes de acreditación, y en el caso de observarse su insuficiencia o inexactitud, se requerirá a la entidad que proceda a su enmienda en el plazo máximo de 10 días. 3. Corresponde al órgano competente en materia de autorización e inspección de servicios sociales de la consellería de la Xunta de Galicia competente en materia de servicios sociales verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones de calidad establecidas en la normativa específica del servicio. A estos efectos, podrá solicitar los datos que sean precisos y realizar las auditorías necesarias. 4. Estos procedimientos se resolverán por el órgano con competencias en materia de autorización e inspección de servicios sociales de la consellería de la Xunta de Galicia competente en materia de servicios sociales, en el plazo máximo de seis meses. No obstante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69.2 de la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia, una vez transcurrido este plazo sin que se dicte resolución administrativa, las solicitudes se entenderán denegadas por silencio administrativo. 	

<p>Procedimiento de acreditación (Cont.)</p>	<p>5. Las resoluciones dictadas en virtud del presente decreto no pondrán fin a la vía administrativa, y contra ellas cabrá la interposición de los recursos administrativos previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común o, en su caso, el mecanismo de impugnación previsto en el artículo 44 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa.</p> <p>6. En el caso de que se deniegue la concesión de la acreditación, deberán transcurrir seis meses antes de que la entidad pueda solicitarla de nuevo respecto al mismo servicio, centro o programa.</p> <p>La acreditación se otorgará por un período de cuatro años y será renovable por períodos iguales, excepto en el supuesto de cambio de titularidad del servicio en el que deberá presentarse nueva solicitud. Su vigencia estará condicionada al mantenimiento de los requisitos y estándares señalados para su obtención, sin perjuicio del deber de la entidad de informar sobre las autoevaluaciones periódicas que deba realizar.</p>
<p>Órgano responsable de acreditación</p>	<p>El órgano con competencias en materia de autorización e inspección de servicios sociales de la consejería de la Xunta de Galicia competente en materia de servicios sociales.</p>
<p>Ratios personal exigidas</p>	<p>El personal será el adecuado en número y especialización para prestar los servicios correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ratio mínima de personal de atención directa en régimen de jornada completa por usuario con dependencia leve o moderada: 0,20 • Ratio mínima de personal de atención directa en régimen de jornada completa por usuario con gran dependencia: 0,35 <p>Se garantizará la vigilancia y cuidado de la salud por personal cualificado para esta función. En centros con un número inferior a 40 plazas asistidas se deberá contar con la presencia localizada de médico y ATS o DUE durante las 24h. Aquellos con un número superior de plazas asistidas, además de la presencia localizada del médico, deberán contar con la presencia física del ATS o DUE las 24 horas.</p>

Condiciones funcionales, materiales y estructurales exigidas para la acreditación de centros

Las residencias deben contar con las siguientes áreas:

- Área de dirección-administración
- Área residencial
- Área de servicios generales
- Área de atención especializada

Se deberá contar con un mínimo de un servicio por cada 6 plazas.

Las residencias con más de 25 plazas deberán contar en todo caso con un baño geriátrico. Esta dotación se deberá incrementar en una unidad más por cada 40 plazas asistidas.

Todos los centros y programas de servicios sociales, de conformidad con la normativa que los regula, deben:

- a) Estar correctamente identificados y señalizados en el exterior de sus instalaciones, excepto que la naturaleza y finalidad del servicio lo desaconseje. Asimismo, debe señalizarse el interior de las instalaciones para facilitar el acceso, la orientación y la información sobre la localización de los servicios para todas las personas.

- b) Disponer de unas normas de funcionamiento, visadas por el órgano competente en materia de autorización e inspección de servicios sociales de la Xunta de Galicia, que garanticen el respeto a los derechos de las personas usuarias y establezcan las condiciones de prestación y desarrollo de los servicios.
- c) Contar con un registro de altas y bajas de personas usuarias y con un expediente individual de cada una de ellas, con la documentación mínima necesaria que determine la normativa específica que le resulte de aplicación. En todo caso, la entidad deberá garantizar la protección de los datos de carácter personal de conformidad con el establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, en todo lo que le sea de aplicación.
- d) Disponer de la póliza de seguros de daños necesaria para garantizar la reparación de los siniestros del edificio, así como de póliza de seguro de responsabilidad civil que garantice la cobertura de las indemnizaciones a las personas usuarias y/o a terceros por los daños y perjuicios causados como consecuencia de los siniestros del edificio y/o del desarrollo de los servicios.
- e) Exponer en un lugar visible al público la documentación que acredite las autorizaciones y licencias concedidas, las normas de funcionamiento previamente visadas por la Administración y el cartel informativo sobre la existencia de un libro de reclamaciones a disposición de las personas usuarias. Además, se expondrá la información básica referida a los servicios prestados, al horario y a los períodos de funcionamiento del servicio, así como, cuando la naturaleza del servicio no lo desaconseje, los precios o las tarifas exigibles por la prestación de los servicios, donde consten claramente las cuantías totales de las prestaciones básicas y de los servicios optativos o susceptibles de cobro a parte.
- f) Contar con la equipación mobiliaria, las ayudas técnicas, el material y el personal necesarios para el desarrollo adecuado de los servicios, según las características y necesidades de las personas destinatarias.
- g) Disponer de conexión telefónica con el exterior y de una dirección de correo electrónico.
- h) Contar con una persona que asuma la dirección o coordine el programa o servicio.

4.13 Islas Baleares

ISLAS BALEARES		2001
Reglamentación	Decreto 123/2001, de 19 de octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas mayores, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de las Illes Balears (BOIB núm. 130, de 30 de octubre de 2001). Decreto 10/2007, de 16 de febrero, de modificación y actualización del Decreto 123/2001, de 19 de octubre de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas mayores, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de las Illes Balears.	
Objeto - Ámbito de aplicación	Definir y regular las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas mayores, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.	

4.14 Islas Canarias

CANARIAS		2000
Reglamentación Autorización	Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno (B.O.C. 62, de 19.5.2000)	
Objeto - Ámbito de aplicación	Regular la ordenación, la autorización, el registro, la inspección y el régimen de infracciones de centros para personas mayores de las entidades y centros de atención social o sociosanitaria de Canarias.	

4.15 La Rioja

LA RIOJA		1993
Reglamentación	Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de Centros, Servicios y Entidades destinados a la prestación de Servicios Sociales. Ley 7/1998, de 6 de mayo, del Voluntariado. Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos de los centros residenciales de personas mayores en La Rioja.	
Objeto - Ámbito de aplicación	Regular el registro, la autorización y la acreditación de Centros, Servicios y Entidades destinadas a la prestación de Servicios Sociales. El presente Decreto y las disposiciones que se dicten en su desarrollo serán de aplicación a los Centros, Servicios y Entidades de Servicios Sociales, públicos o privados, que se encuentren ubicados o que actúen en el territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja, así como a las actividades complementarias de los mismo que se desarrollen en el expresado ámbito territorial.	
Procedimiento de acreditación	La acreditación es el acto por el cual el Gobierno de La Rioja reconoce mediante resolución motivada que un Centro o Servicio autorizado en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de La Rioja es idóneo en función de la planificación de los Servicios Sociales para desempeñar sus funciones y formar parte de la red pública. Todo ello atendiendo a los siguientes aspectos que serán desarrollados en normativa que ha de dictar la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de ingresos y condiciones para su utilización 2. Garantía suficiente de la participación democrática de las personas usuarias en la gestión del Centro 3. Sistema de contabilidad adecuada a la legislación y suficiente para el seguimiento y control de la gestión. 4. Articulación de los cauces de la información a la Comunidad Autónoma de La Rioja con objeto de conseguir la máxima coordinación. 	

<p>Procedimiento de acreditación (Cont.)</p>	<p>5. Su encuadramiento dentro de la planificación general del sistema de Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja.</p> <p>6. La cualificación profesional del personal que preste sus servicios en los mismos.</p> <p>7. Los aspectos señalados en la autorización.</p> <p>La acreditación podrá ser solicitada por el titular o representante legal del Centro o Servicio a partir del momento en el que se haya obtenido la autorización o inscripción en el Registro.</p> <p>La dirección General de Bienestar Social podrá realizar, en cualquier momento, las visitas necesarias para comprobar que reúnen los requisitos que se desarrollen en la normativa dictada por la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Del mismo modo podrá requerir al Centro o Servicio solicitante la presentación de cuantos documentos estime necesarios, con el fin de poner de manifiesto el cumplimiento de la normativa. Podrá igualmente solicitar los informes necesarios a las Entidades, órganos o departamentos que estime convenientes.</p> <p>La acreditación se otorgará por un período máximo de cuatro años y estará condicionada al cumplimiento de las condiciones requeridas para su obtención, de tal modo que si durante su vigencia se verifica su incumplimiento, la acreditación podrá ser suspendida o cancelada mediante el oportuno expediente administrativo.</p> <p>La solicitud de renovación de la acreditación deberá presentarse con tres meses de antelación respecto a la fecha de terminación de su vigencia, siguiendo los mismos trámites que para la solicitud inicial.</p> <p>La acreditación otorgada y sus renovaciones se inscribirán de oficio en el Registro en nota marginal.</p> <p>La acreditación llevará consigo, además de las obligaciones de carácter general, el cumplimiento de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Comunicar anualmente las altas y bajas de los beneficiarios, indicando las causas que las motivan Comunicar las variaciones en las plantillas de personal, en sus aspectos cuantitativos o cualitativos, en el momento en que se produzcan. Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del Centro para cada año en curso, dentro de los quince días siguientes a su aprobación.
<p>Órgano responsable de acreditación</p>	<p>La solicitud de acreditación se deberá presentar ante la Dirección General de Bienestar Social que elevará al Consejero de Salud, Consumo y Bienestar Social, el expediente de solicitud junto con el informe detallado acerca de la idoneidad del Centro o Servicio.</p>
<p>Ratios personal exigidas</p>	<p>Centros de Categoría 1 (menor de 40 plazas)</p> <ul style="list-style-type: none"> Un Director/a responsable del Centro. Un A.T.S. o D.U.E. a jornada completa. Cuatro trabajadores por cada 20 plazas como Auxiliares de Clínica o personal de oficinas. El aspecto social se llevará a través de la U.T.S. del Ayuntamiento, aunque se podrá disponer de profesionales propios. El seguimiento médico se realizará a través de los profesionales del Centro de Salud, aunque se podrá disponer de profesionales propios. <p>Centros de Categoría 2 (superior a 40 plazas)</p> <ul style="list-style-type: none"> Un Director/a gerente responsable del centro en jornada completa y con titulación superior. Asistencia médica según el siguiente cuadro:

Ratios personal exigidas*(Cont.)*

- Nivel 1 (40-75 plazas): Se podrá realizar a través de los profesionales del Centro de Salud o de profesionales propios.
 - Nivel 2 (75-150 plazas): Dispondrá de 20 horas/semana como mínimo de titulado médico repartidas en toda la semana.
 - Nivel 3 (150-200): Dispondrá de 40 horas/semana mínimo de titulado médico repartidas en toda la semana.
 - Nivel 4 (superior a 200 plazas): Dispondrá de 80 horas/semana mínimo de titulado médico repartidas en toda la semana.
 - Asistencia sanitaria según el siguiente cuadro:
 - Dispondrá de A.T.S. o D.U.E. en la siguiente proporción:
 - ◆ Nivel 1: 60 horas/semana.
 - ◆ Nivel 2: 80 horas/semana.
 - ◆ Nivel 3: 100 horas/semana.
 - ◆ Nivel 4: 160 horas/semana.
 - Dispondrá de Auxiliares en la siguiente proporción:
 - ◆ Nivel 1: 280 horas/semana.
 - ◆ Nivel 2: 480 horas/semana.
 - ◆ Nivel 3: 800 horas/semana.
 - ◆ Nivel 4: 800 horas/semana + 40 horas/semana por cada 10 residentes o fracción que supere los 200 residentes.
- Estas ratios de personal auxiliar podrán ser computadas incluyendo las horas que se realicen por voluntariado titulado o los horarios extraordinarios que se establecerán y quedarán recogidos, justificados y documentados suficientemente.
- Diplomado en Trabajo Social o Asistente Social según el siguiente cuadro:
 - Nivel 1. Se podrá realizar a través de la U.T.S. del Ayuntamiento o profesionales del propio centro con titulación de Diplomado en Trabajo Social o Asistente Social.
 - Nivel 2. Se realizará por al menos un profesional del propio centro en media jornada con titulación de Trabajador o Asistente Social.
 - Nivel 3 y 4. Se realizará por al menos un profesional del propio centro a jornada completa con titulación de Trabajador o Asistente Social.
 - Fisioterapeuta:
 - Nivel 1: 10 horas/semana.
 - Nivel 2: 20 horas/semana.
 - Nivel 3 y 4: 40 horas/semana.
 - Terapeuta ocupacional:
 - Nivel 1: 10 horas/semana.
 - Nivel 2: 20 horas/semana.
 - Nivel 3 y 4: 40 horas/semana.

Condiciones materiales, funcionales y estructurales exigidas para la acreditación de centros

No se distinguen para la acreditación.

4.16 Madrid

MADRID		1990
Reglamentación	<p>Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.</p> <p>Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de servicios y centros de acción social y servicios sociales (BOCM núm. 272, de 15 de noviembre de 1990).</p> <p>Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (BOCM núm. 304, de 23 de diciembre de 2002)</p> <p>Decreto 226/2003, de 6 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Registro de Directores de Centros de Servicios Sociales de Iniciativa Privada de la Comunidad de Madrid.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Simplificar el régimen de autorizaciones de los distintos Servicios y Centros que actúan en el campo de la acción social y los Servicios Sociales, coordinándolos no sólo con las competencias que los Ayuntamientos tienen en esta materia, sino también con el procedimiento de inscripción de aquellos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales, creado mediante el Decreto 6/1990, de 26 de enero.</p> <p>El presente Decreto y las disposiciones que se dicten en su desarrollo serán de aplicación a las Entidades, Servicios Centros de Acción Social y Servicios Sociales, públicos o privados, que se encuentren ubicados o que actúen en el territorio de la Comunidad de Madrid, así como a las actividades complementarias de los mismos que se desarrollen en dicho ámbito territorial.</p>	

4.17 Murcia

MURCIA		2005
Reglamentación	<p>Decreto 54/2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento de registro de entidades, centros y servicios sociales de la Región de Murcia y de la inspección. Corrección de errores al decreto 54/2001, de 15 de junio.</p> <p>Decreto 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada.</p>	
Objeto - Ámbito de aplicación	<p>Entidades, centros y servicios sociales de la Región de Murcia que reúnan las condiciones y requisitos necesarios para poder garantizar a sus destinatarios la calidad de las prestaciones y una asistencia adecuada.</p>	

5 Propuestas para la implantación del modelo de acreditación

El modelo de acreditación que presentamos ha sido elaborado y concebido con la voluntad de resultar un modelo posible y aplicable en España. Nos consta la voluntad de todos los agentes que actúan en el sistema de atención de las personas mayores en situación de dependencia, de avanzar en la mejora del sistema desde el más estricto respeto a las competencias y responsabilidades de cada uno.

Así, especialmente en el caso de la Administración, las CCAA que ejercen sus competencias exclusivas en esta materia y el Consejo Territorial del SAAD lo han manifestado repetidamente.

En este contexto, nos parece oportuno sugerir la idoneidad de plantear unas bases comunes que, en el marco del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establezca los trazos básicos de lo que debería ser el sistema de acreditación, considerando las premisas imprescindibles que lo conforman. De modo que, en este marco, cada CCAA en base a la situación actual en la que se encuentra en esta materia (que hemos descrito en el capítulo anterior) y en el ejercicio legítimo de sus competencias, pueda desarrollar su propio modelo a partir de estos trazos comunes y su propio plan para poner en marcha el sistema.

Apuntamos a continuación ambos aspectos: las bases del modelo y los pasos necesarios para su implantación.

5.1 Bases para la creación del modelo de acreditación

• Diferenciar acreditación y autorización

La acreditación es el resultado del cumplimiento por parte de las empresas y entidades de criterios específicos de la Administración competente para acceder a la gestión de las plazas consideradas como públicas y debe diferenciarse necesariamente del proceso de autorización, necesario para iniciar la actividad de un centro o servicio. Un sistema de acreditación debe avanzar en exigencias enfocadas a garantizar y asegurar la excelencia en los resultados de la atención a las personas usuarias y ser condición necesaria para acceder

a la concertación de plazas de residencia o centro de día públicas o acoger a las personas beneficiarias de la prestación económica vinculada al servicio (prestación incluida en la LAPAD).

• Apostar por un modelo de acreditación basado en resultados

Evolucionar de la mera inspección de centros, muy centrada hoy en la comprobación del cumplimiento de procesos, ratios de personal y superficies mínimas a la comprobación de resultados de la atención en las personas usuarias, basados en el modelo de atención definido por el centro. Un modelo de acreditación que, además de exigir requisitos mínimos funcionales, materiales y estructurales en función del grado de dependencia de las personas, valore, a través de indicadores, los resultados que consigue la atención.

• Compartir un modelo básico de centro/atención

La atención a la dependencia en el marco del SAAD no dispone de un modelo común de centro/atención a las personas mayores en situación de dependencia. Un modelo básico que defina y concrete el perfil de usuarios que atiende, la cartera básica y opcional, el plan de atención individual para cada perfil y los recursos humanos especializados necesarios, todo ello adaptado al perfil de dependencia de la persona usuaria. La adopción del modelo de centro/atención debe facilitar la especialización de los centros/servicios en la atención a las personas con iguales necesidades (según grado de dependencia).

• Dotarse de herramientas que hagan posible el modelo

Para hacer efectiva la definición e implantación progresiva del modelo se hace imprescindible activar las herramientas necesarias que lo faciliten, a modo de ejemplo: definir un sistema propio de evaluación orientada a resultados, formar a las personas evaluadoras, definir la compatibilidad de la norma de acreditación con otras normas de certificación de calidad vigentes (ISO, EFQM, etc.) o establecer un acuerdo marco con la ENAC, la Entidad Nacional de Acreditación, para la autorización de empresas evaluadoras.

5.2 Pasos para la implantación

Definido el modelo de acreditación de centro/servicio, cada Comunidad Autónoma debería adaptarlo a su particular situación y voluntad y prever las necesidades operativas para la implantación del modelo.

El proceso de implantación general del modelo de acreditación requiere:

1. Definir el modelo de centro/ servicio para la atención a las personas mayores en situación de dependencia partiendo de la base que las personas con diferente grado de dependencia tienen necesidades y/o intensidades de atención diferentes y previendo para tal fin una plantilla de profesionales adaptada y con experiencia. Ello implica concretar:
 - a. Los objetivos y principios del centro / servicio.
 - b. Los perfiles de personas usuarias que el centro atenderá y las necesidades de atención que éstas presentan. En su caso, definir los perfiles según grado de dependencia (I, II o III).
 - c. La cartera de servicios del centro/servicio acorde a las necesidades concretas de las personas usuarias y sus familias.
 - d. La metodología de intervención.
 - e. Los perfiles profesionales necesarios para atender a las personas usuarias en base a la cartera de servicios definida.
 - f. La estructura del centro, atendiendo a la necesidad de disponer de espacios separados (día/noche) según necesidad de atención de las personas/grado de dependencia y especialmente su capacidad cognitiva.
2. Definir el modelo de acreditación que promueva la mejora continua y se oriente a medir los resultados que consigue la prestación del servicio en la calidad de vida de las personas usuarias. Ello implica concretar:
 - a. Los objetivos y el ámbito de aplicación de la acreditación.
 - b. Las condiciones materiales, funcionales y estructurales exigibles.
 - c. La documentación por la que se deberá demostrar la solvencia o la capacidad de la entidad para prestar el servicio.
 - d. Los ámbitos de valoración en los que se basará la medición del resultado.
 - e. El contenido a cumplir y valorar en cada ámbito de valoración: exigencias mínimas y, en su caso, los indicadores de medida y estándares de cumplimiento (valor que debe alcanzar el indicador).
3. Activar las herramientas necesarias que permitan la puesta en marcha del modelo:
 - a. Redactar y aprobar, en colaboración con los agentes del sector, la normativa necesaria que regule el proceso y las condiciones necesarias para obtener la acreditación.
 - b. Elaborar y realizar la difusión del registro de entidades externas evaluadoras, debidamente autorizadas por la ENAC, que garanticen homogeneidad y transparencia.
 - c. Elaborar el manual del evaluador que contenga la descripción de los aspectos a valorar, la información a recoger y los criterios de valoración a aplicar.
 - d. Formar a las personas (de la propia Administración y las que realizarán el proceso de evaluación del centro/servicio) en los objetivos, contenidos y evaluación del modelo de acreditación.
 - e. Publicar las convocatorias necesarias para que los centros/servicios puedan cumplir con las exigencias de formación del personal, en especial los/as gerocultores/as (según la Resolución del 2008 del Consejo Territorial el 100% de estos profesionales deberán acreditar la titulación necesaria en 2015).
4. Sistematizar el proceso administrativo que corresponde a la solicitud de la acreditación, informando a través de sus páginas Web, y de los medios que considere oportunos, sobre el proceso completo de acreditación:
 - a. La documentación necesaria para solicitar la acreditación.
 - b. Los plazos de envío de documentación y en su caso de subsanación de incumplimientos.
 - c. El plazo máximo de resolución de la evaluación.
 - d. El manual de acreditación que incluya las condiciones de obligado cumplimiento.
 - e. Información de contacto.
5. Dar a conocer periódicamente los resultados de la implantación de la acreditación, haciendo difusión de los centros/servicios que han conseguido el certificado de centro/servicio acreditado por la Administración.

Finalmente, la implantación de este modelo precisará

de la definición de las fases que van a seguirse y del tiempo necesario para hacerlo efectivo.

Una **primera fase** en la que los operadores deberían garantizar el cumplimiento de las exigencias del modelo e iniciar el registro del valor que alcanzan los indicadores. Una **segunda fase**, que se estima pueda hacerse efectiva a medio plazo, en la que se cumplan, además, estándares de referencia de los valores de los indicadores.

En este proceso de implantación las ratios de personal deberían tener una tendencia progresiva a disminuir su peso en la valoración, apostando claramente por indicadores de resultado y satisfacción en la atención a los usuarios.

Será oportuno fijar los estímulos y las acciones a adoptar para que los centros se acojan al modelo, definiendo también la situación de aquellos centros/servicios que queden fuera del Sistema.

En definitiva: un plan concreto de implantación.

5.3 Pasos para la implantación en cada CCAA

La definición en algunas CCAA, o la completa implantación en otras, de un modelo de acreditación, está sujeta, como hemos comentado con anterioridad, a la situación de partida de cada una ellas.

En base a la revisión de la normativa vigente en cada una de las CCAA se observa que, de manera global, con alguna excepción, todas deben avanzar en la definición

y puesta en marcha de un modelo de acreditación con un claro enfoque a resultados.

Prácticamente todas ellas, salvo alguna excepción, tienen pendiente desarrollar normativa que recoja como mínimo los criterios exigibles en la Resolución del 2008 del Consejo Territorial del SAAD y que sea exclusiva para la acreditación de centros, diferenciando así el proceso de autorización e inspección del proceso de acreditación. Nos consta que algunas ya están trabajando en desarrollar un nuevo modelo de acreditación.

Las CCAA con normativa específica de acreditación recogen en gran medida las características que definen y caracterizan el modelo propuesto por la Fundación. Deberían, en todo caso, concretar algunas condiciones funcionales, materiales o estructurales, en especial aquellas que hacen referencia a la diferenciación en el modelo de atención de las personas usuarias según sea su grado de dependencia: disponer de espacios diferenciados o exigir una ratio de personal de atención directa ajustada a la necesidad de atención de cada perfil de dependencia.

Si bien el modelo de la Fundación incluye los perfiles profesionales necesarios para atender a las personas autónomas/dependencia leve y a las personas en situación de dependencia severa y gran dependencia, la dedicación de los profesionales se debería poder establecer en función de los perfiles atendidos, manteniendo la ratio global de atención directa propuesta. En este sentido, algunas CCAA ya aplican una cierta flexibilidad en la dedicación de los profesionales, a condición de que se garantice la calidad asistencial.

6 Recomendaciones de la Fundación Edad&Vida

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia establece que los centros residenciales deben prestar servicios orientados de acuerdo al tipo de dependencia, grado o intensidad de cuidados que requiera el usuario. Asimismo, la resolución de 2 de diciembre de 2008, por la que se publicó el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema, indica que, en cumplimiento de lo establecido por la propia Ley, la acreditación de centros, servicios y entidades privadas concertadas es requisito para que puedan formar parte de la red de centros y servicios del Sistema.

1. Partiendo del marco legal vigente y habiendo analizado distintos modelos internacionales contrastados, la Fundación Edad&Vida propone **un modelo de acreditación** de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia, **orientado a resultados y por grados de dependencia que garantice la excelencia y la mejora continua en la calidad de la atención.**
2. La Fundación Edad&Vida entiende que para preservar el derecho de las personas en situación de dependencia a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios previstos en la Ley de Dependencia, y a disfrutar de niveles de calidad equiparables, resulta necesario establecer un **modelo de acreditación básico común para el conjunto del Estado**, de aplicación tanto en entidades privadas como públicas, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.
3. La implantación en las diferentes Comunidades Autónomas de un modelo de acreditación orientado a resultados no puede obviar la actual legislación, así como el grado de desarrollo de los modelos de acreditación vigentes y la madurez del sector, por lo que en una primera fase no propone estándares mínimos, aunque intenta **eliminar subjetividad incorporando inicialmente en el modelo requisitos de carácter funcional, material, estructural y de recursos humanos, en concreto ratios de personal desglosadas por grados de dependencia, que deberían tener una tendencia progresiva a disminuir su peso en la valoración, apostando claramente por indicadores de resultado y satisfacción en la atención a los usuarios.**
4. La Fundación Edad&Vida es consciente de la realidad y el contexto actual en las diferentes Comunidades Autónomas y en los propios proveedores de servicio por lo que propone la **implantación del modelo en dos fases**: una **primera fase** a corto plazo en la que debería **acreditarse el cumplimiento de algunas exigencias del modelo e iniciarse el registro del valor de los indicadores de resultado sugeridos**, y una **segunda fase**, a medio plazo, en la que debería **acreditarse el total cumplimiento de las exigencias del modelo**, incluidas las que hacen referencia a **estándares cuantitativos de resultado de la atención.**
5. Como **paso previo** a la implantación del modelo de acreditación, la Fundación Edad&Vida considera imprescindible, la **definición precisa, por parte de las Administraciones, de la tipología de centros residenciales y centros de día susceptibles de ser acreditados.**

6. Asimismo, las Administraciones deberían activar las herramientas necesarias que permitan la puesta en marcha del modelo, desarrollando conjuntamente con los agentes del sector, la **normativa necesaria que regule el proceso y las condiciones necesarias para obtener la acreditación**.
7. Para que el proceso de acreditación sea homogéneo y transparente, resulta básico que la **evaluación sea realizada por entidades externas**, autorizadas por la Administración y elegidas libremente por los proveedores de servicios, y que se proporcione una **buena formación en los objetivos, contenidos y evaluación del modelo** a todas las personas implicadas en el proceso de acreditación.
8. La **comunicación pública de los resultados de la acreditación**, con la difusión de aquellos centros que hayan obtenido el certificado de centro acreditado por la Administración, dotará de **más transparencia** al proceso, que sin duda redundará en una **mejora de la calidad del servicio ofrecido**.
9. Asimismo, la Fundación Edad&Vida, conocedora de la situación existente en cada Comunidad Autónoma, aconseja establecer un **plan de implantación del modelo de acreditación** que propone, **específico** para cada una de ellas, que tenga en cuenta la situación de partida, tanto a nivel de normativa como a nivel de los proveedores. Sin duda, el desarrollo del sistema de acreditación conllevará la reordenación del sector, por lo que desde Edad&Vida se recomienda establecer **un periodo de transición, con un calendario viable** y los **estímulos** necesarios para que los diferentes proveedores que lo deseen puedan entrar a formar parte de la red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia previstos en la Ley.

7 Anexo I: *Benchmark* de modelos de acreditación

7.1 Introducción

La construcción de un modelo de acreditación de centros residenciales y diurnos en España por parte de la Fundación Edad&Vida parte de un análisis comparado de diversos modelos de acreditación vigentes de carácter internacional, con criterios y evolución diferentes y del modelo de acreditación de centros sociosanitarios de Cataluña, primer modelo que se implantó y que está ampliamente desarrollado para diferentes tipos de servicios.

Inglaterra, Suecia y Francia, son los modelos internacionales seleccionados, cada uno de ellos por enmarcarse en sistemas sociales diferentes, con diferente grado de evolución y madurez.

Se considera también el modelo de acreditación de centros sociosanitarios vigente en Cataluña, como modelo de proximidad de un sector, el sanitario, que ya ha trabajado y acumula importante experiencia en materia de acreditación.

Para cada modelo analizado se presenta un primer apartado general de conclusiones del modelo que pretende recoger las características principales y diferenciadoras.

El detalle de la información de cada modelo se recoge en un segundo apartado en forma de ficha descriptiva. En cada ficha se detalla la información referente a cuatro ámbitos:

- El marco legal en que se sustenta el modelo de acreditación.
- El modelo de servicios de atención residencial que está vigente en el país.
- El modelo de acreditación, en el que se desarrolla de forma exhaustiva las características específicas del modelo.
- El análisis y evolución de resultados del modelo de acreditación.

7.2 El modelo de acreditación en Inglaterra

7.2.1 Conclusiones del análisis

En el año 2010 Inglaterra puso en marcha un nuevo modelo de acreditación de centros sanitarios y sociales según recogía la ley de sanidad y servicios sociales del 2008 (*The health and social care act 2008*) que entró en funcionamiento el 1 de abril de 2009.

El modelo de acreditación se define con unos objetivos muy claros:

- Impulsar la mejora de la salud y la atención social.
- Asegurar la seguridad de las personas usuarias y mejorar la calidad de la atención que reciben.
- Promocionar los derechos de las personas usuarias en todos los sectores de la atención: dignidad, igualdad, respeto y autonomía.
- Proteger las personas usuarias ante situaciones en las que se dan malas prácticas o irregularidades por parte de organizaciones o proveedores de servicios.

Este modelo se caracteriza por centrarse en **resultados** (en lugar de centrarse en sistemas o procesos) y en las opiniones / experiencias de las personas usuarias, familiares y entorno. No se definen estándares mínimos a cumplir, los resultados se demuestran a través de **evidencias** que muestran que los proveedores gestionan los servicios y obtienen buenos resultados, lo que significa que el cuidado de las personas usuarias se está haciendo de forma eficaz y de manera segura. Los inspectores de calidad valoran (miden el impacto) en una escala "baja-media-alta" cada indicador.

La Comisión para la Calidad Asistencial (CQC) es el organismo público regulador independiente que inspecciona si se cumplen los estándares de calidad y seguridad.

Existen un total de **28 indicadores** de resultados de los que tan solo 16 son considerados como normas esenciales sobre las que la CQC se encarga de regular y supervisar su correcta aplicación en los diferentes servicios.

El modelo no exige ratio de personal.

Cada uno de los indicadores contiene una batería de aspectos (entre 4 y 14) a controlar.

El total de 28 indicadores³ se agrupan bajo seis áreas claves:

- **Participación y formación:** regula todo aquello que los proveedores de servicios deben realizar para que las personas usuarias expresen sus deseos, opiniones, tomen decisiones por sí mismos y dispongan de toda la información entorno a aquellos aspectos que le atañen.
- **Atención personalizada, tratamiento y apoyo:** regula lo que los proveedores deben llevar a cabo para que las personas usuarias reciban una atención efectiva, segura, adecuada, que la atención que dispense el centro sea personalizada y adaptada a sus necesidades de apoyo a nivel individual.
- **Seguridad:** el proveedor debe asegurar que tanto las personas usuarias, como el personal que trabaja en el centro y los familiares/entorno próximo a la persona, se sientan seguros y minimizar los posibles riesgos existentes en los servicios que presta y en las instalaciones.
- **Adecuación de la dotación de personal:** este grupo de indicadores tiene como finalidad examinar si los proveedores de servicios dispone de personal adecuado, en capacidades, calificaciones, experiencia y conocimiento con objeto de realizar una atención de calidad y adecuada a las necesidades de las personas usuarias del centro. En ningún caso establece ratios.
- **Calidad y gestión:** En este área los indicadores pretenden establecer los resultados necesarios para la correcta gestión del riesgo para garantizar que las normas de calidad que se han establecido en el centro se mantienen, así como conocer qué tipo de información deben reportar los centros a la CQC.
- **Adecuación de la gestión:** se analizan todos aquellos mecanismos que los proveedores deben llevar a cabo para demostrar que son adecuados para gestionar los servicios /centros manteniendo al mismo tiempo la calidad en la atención a las personas usuarias.

Los resultados que se establecen en las normas esenciales de calidad y seguridad son los mismos para todo tipo de proveedor pero en la evaluación se tienen en cuenta diferentes aspectos como:

- El tamaño del servicio
- El alcance, las necesidades y el número de personas usuarias que acceden al servicio
- La complejidad del servicio
- El tipo de gestión de personal que se lleva a cabo
- La forma en que el proveedor recoge y controla la información sobre la calidad y la seguridad del servicio que dispensa

El modelo mantiene un control constante para supervisar el correcto funcionamiento de los servicios que facilitan los diferentes proveedores y constatar que se ajustan a las normas reguladoras. Se refuerza por tanto la supervisión por parte de los órganos que conforman la CQC.

Al ser un modelo que evalúa resultados pero no propone estándares mínimos, el papel del inspector resulta clave y no deja de ser un modelo con alto grado de subjetividad. Para contrarrestar este hecho, los inspectores disponen de diferentes guías que lo orientan en el proceso de evaluación con el objetivo de minimizar el sesgo.

La CQC hace públicos a través de su página Web www.cqc.org.uk los resultados de las inspecciones que realiza a los centros.

³ El detalle de los 28 indicadores se recoge en la ficha descriptiva (apartado 7.2.2)

7.2.2 Análisis descriptivo

PAÍS: Inglaterra

1. Marco Legal

Reglamentación legal sobre acreditación	<ul style="list-style-type: none"> - <i>The Health and Social Care Act 2008</i>- Sección 23 - <i>The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010</i> - <i>Essential Standards for Quality and Safety</i>
Organización del sistema y competencias	<p>El órgano que regula los servicios de salud y atención social para adultos en Inglaterra es <i>The Care Quality Commission CQC</i>.</p> <p><i>The Care Quality Commission</i> es un órgano independiente que tiene como finalidad proteger la seguridad de las personas que utilizan los servicios de salud y atención social y trabajar para la mejora constante de la calidad de la atención.</p> <p>Las competencias de <i>The Care Quality Commission</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar acciones para el registro de los servicios y centros para la atención social y de la salud de las personas adultas. - Supervisar que se cumplen de manera adecuada los estándares de calidad y seguridad requeridos por la ley. - Tomar las medidas oportunas en los casos que los proveedores de servicios no cumplan los requerimientos de la reglamentación o que operan sin estar registrados.

2. Modelo de servicios actual

Descripción	<i>Care Home Without Nursing</i>	<i>Care Home With Nursing</i>
	<p>Centro de alojamiento temporal o permanente para personas mayores de 65 años que proporciona condiciones de vida ajustadas a las necesidades de las personas usuarias que no requieren cuidados de enfermería y ofrecen servicios de cuidados personales y de alojamiento.</p> <p>De manera ocasional el centro puede requerir la presencia de personal de enfermería si alguna/a de las persona/s del centro así lo requiere.</p>	<p>Centros de alojamiento temporal o permanente que proporcionan mayor nivel de intensidad de cuidados a personas mayores de 65 años en situación de alta dependencia física y/o cognitivas, que provee servicios de atención de enfermería las 24 horas del día, atención en las actividades básicas de la vida diaria, cuidados de tipo psicosocial, fisioterapia y terapia ocupacional.</p>
Objetivos del Servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar un entorno que sustituya el domicilio de la persona usuaria, adecuado y adaptado a sus necesidades de asistencia. - Favorecer el mantenimiento y/o la recuperación de máximo grado de autonomía personal y social. 	

Cartera de servicios de carácter básico	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de alojamiento (individual o compartido dependiendo de las preferencias del usuario). - Servicio de alimentación (capacidad de elección de menú, cuántas veces y cuándo). - Higiene personal. - Lavandería y repaso de ropa. - Entretenimiento, pasatiempos, actividades sociales y culturales. - Servicio de apoyo a las actividades de vida diaria. - Relaciones sociales y personales. - Apoyo religioso. - Acceso al teléfono y correo. - Atención legal y financiera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de alojamiento (individual o compartido dependiendo de preferencias usuario). - Servicio de alimentación (capacidad de elección de menú, cuántas veces y cuándo). - Higiene personal. - Lavandería y repaso de ropa. - Entretenimiento, pasatiempos, actividades sociales y culturales - Servicio de apoyo a las actividades de vida diaria. - Relaciones sociales y personales. - Apoyo religioso. - Acceso al teléfono y correo. - Atención legal y financiera. - Servicio de enfermería 24 horas.
Cartera de servicios de carácter opcional	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados intermedios. - Equipo y terapias de rehabilitación. - Atención de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo y terapias de rehabilitación.
Perfiles personas usuarias	<p>Personas mayores de 65 años en situación de dependencia que no les permite atender su hogar ni auto-cuidarse pero que no requieren de atención de enfermería.</p>	<p>Personas mayores de 65 años en situación de dependencia física y/o cognitiva con gran necesidad de cuidados médicos. El perfil más común de las personas usuarias de estos alojamientos son personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad física y mental, principalmente con demencia.</p>
Condiciones funcionales exigidas	<ul style="list-style-type: none"> - Los centros deben estar adaptados funcionalmente a las condiciones de las personas usuarias y deben garantizar los derechos que legalmente estén reconocidos. - Los proveedores de servicios deben satisfacer las necesidades de la persona usuaria, respetar su dignidad, comodidad, seguridad y promover su autonomía. - La persona usuaria debe recibir por parte de los proveedores de servicios una atención, tratamiento o asistencia mediante procedimientos de actuación claros, supervisados y revisados periódicamente. - El centro debe proporcionar una atención personalizada. 	
Condiciones materiales exigidas	<p>Las instalaciones en donde se desarrolle la actividad reguladora deben disponer de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser adecuadas de acuerdo a la actividad para la que esté regulada. - Cumplir con los requisitos de la "Health and Safety at Work Act 1974" y los reglamentos asociados y la "Regulatory Reform (Fire Safety) Order 2005" y otras leyes pertinentes. - Disponer de calefacción, iluminación y ventilación que se ajustan a las normas pertinentes y reconocidas. - Disponer de bombonas de gases médicos, correctamente instaladas y en perfecto estado de mantenimiento. - Ser accesibles para las personas que necesitan entrar en el recinto y cumplir con los requisitos de acuerdo con la "Disability Discrimination Act 1995". - Disponer de procedimientos planificados de evacuación por incendio. 	

Condiciones materiales exigidas

(Cont.)

- Disponer de todas las medidas de seguridad necesarias, y ante cualquier modificación de las instalaciones debe realizarse una nueva reevaluación.
- Llevar a cabo de forma segura y de acuerdo a la normativa vigente, la clasificación, segregación, almacenamiento, manipulación, transporte, tratamiento y eliminación de residuos.
- Existir pautas de seguridad para proteger a las personas usuarias de servicios.

Los espacios en donde se desarrolle la actividad reguladora deben contar con los siguientes requisitos:

- Diseñados y adaptados para que las personas usuarias puedan moverse y dispongan de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, cumpliendo con los requisitos que marca la *"Disability Discrimination Act 1995"*.
- Diseñados y orientados de acuerdo al perfil de personas usuarias del centro.
- Existen sistemas que aseguren que la decoración del edificio se mantiene actualizada y en correcto estado.
- Disponen de instalaciones de almacenamiento seguro, incluyendo el almacenamiento de las pertenencias privadas de las personas que utilizan servicios.
- Existen suficientes lavabos, y donde sea necesario baños y duchas, próximos a las zonas individuales, teniendo en cuenta las diversas necesidades de las personas usuarias del centro, manteniendo su privacidad, dignidad e independencia.
- Cuentan con sistemas de alarma de llamada que permiten que las personas usuarias puedan obtener ayuda o puedan ser utilizados en caso de situación de emergencia.
- Disponen de salas para el uso privado de las personas usuarias.
- Disponen de espacios suficientes y de superficie que permita la realización de actividades sociales, terapéuticas, culturales, educativas y lúdicas de todas las personas usuarias.
- Disponen de espacio para un familiar, cuidador o amigo que pueda estar con la persona usuaria en los últimos momentos de la vida de la persona usuaria.
- Disponen de habitaciones para las personas usuarias, con las siguientes características:
 - Son individuales excepto cuando dos personas acepten y hagan una petición para compartir habitación.
 - Son compatibles con las necesidades de atención de las personas usuarias del centro.
 - Pueden personalizar y pueden tomar decisiones entorno a la decoración, los muebles, la temperatura, etc.
 - Para centros de nueva creación, la superficie mínima será de 12 m².
 - Para residencias ya existentes, la superficie no puede ser inferior de lo que eran a fecha 31 de marzo de 2010.
- Disponen de espacio exterior: jardín o terraza.

Ratio personal y perfiles profesionales

La normativa indica que los centros deben poseer un número suficiente de personal con cualificación y experiencia adecuada para satisfacer las necesidades de atención del perfil de las personas usuarias del centro pero no exige ratios mínimas.

3. Modelo de acreditación vigente

Objeto y ámbito de aplicación	<p>La finalidad del modelo de acreditación establecido por <i>The Care Quality Commission</i> es regular la atención sanitaria y social para adultos en Inglaterra, asegurando que la atención que reciben los usuarios cumple con los estándares esenciales de calidad y seguridad y promueven la mejora continua de los profesionales que proporcionan atención.</p>
Objetivos que persigue el modelo	<ul style="list-style-type: none"> - Regular todos los centros de atención de la salud y social para adultos del país. - Proteger la seguridad de las personas que utilizan los servicios que regulan. - Impulsar la mejora de la salud y de la atención social. - Fomentar la mejora de los servicios que se ofrecen a las personas mediante la vigilancia de la actividad que desarrollan los diferentes proveedores de servicios. - Promover los derechos fundamentales de las personas usuarias: dignidad, igualdad, respeto y autonomía. - Aplicar con coherencia la política de ejecución mediante los mismos criterios y enfoque en todas las situaciones.
Ejes clave del modelo	<p>El modelo considera que las políticas y los procedimientos no son suficientes para demostrar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad. Se debe demostrar que se han tomado todas las medidas oportunas para asegurar que las necesidades de las personas se satisfacen y por esta razón las acciones se focalizan en el resultado del trabajo y no en el sistema o en el proceso. Los resultados que deben obtener todos los proveedores de servicios deben ser los mismos (los que se establecen en las normas esenciales de calidad y seguridad), sin embargo será diferente la forma en que cada uno de ellos pueda demostrar la consecución de dichos resultados.</p> <p><i>The Care Quality Commission</i> controla el cumplimiento de las normas esenciales de seguridad y calidad a través de una metodología que se basa en comprobar si los proveedores de servicios cumplen las normas mediante evidencias y en el impacto o resultado que está teniendo en el centro y en las propias personas usuarias. Si obtienen buenos resultados significa que el cuidado de las personas usuarias se está haciendo de forma eficaz y segura. Asesores e inspectores revisan frecuentemente mediante revisiones de cumplimiento (previstas o de respuesta) toda la información disponible de un proveedor de servicios a través de: las propias personas usuarias, los familiares, el entorno del proveedor de servicios, las entidades colaboradoras, las visitas al centro, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisiones de cumplimiento previstas: están programadas y evalúan el cumplimiento de las 16 normas estándar y se realizan durante los primeros tres meses en aquellos nuevos centros acreditados y posteriormente, de forma bianual. - Revisiones de cumplimiento de respuesta: se centran de forma específica en aquellas áreas que los evaluadores han observado en una revisión anterior, áreas de mejora en alguna/a de las normas estándar. <p>Los indicadores (en Inglaterra hablan de estándares) se refieren a 28 normas contenidas en la legislación que rige la atención social y de la salud para adultos. En la comprobación del cumplimiento de los estándares esenciales de los proveedores de servicio, se focaliza solo en 16 normas estándares que se refieren a la calidad de la atención. De cada una de las 28 normas se desprende lo que el órgano regulador considera que las personas usuarias deben experimentar cuando los proveedores cumplen con la regulación y por tanto, cuando cumple con la definición de cada uno de los estándares. Por ello, para cada Norma esencial se indican los resultados que deben darse en las personas usuarias que reciben el servicio, en los representantes de los usuarios que utilizan los servicios y en los proveedores de los propios servicios.</p> <p>Los 16 indicadores (estándares) esenciales de calidad y seguridad que todos los proveedores de servicios deben aplicar y en los que CQC focaliza su tarea de control y supervisión son los siguientes:</p>

Ejes clave del modelo
(Cont.)

Estándar 1: Respeto y participación de los usuarios del servicio

El usuario debe ser tratado con respeto, participar en las decisiones acerca de su cuidado y tratamiento y tener capacidad de influir en cómo se ejecuta el servicio.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Entienden las alternativas de atención, tratamiento y soporte disponibles para ellos.
- Pueden expresar sus opiniones y participan en la toma de decisiones sobre su atención y tratamiento.
- Se respeta su privacidad, dignidad e independencia.
- Sus opiniones y experiencias son tenidas en cuenta mientras se proporciona el servicio.

b) Representantes de los usuarios que utilizan los servicios

- Comprenden el cuidado, tratamiento, alternativas y apoyos disponibles para las personas que utilizan servicios.
- Pueden representar las opiniones del usuario expresándose en su nombre y participando adecuadamente en la toma de decisiones sobre su atención, tratamiento y soporte.

c) Proveedores del servicio

- Reconocen la diversidad, valores y derechos humanos de los usuarios.
- Defienden y mantienen la privacidad, la dignidad y la independencia de los usuarios.
- Ponen a los usuarios en el centro de su atención, tratamiento y apoyo y les permiten tomar decisiones.
- Proporcionan la información que atañe a los usuarios, u otras personas que actúen en su nombre, para tomar decisiones sobre su atención, tratamiento y apoyo.
- Ofrecen apoyo a los usuarios, u otros que actúen en su nombre, para que comprendan la atención, el tratamiento y el apoyo prestado.
- Permiten a los usuarios que tengan cuidado de sí mismos cuando esto sea posible.
- Fomentan y activan a los usuarios para ser parte activa de su comunidad.

Estándar 2: Consentimiento para cuidados y tratamiento

Antes de que el usuario reciba cualquier tipo de examen, atención, tratamiento o apoyo, debe ser consultado y dar su consentimiento.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Cuando sean capaces, dan consentimiento válido para el examen, la atención, el tratamiento y el apoyo que reciben.
- Entienden y saben cómo cambiar cualquier decisión sobre el examen, atención, tratamiento y apoyo que ha sido acordado previamente.
- Están seguros de que sus derechos humanos se respetan y se tienen en cuenta.

b) Proveedores del servicio

- Disponen de sistemas para obtener y revisar el consentimiento de los usuarios y la actuación sobre ellos.

Estándar 4: Cuidado y bienestar de los usuarios del servicio

El usuario debe obtener una atención segura y adecuada adaptada a sus necesidades y que cumpla con sus derechos.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Experiencia, eficacia, seguridad y adecuada atención, tratamiento y apoyo que satisfaga sus necesidades y proteja sus derechos.

Ejes clave del modelo

(Cont.)

b) Proveedores del servicio

- Reducen el riesgo de que las personas reciban un cuidado, tratamiento o atención inadecuada o insegura.
- Evalúan las necesidades de los usuarios.
- Planifican y realizan una atención, tratamiento y apoyo para que las personas se sientan seguras, protegiendo su bienestar y sus necesidades.
- Tienen en cuenta las investigaciones publicadas y orientaciones sobre la materia.
- Realizan ajustes razonables para reflejar las necesidades de los usuarios, valores y diversidad.
- Disponen de mecanismos para enfrentarse a emergencias previsibles.

Estándar 5: Conocimiento de las necesidades nutricionales del usuario

El proveedor debe tener conocimiento de qué alimentos y bebidas satisfacen las necesidades dietéticas individuales del usuario.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Tienen una nutrición e hidratación adecuada.

b) Proveedores del servicio

- Reducen el riesgo de desnutrición y deshidratación
- Proporcionan alternativas de comida y bebida para que las personas satisfagan sus necesidades diversas, asegurándose de que la comida y bebida que ofrecen es nutricionalmente equilibrada y beneficia su salud.

Estándar 6: Cooperación con otros proveedores

El usuario debe recibir una atención segura y coordinada cuando se mueva entre los diferentes servicios.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Reciben atención, tratamiento y apoyo seguro y coordinado cuando participa más de un proveedor o varios servicios de su atención.

b) Proveedores del servicio

- Cooperan con otras personas involucradas en el cuidado, tratamiento y apoyo del usuario cuando la responsabilidad del proveedor se comparte o transfiere a uno o más servicios.
- Comparten información de manera confidencial con todos los servicios pertinentes, individuos, equipos o agencias para permitir la atención, las necesidades de tratamiento y el apoyo de los usuarios.
- Trabajan con otros servicios, individuos, equipos o agencias para responder a situaciones de emergencia.
- Ayudan a que el usuario reciba una atención sanitaria y social que atienda a sus necesidades.

Estándar 7: Protección de los usuarios de abusos

El usuario debe estar protegido contra el abuso y el personal debe respetar sus derechos.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Están protegidos contra el abuso, o el riesgo de abuso, y sus derechos humanos son respetados.

b) Proveedores del servicio

- Adoptan medidas para identificar y prevenir el abuso que pueda ocurrir en el centro.
- Responden adecuadamente cuando se sospecha que el abuso ha ocurrido o corre el riesgo de que se produzca.
- Se aseguran de que las orientaciones locales y nacionales sobre la protección de personas contra el abuso son accesibles a todo el personal y se ponen en práctica.
- Se aseguran de que el uso de restricciones es siempre apropiado, razonable, proporcional y justificable para el usuario.

Ejes clave del modelo

(Cont.)

- Utilizan la contención de manera que respete la dignidad y proteja los derechos humanos, y cuando sea posible respeta las preferencias de los usuarios.
- Comprenden cómo la diversidad, creencias y valores de los usuarios pueden influir en la identificación, prevención y respuesta a preocupaciones de seguridad.
- Protegen de los posibles efectos negativos de cualquier comportamiento por parte de los usuarios.
- Solo utilizan medidas de privación de libertad en caso de beneficio para el usuario y de conformidad con la Ley de Capacidad Mental de 2005.

Estándar 8: Control de infección y limpieza

El usuario debe ser atendido en un ambiente limpio y protegido de infecciones.

a) Proveedores de servicios

- Deben cumplir con los requisitos del Reglamento 12, respecto al Code of Practice for health and adult social care on the prevention and control of infections and related guidance.

Estándar 9: Administración de medicamentos

El usuario debe recibir la medicación que necesita, cuando la necesita, y de forma segura.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Dispondrán de sus medicamentos en el momento que lo necesiten y de forma segura.
- Dispondrán de información acerca de la medicina de prescripción disponible para ellos o para otros actuando en su nombre, en caso que lo requieran los propios usuarios.

b) Proveedores del servicio

- Manejan los medicamentos de forma segura y adecuada.
- Garantizan que se proveen los medicamentos prescritos y de forma segura.
- Realizan un seguimiento sobre la guía pública para saber cómo utilizar los medicamentos de forma segura.

Estándar 10: Seguridad y adecuación de instalaciones

El usuario debe ser atendido en un entorno seguro y accesible que proteja su salud y bienestar.

a) Los usuarios y las personas que trabajan o visitan las instalaciones y servicios

- Están en un entorno seguro y accesible que promueve su bienestar.

b) Proveedores del servicio

- Se aseguran de que los usuarios y el personal están protegidos contra los riesgos de locales inadecuados o inseguros mediante:
 - El diseño y la disposición de las instalaciones están adecuadas para la realización de la actividad regulada.
 - Medidas adecuadas para garantizar la seguridad de las instalaciones.
 - Mantenimiento del local y sus instalaciones.
 - Cumplimiento de los requisitos legales relativos a las instalaciones
- Tienen en cuenta cualquier diseño pertinente, normas técnicas y operacionales y gestionan todos los riesgos en relación con las instalaciones.

Estándar 11: Seguridad, disponibilidad y adecuación de los equipamientos

El usuario debe estar protegido de daños por equipamientos inadecuados o inseguros.

a) Personas que utilizan las instalaciones y servicios y personas que trabajan en el centro:

- No presentan riesgo de daño por equipos inadecuados o inseguros (equipos médicos y no médicos, muebles o accesorios).
- Se benefician de un equipo cómodo y que satisface sus necesidades.

Ejes clave del modelo

(Cont.)

b) Proveedores del servicio

- Se aseguran que el equipo:
 - Es adecuado para su propósito.
 - Está disponible.
 - Se mantiene en forma correcta
 - Se utiliza correctamente y con seguridad.
 - Promueve la independencia.
 - Es cómodo.
- Realizan un seguimiento de las guías publicadas acerca de cómo utilizar los dispositivos médicos con seguridad.

Estándar 12: Requisitos relativos a los trabajadores

El usuario debe ser atendido por personal debidamente calificado y capacitado para ofrecer el servicio.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Su salud, bienestar, seguridad y necesidades son satisfechas por el personal que es apto, está debidamente calificado y es física y mentalmente capaz de hacer su trabajo.

b) Proveedores del servicio

- Realizan una contratación y procedimientos de selección efectivos.
- Efectúan los controles pertinentes cuando emplean personal.
- Garantizan que el personal está inscrito en el colegio profesional pertinente u organismo profesional cuando sea necesario y éstos los aprueban para trabajar.
- Informan a los organismos profesionales, cuando una persona no sea apta para volver a trabajar en los servicios sanitarios o sociales.

Estándar 13: Dotación de personal

Debe haber suficiente número de personal para asegurar que se ofrece un servicio adecuado al usuario y satisfacer sus necesidades de salud y bienestar.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Su seguridad, salud, bienestar y necesidades son satisfechos por un número suficiente de personal adecuado.

b) Proveedores del servicio

- Controlan que hay suficiente personal con los conocimientos, experiencia, calificaciones y habilidades adecuadas para dar apoyo a los usuarios.

Estándar 14: Soporte a los trabajadores

El personal debe estar adecuadamente capacitado y supervisado y tener la oportunidad del desarrollarse y mejorar sus habilidades.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Su seguridad, salud, bienestar y necesidades son atendidas por personal competente.

b) Proveedores del servicio

- Garantizan que el personal disponga de las referencias apropiadas para proporcionar atención y tratamiento a los usuarios.
- Garantizan un personal del centro adecuadamente capacitado y supervisado.
- Habilitan personal para adquirir nuevas aptitudes y calificaciones que son pertinentes para la labor que se comprometen a realizar.

Ejes clave del modelo

(Cont.)

Estándar 16: Evaluación y monitoreo de la calidad de la prestación del servicio

El servicio debe tener sistemas de control de calidad para administrar los riesgos y asegurar la salud, el bienestar y la seguridad de los usuarios.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Se beneficiarán de una atención de calidad, segura, mediante una toma de decisiones eficaz y una correcta gestión de riesgos respecto a su salud, bienestar y seguridad.

b) Proveedores del servicio

- Vigilan la calidad del servicio que reciben los usuarios.
- Identifican, controlan y administran los riesgos de los usuarios, trabajadores o familiares.
- Obtienen asesoramiento profesional sobre cómo ejecutar el servicio de forma segura, cuando no tengan los conocimientos propios.
- Tienen en cuenta:
 - Comentarios y quejas
 - Las investigaciones/conocimiento sobre malas prácticas
 - Registros correspondientes al servicio
 - Informes de la CQC
- Mejoran el servicio, aprendiendo de la adversidad, incidentes y errores que sucedan, del resultado de los comentarios y quejas, y del asesoramiento de otros órganos de expertos, cuando esta información no sea suficiente.
- Toman acuerdos para tomar decisiones que afectan a la salud, el bienestar y la seguridad de las personas que utilizan el servicio.

Estándar 17: Quejas

El usuario debe estar seguro de que sus quejas son escuchadas y aplicadas correctamente.

a) Las personas que utilizan los servicios u otros que actúen en su nombre

- Están seguros de que sus comentarios y quejas son escuchadas y puestas en marcha.
- Están seguros de que no se les discriminará por realizar una crítica.

b) Proveedores del servicio

- Tienen sistemas para hacer comentarios y quejas, incluida la información sobre ese sistema a los usuarios.
- Ayudan para que los usuarios u otros que actúen en su nombre puedan hacer comentarios y quejas.
- Responden adecuadamente y resuelven, cuando sea posible, las observaciones y quejas.

Estándar 21: Expedientes

Los expedientes personales de los usuarios, incluidos los expedientes médicos, deben ser precisos y mantenerse guardados de forma segura y confidencial.

a) Las personas que utilizan servicios

- Sus registros personales, incluidos los registros médicos son precisos, aptos para el propósito, y se guardan de forma segura y confidencial.
- Se mantienen de forma segura otros registros necesarios para proteger su seguridad y su bienestar.

b) Proveedores del servicio

- Mantienen una atención y tratamiento personalizado y preciso, y unos registros seguros y confidenciales para cada persona que utiliza el servicio.
- Se conservan los registros de los usuarios durante el tiempo que establece la normativa.
- Mantienen otros registros que la CQC les pide en relación con la gestión de la actividad regulada.

Ejes clave del modelo

(Cont.)

- Almacenan registros de manera segura y accesible que permita ubicarse rápidamente.
- Destruyen registros de forma correcta teniendo en cuenta cualquier programa de conservación de documentos.

Los otros 12 estándares se refieren a la gestión diaria y rutinaria de un servicio. La información que la Comisión recibe de estos estándares ayuda a comprobar si el servicio se ejecuta responsablemente.

Estándar 3: Tarifas

Las personas que pagan por un servicio deben saber cuánto tienen que pagar, cuándo y cómo pagar y obtendrán el servicio según el importe abonado.

a) Las personas que utilizan servicios, u otras personas que actúen en su nombre y que paguen al proveedor de los servicios

- Saben cuánto hay que pagar, cuándo y cómo.
- Saben qué servicio se proporcionará por la tarifa pagada.
- Comprenden sus obligaciones y responsabilidades.

b) Proveedores del servicio

- Son transparentes en la información que proporcionan sobre cualquier honorario, contrato y término y condiciones, cuando las personas estén pagando total o parcialmente el coste de su atención, tratamiento y apoyo.

Estándar 15: Declaración de propósito

El usuario y las personas relacionadas saben que el centro informa a la CQC de los servicios que se prestan.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Se beneficiarán de los conocimientos de los que la CQC es informada de los servicios que se prestan.

b) Proveedores del servicio

- Tienen una declaración de propósito que se mantiene bajo revisión y entregan una copia a la CQC
- Notifican a la CQC cualquier cambio en su declaración de propósito.

Estándar 18: Notificación de la muerte de un usuario

El centro debe notificar a la CQC la muerte de un usuario

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Están seguros que las muertes de los usuarios se informarán a la CQC.

b) Proveedores del servicio

- Notifican a la CQC la muerte de una persona que utiliza el servicio.

Estándar 19: Notificación de muerte o ausencia no autorizada de un usuario ingresado o susceptible de ser ingresado bajo la "Mental Health Act 1983"

Los usuarios que son ingresados en virtud de la Ley de Salud Mental pueden estar seguros de que los hechos importantes que afectan a su salud, bienestar y seguridad se informan al CQC y, si es necesario, pueden tomar medidas.

a) Personas usuarias que son ingresadas en virtud de la ley de Salud Mental de 1983

- Están seguras de que los hechos importantes que afectan a su bienestar, salud y seguridad se informarán a la CQC para que, cuando sea necesario, puedan adoptarse medidas.

b) Proveedores del servicio

- Notifican a la CQC sobre la muerte o ausencia no autorizada de una persona ingresada en virtud de la Ley de Salud Mental de 1983 que utiliza sus servicios.

Ejes clave del modelo

(Cont.)

Estándar 20: Notificación de otros incidentes

El usuario puede estar seguro de que los hechos importantes que afectan a su salud, bienestar y seguridad se informan al CQC para que, si es necesario, se puedan tomar medidas.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Están seguros de que los hechos importantes que afectan a su bienestar, salud y seguridad se informan a la CQC para que, cuando sea necesario, puedan adoptarse medidas.

b) Proveedores del servicio

- Notifican a la CQC sobre los incidentes que afectan a la salud, la seguridad y el bienestar de los usuarios, incluyendo:
 - Lesiones de los usuarios
 - Actos para privar a alguien de su libertad
 - Sucesos que hagan que se deje de proveer el servicio de la manera que se debería
 - Denuncias de malos tratos
 - Investigación policial

Estándar 22: Requisitos cuando el proveedor es una persona o asociación

El usuario tiene cubierta sus necesidades porque los servicios son prestados por personas aptas para su función, y con las calificaciones, habilidades y experiencia necesarias.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Tienen sus necesidades satisfechas por el servicio debido a que lo proporciona la persona o asociación adecuada con actitud positiva.

b) Proveedores del servicio

- Registran mediante la CQC a las personas adecuadas que:
 - Tienen una actitud positiva
 - Son física y mentalmente capaces de desempeñar su papel
 - Tienen las calificaciones necesarias, habilidades y experiencia para ejercer la actividad regulada o, cuando sea una organización, supervisar su administración.

Estándar 23: Requisito cuando el proveedor de servicios es un organismo distinto de una asociación

El usuario tiene cubierta sus necesidades porque los servicios los administran personas con actitud positiva, aptas para su función, y con las calificaciones, habilidades y experiencia necesarias.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Tienen sus necesidades satisfechas porque la gestión la supervisa una persona adecuada.

b) Proveedores del servicio

- Disponen de personal que:
 - Tiene actitud positiva, buen carácter.
 - Es física y mentalmente capaz de desempeñar sus funciones.
 - Dispone de las calificaciones necesarias, habilidades y experiencia para supervisar la gestión de la actividad regulada.

Ejes clave del modelo
(Cont.)

Estándar 24: Requisitos relativos a los gerentes registrados

El usuario tiene cubiertas sus necesidades debido a que los servicios disponen de buenos gestores, aptos para su función y con las calificaciones, habilidades y experiencia necesarias.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Tienen sus necesidades satisfechas porque el servicio lo administra una persona adecuada.

b) Proveedores del servicio

- Tienen un administrador/gestor que:
 - Tiene actitud positiva, buen carácter
 - Es física y mentalmente capaz de desempeñar sus funciones.
 - Dispone de las calificaciones necesarias, habilidades y experiencia para supervisar la gestión de la actividad regulada

Estándar 25: Personas registradas: formación

El usuario tiene cubierta sus necesidades porque los servicios están dirigidos por una persona competente con formación adecuada.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Son cuidados, tratados y tienen sus necesidades satisfechas porque hay una persona competente, líder en el servicio.

b) Proveedores del servicio

- Realizan una formación apropiada.

Estándar 26: Situación financiera

El usuario y las personas relacionadas pueden estar seguros de que el proveedor tiene los recursos financieros necesarios para proporcionar servicios seguros y adecuados.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Los usuarios están seguros de que el proveedor de servicios es capaz de satisfacer las demandas financieras para proporcionar servicios seguros y adecuados.

b) Proveedores del servicio

- Tienen los recursos financieros necesarios para proporcionar y seguir prestando los servicios como se describe en la declaración del propósito de los estándares requeridos.

Estándar 27: Notificaciones: aviso de ausencia

El usuario y las personas relacionadas pueden estar seguros de que, si la persona encargada de la gestión se ausenta, el servicio continuará gestionándose de manera adecuada.

a) Usuarios que utilizan los servicios

- Pueden tener confianza de que, si la persona o personas a cargo de su servicio están ausentes o enfermas, se seguirá administrando correctamente el servicio pudiéndose satisfacer completamente sus necesidades.

b) Proveedores del servicio

- Informar a la CQC:
 - sobre ausencias significativas de un servicio
 - sobre ausencias significativas planificadas
 - cómo se ejecutará el servicio mientras están ausentes
 - cuándo vuelven de una ausencia significativa

<p>Ejes clave del modelo (Cont.)</p>	<p>Estándar 28: Notificaciones: aviso de cambios</p> <p>El usuario y las personas relacionadas pueden estar seguros de que, si hay cambios en el servicio, su calidad y la seguridad no se verán afectadas.</p> <p>a) Usuarios que utilizan los servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confían que, si la persona o personas a cargo de su servicio están ausentes o enfermas, se continuará gestionando adecuadamente el servicio pudiéndose satisfacer sus necesidades. <p>b) Proveedores del servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informan a la CQC: <ul style="list-style-type: none"> • Sobre ausencias significativas de un servicio • Sobre ausencias significativas planificadas • Cómo se ejecutará el servicio mientras están ausentes • Cuándo vuelven de una ausencia significativa.
<p>Agentes que intervienen y responsabilidades</p>	<p><i>Care Quality Commission</i>: Organismo regulador de servicios de salud y de cuidados de atención social para adultos en Inglaterra. Organismo competente para controlar y asegurar que se cumplen los estándares esenciales de calidad y seguridad y que los usuarios reciben los servicios adecuados, y dar soporte a los proveedores para mejorar sus servicios,</p>
<p>Proceso de acreditación</p>	<p>Todos los proveedores deben estar registrados por la <i>Care Quality Commission</i> y para ello es necesario seguir una serie de pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar los antecedentes penales de la persona representante/administradora y demostrar que no tiene prohibiciones para llevar a cabo actividades profesionales para la atención y cuidados a personas. (CHEQUE CRB). 2. Obtener y proporcionar referencias y detalles sobre el recorrido profesional, declaración de aptitud física, informe médico, etc. 3. Completar y presentar el formulario de solicitud de inicio de actividad en el sector que regula la CQC. 4. Solicitar registro de Gerente. 5. Una vez aportada la documentación administrativa, la CQC procesará la información y tomará una decisión acerca de si el proveedor de servicios es apto y obtiene el correspondiente registro o no. 6. En caso de nuevos proveedores de servicios para obtener el registro deberán aportar además la metodología y la forma en que aplicarán las normas esenciales de calidad. 7. En caso que la CQC considere que existen irregularidades o defectos en la solicitud de registro, notificará al proveedor de la situación y dispondrá de un plazo de 28 días para presentar todas las alegaciones que considere pertinentes para su subsanación. 8. El nuevo proveedor de servicios registrado, es inspeccionado en un plazo de 3 meses para valorar y controlar la aplicación de las normas esenciales de calidad y seguridad. <p>El proceso de evaluación de los estándares por parte de los evaluadores se compone de cuatro etapas y se centra en los 16 estándares esenciales de calidad y resultados que se asocian más directamente a la calidad de la atención.</p> <p>Etapas 1: Determinar si existe suficiente evidencia para hacer un juicio, si se tienen suficientes pruebas sólidas para poder evaluar el cumplimiento de los estándares pertinentes.</p>

Proceso de acreditación

(Cont.)

Para determinar si la evidencia que se tiene es adecuada y sólida, se consideran los siguientes puntos:

- ¿Es actual?: La evidencia se encuentra en un plazo de 12 meses o más tiempo si un enfoque a largo plazo.
- ¿Es fiable?: La fuente es creíble, la evidencia es consistente, y puede ser validada o triangulada con otra fuente.
- ¿Es relevante?: La evidencia está relacionada con los reglamentos, las actividades reguladas y competencias de la CQC.
- ¿Es suficiente?: Hay una cantidad de pruebas con suficiente detalle como para hacer una evaluación adecuada.
- ¿Muestra la calidad de los resultados y experiencias de los usuarios?
- ¿Muestra qué controles (procesos) ha llevado a cabo el proveedor?
- ¿Se requieren inputs especializados (ej. farmacia, médico,...)?

Etapa 2: Comprobar si la evidencia demuestra el cumplimiento o no, o si existen dudas sobre el cumplimiento del proveedor con los reglamentos.

¿Las pruebas demuestran cumplimiento?

- Si se cree que las evidencias demuestran el cumplimiento de los resultados descritos en la guía sobre el cumplimiento de los proveedores, debe ir directamente a la etapa 4 para la validación.
- Si se cree que el proveedor no está cumpliendo con los resultados descritos en la guía sobre el cumplimiento de normas, se debe considerar lo que es “razonablemente practicable” y aplicar “proporcionalidad”. En la evaluación, se debe tener en cuenta si el proveedor ha hecho todo lo que sea razonable y factible, y que ha tomado una decisión proporcionada.
- Si aún se cree que el proveedor no está cumpliendo con los estándares, o es una evaluación de una nueva aplicación, se deben considerar las indicaciones para identificar las dudas. (No es necesario tener pruebas para todos los indicadores).
- Una vez hecho esto, se debe avanzar a la etapa 3 para identificar el impacto de los no cumplimientos sobre el usuario y la probabilidad de que se repitan en el futuro.

Etapa 3: Si se encuentran problemas, hacer un juicio sobre el impacto en las personas que utilizan los servicios y la probabilidad de que se produzca dicho impacto.

a) Paso 1: Impacto

Para la fase 3, la primera pregunta a responder es: ¿Cuál es el impacto sobre las personas que utilizan el servicio?

El impacto puede ser “bajo”, “medio” o “alto”:

- **Bajo:** No hay o hay un nivel mínimo de impacto sobre las personas que utilizan los servicios en una o más áreas.
- **Medio:** Hay un impacto moderado pero sin efectos a largo plazo en las personas que utilizan servicios en una o más áreas.
- **Alto:** Hay un impacto significativo o a largo plazo en las personas que utilizan servicios en una o más áreas.

Al determinar el impacto en las personas que utilizan los servicios, todas las siguientes áreas son importantes: seguridad, independencia, experiencia, resultados, dignidad, derechos humanos, accesibilidad

Asimismo, debe considerarse qué servicio se está utilizando y cuál es su situación, ya que estos factores pueden influir en el impacto. Por ejemplo:

Proceso de acreditación (Cont.)

- Capacidad: Una falta de comprensión de la Ley de Capacidad Mental sería más importante en un servicio de atención a personas con demencia que un servicio de salud que trata principalmente con adultos sanos.
- Diversidad: No disponer de información en un formato audible o en Braille sería más importante para un servicio que se especializa en la atención de las personas con visión deteriorada que un servicio que no.
- Circunstancias donde las personas son más vulnerables: un entorno pobre e incómodo sería más importante para las personas que están alojadas que para las personas en un centro de día.

b) Paso 2: Probabilidad

La segunda pregunta a responder es: ¿Qué probabilidad existe de que haya un impacto en el usuario?

La probabilidad puede ser “poco probable”, “posible” o “muy probable”, como sigue:

- **Poco probable:** Esto probablemente nunca suceda o reaparezca, ya que existen medidas de control y procesos claros.
- **Posible:** Esto puede suceder o es probable que reaparezca, pero no es un problema persistente.
- **Muy probable:** Esto probablemente suceda o reaparezca con frecuencia. Esto podría ser debido a un fallo en los procesos o controles, que provoca serias preocupaciones acerca de las medidas.

Deben tenerse en cuenta las evidencias usando las siguientes indicaciones para llegar a una decisión acerca de la probabilidad del impacto:

- ¿Ha habido esta incidencia o se ha producido anteriormente?
- ¿Cuánto tiempo durará la incidencia?
- ¿Cuántas personas están expuestas a la incidencia?
- ¿Tiene el proveedor identificada y evaluada la incidencia?
- ¿Hay medidas aplicadas para controlar la incidencia?
- ¿Participan las personas relevantes en la gestión de la incidencia?

c) Paso 3: Nivel de incidencia

Cuando se haya determinado el impacto para los usuarios, incluyendo los factores que influyen y la probabilidad de que el impacto vaya a ocurrir, debe aplicarse la matriz explicada a continuación para determinar el nivel general de incidencia.

Probabilidad	Impacto		
	Bajo	Medio	Alto
Improbable	Incidencia menor	Incidencia menor	Incidencia moderada
Probable	Incidencia menor	Incidencia moderada	Incidencia alta
Muy probable	Incidencia moderada	Incidencia alta	Incidencia alta

Etapa 4: Validación de la sentencia.

- Para cada estándar relevante, es necesario validar la evaluación en relación al descriptor y los casos de estudio que se proporcionan en la guía de valoración.
- Si se ha encontrado alguna incidencia con un estándar descrito en la guía, es necesario remitirse a los casos de estudio según nivel de impacto y probabilidad.

Proceso de acreditación (Cont.)	No todos los aspectos deben ser identificados para determinar dicho nivel de incidencia. Se debe asegurar que se utilice las regulaciones más relevantes, aunque es probable que en algunos aspectos las incidencias puedan relacionarse con elementos de otras regulaciones.
---	---

4. Análisis y evolución de resultados

Valoración del modelo	<p>Los servicios de atención social para adultos han mejorado significativamente desde el inicio de la aplicación del nuevo sistema de acreditación en 2010, aunque requiere un mayor crecimiento del mercado para satisfacer las necesidades futuras, de acuerdo con un informe realizado por la Comisión de Calidad de la Atención (CQC) publicado en Noviembre de 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 83% de las "care homes", los servicios de atención domiciliaria, las "nursing homes" y las viviendas compartidas recibieron una calificación buena o excelente en comparación con el 69% en 2008. - Existe estabilidad en el suministro de cuidados en el mercado de atención social para adultos, aunque será necesario un mayor crecimiento para satisfacer necesidades futuras. - En general, ha aumentado el número de servicios. El número de "care homes" ha disminuido, pero han aumentado el número de "nursing homes" y de servicios de atención domiciliaria. El aumento de "nursing homes" refleja un incremento en el número de personas que podrían haber sido tratadas en un hospital pero están viviendo en una "nursing home". <p>Las comparaciones con la calidad de atención respecto a los años 2008 y 2009 muestran una creciente mejora en los números de servicios valorados como buenos o excelentes.</p>
Evolución del modelo	<p>El modelo actual de acreditación es una evolución del "Care Standards Act 2000" que tenía por objetivo asegurar que todos los centros estuviesen regulados bajo las mismas normas "National Minimum Standards", bajo unos estándares que no se basaban en la evidencia, con un número elevado de normas, muchas de ellas no necesarias y que los expertos consideraban que no repercutían en una mejora de la calidad de los servicios de atención a las personas.</p>

Bibliografía:

- Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania y Reino Unido: Perspectivas para el mercado Español. Antares Consulting, S.A. 2006
- Reino Unido, la implicación de Sanidad en los cuidados asistenciales. N°9 diciembre-enero 2011. Balance de la dependencia
- Care of Quality Commission, Judgement Framework. December 2009
- Care of Quality Commission, Essential standards of quality and safety. March 2010
- <http://www.housingcare.org> [último acceso 18 noviembre 2011]
- <http://www.cqc.org.uk/organisations-we-regulate/registered-services/essential-standards> [último acceso 18 noviembre 2011]
- http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/rp_poc1c_100620_20110701_v8_00_guidance_for_new_providers_for_publication_201107014019.pdf [último acceso 18 noviembre 2011]

7.3 El modelo de acreditación en Suecia

7.3.1 Conclusiones del análisis

El modelo sueco se basa en proveer asistencia y cuidados a las personas mayores a través de las instituciones públicas. La atención a la persona mayor se realiza mediante el cuidado en el hogar, donde el usuario recibe la visita de personal de atención, o a través de centros de cuidados/residenciales, también llamados alojamientos especiales, que son apartamentos para personas con importantes necesidades de atención. El modelo sueco se caracteriza por promover la asistencia a la persona en el domicilio durante el mayor tiempo posible, incluso a las personas gravemente enfermas y con necesidad de atención médica las 24 horas. El 94% de la población mayor de 65 años sueca reside en su propio domicilio⁴.

Es un modelo que se aleja mucho del modelo residencial en España y en otros países y por este motivo no puede ser totalmente comparable, puesto que el servicio/recurso no es el mismo.

Son los municipios quienes a través de sus ayuntamientos marcan los requerimientos que deben poseer todos los centros que atienden a las personas mayores, y mediante los consejos de distrito se realizan seguimientos de su evolución con carácter anual.

La atención a las personas mayores se rige principalmente por dos leyes, la Ley de Servicios Sociales, que se centra en el aspecto social de los cuidados, y la Ley de Salud y Servicios Médicos, que se centra en el aspecto médico de la atención. Las inspecciones se llevan a cabo cada 1-2 años por el Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social, que evalúa las acciones que garanticen la calidad de la atención y es el responsable también de la acreditación de los proveedores.

Además de la legislación nacional, cada municipio establece sus propios requisitos para los servicios de atención a las personas mayores. Los municipios pueden optar por ofrecer atención a las personas mayores directamente o bien, mediante la compra de los servicios a proveedores privados. El seguimiento de la atención se lleva a cabo a nivel local por los inspectores de los propios municipios. Cada municipio ha creado su propio método de evaluación para analizar si el proveedor cumple con los requisitos presta-

blecidos; así pues, la división de responsabilidades entre el gobierno nacional y la municipalidad local se superpone.

Durante mucho tiempo ha habido un debate público sobre la calidad en el cuidado de las personas mayores, y cómo ésta debe medirse. En 2006, la Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar Social, en colaboración con la Asociación Sueca de Actividades Locales y Regionales, introdujeron la Encuesta Nacional de Calidad con objeto de comparar la calidad de atención entre los diversos proveedores y los municipios. Esta encuesta ha sido criticada sobre todo porque está muy orientada por su baja objetividad puesto que todos los datos son reportados por los propios centros.

La Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar Social también lleva a cabo una encuesta, que se envía a todas las personas mayores de 65 años que reciben algún tipo de cuidados. Esta encuesta mide la percepción de calidad de todos los servicios prestados por los municipios, y evalúa el cuidado de las personas mayores de todos los servicios de atención de largo plazo: servicios de atención domiciliaria, atención diurna, alojamiento en apartamentos especiales y ordinarios. Los resultados de la encuesta se presentan por municipios, pero no por tipo de centro.

⁴ Desarrollo de políticas sobre envejecimiento en Suecia. Boletín perfiles y tendencias nº 41. IMSERSO. Septiembre 2009

7.3.2 Análisis descriptivo

PAÍS: Suecia

1. Marco Legal

Reglamentación legal sobre acreditación	<p>El cuidado a la persona mayor está regulado mediante dos leyes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ley de Servicios Sociales (2001:453), que regula el derecho de la persona a recibir servicios del municipio en el que reside. - Ley de Salud y Servicios Médicos (1982:763) para garantizar un alto nivel de cuidado y salud.
Organización del sistema y competencias	<p>La Junta Nacional de Salud y Bienestar ejerce la supervisión para asegurar que las normas se cumplan, además de controlar y mantener los archivos de datos y las estadísticas oficiales y encargarse de la acreditación de los proveedores de servicios.</p> <p>Los municipios son los responsables de la supervisión, seguimiento y evaluación de los servicios municipales. Los inspectores de cada uno de los municipios ejercen la responsabilidad de inspeccionar y controlar la calidad de las instalaciones y servicios.</p>

2. Modelo de servicios actual

Descripción	Alojamientos		Servicios de Atención diurna
	Estancias temporales	Alojamiento especial	
	<p>Servicio de alojamiento y de cuidados de carácter temporal para la atención en diversas situaciones: rehabilitación, convalecencia y recuperación después de la estancia de la persona en situación de dependencia en un hospital, atención en situación de cuidados paliativos, mientras espere plaza en un alojamiento especial, mientras espera que le realicen pruebas o le faciliten diagnóstico, así como medida de respiro familia o para decidir si puede continuar viviendo en su domicilio o debería trasladarse a una vivienda especial.</p>	<p>Servicio de alojamiento que ofrece asistencia social y cuidado de la salud a personas mayores que requieren apoyo y que ya no pueden vivir en su propio domicilio; normalmente son personas en situación de demencia y que requieren cuidados día y noche.</p>	<p>Son unidades de atención ambulatoria diurna dirigidas tanto a personas con demencia como a personas mayores en situación de dependencia que viven en su domicilio y que necesitan estimulación social y/o rehabilitación.</p> <p>El número de personas que accede al servicio de centro de día es limitado.</p>
Objetivos del Servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar actividades de rehabilitación y de convalecencia después de una estancia en el hospital. - Favorecer el confort y la calidad de vida en los últimos momentos de vida de la persona (cuidados paliativos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar un entorno que sustituya a domicilio de la persona usuaria, adecuado y adaptado a sus necesidades de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar actividades de estimulación mental y social.

Objetivos del Servicio <i>(Cont.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la necesidad de trasladar a la persona a una vivienda especial o a su propio domicilio. - Promover el respiro familiar cuando los cuidados post-operatorios se llevan a cabo en el domicilio de la persona mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer el mantenimiento y/o la recuperación de máximo grado de autonomía personal y social. 	
Cartera de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida y manutención - Higiene - Lavandería - Asistencia de enfermería día y noche - Rehabilitación - Terapia Ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida y manutención - Higiene - Lavandería - Asistencia de enfermería día y noche - Rehabilitación - Terapia Ocupacional - Actividades socioculturales 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Terapia Ocupacional - Fisioterapia - Actividades socioculturales
Perfiles personas usuarias	<ul style="list-style-type: none"> - Personas en fase de rehabilitación en su propio domicilio tras internamiento en hospital como respiro familiar temporal. - Personas con enfermedades en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía parcialmente recuperable. - Personas en proceso de valoración para internamiento en alojamiento especial. - Personas con enfermedad en situación terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persona mayor de 65 años con necesidad importante y permanente de asistencia y cuidados que no pueden cubrirse mediante el servicio de atención domiciliaria, y que necesita cuidados las 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persona mayor de 65 años con demencia y/o en situación de dependencia que reside en su domicilio y es cuidada por familiares.
Condiciones materiales exigidas	<p>El reglamento general para la construcción de centros de atención indica que cada apartamento individual tiene una superficie estándar de 30m² equipado con baño, cocina, dormitorio y acceso a un espacio común compartido.</p> <p>1. La Junta Nacional Sueca de Vivienda, Construcción y Planificación se encarga de regular la construcción y la planificación de todas las viviendas en Suecia. La regulación marca el nivel de ruido, ventilación y el acceso para personas con discapacidad.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - La normativa no exige condiciones materiales.

<p>Condiciones materiales exigidas (Cont.)</p>	<p>2. El Consejo Nacional regulador de la Salud y Bienestar se encarga del diseño de la residencias para personas mayores. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un máximo de 8-9 apartamentos • Cada planta debe tener una cocina y un comedor • Cada apartamento debe poseer una cocina americana y un baño en el que pueda acceder una silla de ruedas. <p>3. La autoridad reguladora de las condiciones de medio ambiente y seguridad regula el nivel de iluminación, las medidas de seguridad, etc.</p>	
<p>Condiciones funcionales exigidas</p>	<p>Las condiciones funcionales que se aplican en la prestación de los servicios de atención son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración y almacenamiento de medicamentos, que están regulados por la Agencia del Medicamento. - La preparación de menús esta regulada mediante normativa establecida por la Administración Nacional de Alimentos. - La región sanitaria tiene una serie de normas de higiene que se aplican, por ejemplo, a la configuración de las salas de lavandería. 	
<p>Ratio personal y perfiles profesionales <i>Atención directa</i></p>	<p>No se exige ratio de personal, aunque algunos municipios pueden especificar los requerimientos de personal que consideren necesarios.</p> <p>El equipo profesional que participa en la atención de las personas mayores debe ser el suficiente y con la cualificación y experiencia necesaria para atender a las personas usuarias de acuerdo a sus necesidades de atención. El perfil de personal común en los alojamientos especiales es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar de Enfermería - Ayudante de enfermería - Enfermero/a - Fisioterapeuta - Terapeuta Ocupacional - Personal de Mantenimiento y lavandería - Limpiador/a - Cocinero/a - Director/a 	

3. Modelo de acreditación vigente

<p>Objeto y ámbito de aplicación</p>	<p>La Ley Marco de Servicios Sociales destaca el derecho de todas las personas a recibir servicios de apoyo que necesiten de acuerdo a sus necesidades individuales de atención y que deben ser los propios municipios quienes se responsabilicen de los servicios sociales de su área geográfica y de que los ciudadanos reciban el apoyo y la ayuda que necesiten.</p> <p>El propósito principal del modelo es asegurar una atención de calidad universal y preservar el autogobierno local.</p>	
---	--	--

Objetivos que persigue el modelo	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar y evaluar la calidad de los centros y servicios para las personas mayores. - Proteger y garantizar que las personas usuarias reciben servicios que favorecen su dignidad, bienestar, independencia, autonomía. - Comparar la calidad de los diferentes servicios y su eficiencia con objeto que las personas puedan elegir el servicio o centro que consideren oportuno. - Permitir a las personas usuarias, familiares y entorno que expresen su grado de satisfacción acerca de los cuidados, atención médica y servicios que reciben.
Ejes clave del modelo	<p>El principio fundamental del modelo de acreditación se puede resumir en tres aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El proveedor se acredita mediante una solicitud de permiso a la Junta Nacional de Salud y Bienestar Social antes de iniciar su actividad. Ante cualquier modificación de la actividad, el proveedor debe renovar el permiso. 2. Acreditación mediante inspecciones regulares. 3. Transparencia de los niveles de calidad: <ol style="list-style-type: none"> a. Los inspectores realizan las evaluaciones y se hacen públicos los resultados b. Anualmente se lleva a cabo una Encuesta Nacional dirigida a las personas usuarias de los servicios. c. Algunos municipios tienen un Defensor del Pueblo para atender a las personas mayores, que opera de manera independiente de la administración municipal y ayuda a que las personas mayores y sus familias puedan exponer sus comentarios y quejas respecto a los servicios. <p>El sistema de libre elección permite al usuario elegir el proveedor (público o privado) de acuerdo con su criterio personal. El sistema aún no está implementado en toda Suecia, y obliga a los proveedores a mantener un buen nivel de calidad.</p>
Agentes que intervienen y responsabilidades	<p>Los inspectores de cuidados de cada uno de los municipios del país se encargan de realizar auditorías con el objetivo de supervisar y evaluar la calidad de los centros de atención a las personas mayores que tienen adscritos en los diversos municipios mediante dos visitas anuales (anunciadas y/o por sorpresa). Una vez realizada la inspección del centro, emiten un informe con el resultado, que es de carácter público.</p> <p>La Dirección Nacional de Sanidad y Bienestar Social de Suecia, en colaboración con la Asociación Sueca de Administraciones Locales y Regionales, realiza encuestas con carácter anual que permiten valorar el grado de satisfacción de las personas mayores con los cuidados, atención médica y servicios que reciben.</p>
Proceso de acreditación	<p>El modelo sueco no dispone de una acreditación nacional, sino que se basa en que cada municipio crea su propio modelo y sus propios criterios. Por lo general, cada municipio realiza una auditoría anual (anunciada o no) en la que se analiza el estado de los centros con la finalidad de evaluar la calidad basada en las necesidades locales.</p> <p>Un ejemplo de un protocolo de evaluación local es el del municipio de Estocolmo, que se describe a continuación. Estocolmo ha optado por evaluar siete áreas clave y la puntuación de ellas es de 1 a 4.</p>

Proceso de acreditación

(Cont.)

Los Estándares que sirven de análisis para determinar la calidad de la atención de los alojamientos especiales / corta estancia son los siguientes:

1. Formación del personal del centro

- Todo el personal del centro posee una formación básica de auxiliar de enfermería o enfermero/a, tiene capacitación profesional especializada y por lo menos un año de experiencia en el sector. (4 puntos)
- El 80% del personal del centro dispone de formación inicial de auxiliar de enfermería o enfermero/a y un poco de experiencia y al menos un 50% de la plantilla dispone de formación especializada. (3 puntos)
- Entre el 50% y el 79% del personal del centro dispone de formación inicial como auxiliar de enfermería o enfermería. (2 puntos)
- Al menos el 50% del personal tiene formación básica y/o experiencia como auxiliar de enfermería o enfermero/a. (1 punto)

2. Actividades de la vida diaria

- Existe un programa de actividades individuales y grupales periódicas que se planifica (indicando objetivos, descripción de actividades y calendario) y se ejecuta semanalmente y en el que las personas usuarias participan formulando sugerencias, propuestas o deseos. El grado de satisfacción de las personas usuarias es elevado (4 puntos)
- El centro realiza actividades grupales por lo menos una vez a la semana y de carácter individual, una vez a la semana. Las personas usuarias participan haciendo sugerencias. (3 puntos)
- El centro realiza actividades individuales/grupales de manera aislada, sin la participación de las personas usuarias para indicar propuestas o sugerencias. (2 puntos)
- Se realiza alguna actividad de forma muy esporádica y el sentimiento general por parte de las personas usuarias es de aburrimiento. (1 punto)

3. Participación de la persona usuaria con el exterior del centro

- Existe un plan de implementación en el que participa la persona usuaria y en el que se describe la forma en que se satisfacen los deseos y las necesidades de las personas usuarias respecto a entrar y salir del centro. (4 puntos)
- Las personas usuarias que no tienen necesidad de apoyo del personal para salir, lo pueden hacer cuando lo deseen pero no existe un plan de implementación para cada una de ellas. (3 puntos)
- Existen algunas dificultades para satisfacer el deseo de salir fuera del centro cuando la persona usuaria lo necesita. (2 puntos)
- No existe ninguna planificación de las necesidades de la persona usuaria para entrar y salir del centro y no se tiene en cuenta su participación. (1 punto)

4. Trato del personal del centro hacia las personas usuarias

- Todo el personal conoce la historia familiar de todas las personas usuarias del centro y ofrece un trato amable, respetuoso y educado. (4 puntos)
- El trato amable, respetuoso y educado hacia las personas usuarias varía según los turnos de trabajo y/o trabajadores. (3 puntos).
- Aunque en general la atención hacia las personas usuarias es buena, se percibe de menor calidad que en el punto anterior, dependiendo también según el turno de trabajo y/o trabajadores. (2 puntos)
- En general el trato del personal es percibido por las personas usuarias como poco respetuoso y consideran que los trabajadores no conocen su historia personal. (1 punto)

5. Equipamiento del centro

El estándar de alojamiento considera que el centro debe poseer como mínimo de cocina propia y un baño privado.

Proceso de acreditación

(Cont.)

- El espacio para la persona usuaria es lo suficientemente grande para que tenga unas adecuadas condiciones de vida; el baño es lo suficientemente grande para que el personal pueda acceder a él y en caso necesario, el auxiliar de enfermería pueda acceder a él y ayudar a la persona usuaria para la realización de tareas e higiene. La persona usuaria dispone de llave y de placa de identificación. (4 puntos)
- El estándar del centro es adecuado pero no dispone de alguno de los criterios que se han especificado en el punto anterior. (3 puntos)
- El centro dispone tan solo del estándar indicado. (2 puntos)
- La persona usuaria debe compartir baño y la cocina no es propia. (1 punto)

6. Alimentación

- Las personas usuarias pueden decidir si comen en su propia habitación o en comedor.
- Las personas usuarias tienen la oportunidad de elegir menú y cuánta cantidad desean tomar.
- Las mesas son grandes y disponen de todo lo que pueden necesitar los usuarios: bebidas, condimentos...
- La comida se coloca en platos hondos.
- Las personas usuarias disponen de personal que se sienta junto a ellos y les supervisan.
- Las personas usuarias que necesitan apoyo para la alimentación disponen de personal para ayudarlas a comer.
- No se inicia ninguna actividad hasta que todas las personas usuarias han finalizado de comer. (4 puntos)
- El centro cumple por lo menos seis condiciones del punto anterior. (3 puntos)
- El centro cumple entre 3-5 condiciones del primer punto. (2 puntos)
- El centro cumple entre 0-2 condiciones del primer punto. (1 punto)

7. Plan de atención Individual

- Todas las personas usuarias disponen de un Plan de Atención Individual (PAI) que está convenientemente actualizado, en el que se describen sus necesidades, preferencias y la forma en la que se prestará la asistencia. El PAI estará firmado por el usuario o su/s representante/s y estará guardado en un lugar seguro. (4 puntos)
- La mayoría de las personas usuarias disponen de PAI, convenientemente actualizado, en el que se describen sus necesidades, preferencias y la forma en la que se prestará la asistencia. El PAI estará firmado por el usuario o su/s representante/s y estará guardado en un lugar seguro. (3 puntos)
- La mayoría de personas usuarias disponen de un PAI pero este no está actualizado; está guardado en un lugar seguro. (2 puntos)
- El centro no cumple con la normativa en cuanto a la documentación que debe poseer de la persona usuaria. (1 punto)

Una vez realizada la inspección, el inspector emite un informe que se envía al centro y que posibilita que el propio centro responda al informe con las alegaciones que considere pertinentes. Los informes finales se presentan a la Junta anual del Consejo de Distrito.

Además de la evaluación llevada a cabo anualmente mediante las visitas de los inspectores, se realiza una Encuesta Nacional de Calidad donde cada centro/ servicio debe presentar los datos claves y se clasifica comparando con el resto de centros/ servicios de Suecia. Los aspectos que se valoran son:

- La participación de las personas mayores en la planificación de la atención
- El número de personal, rotación y la capacitación
- La satisfacción en la nutrición que proporciona el centro
- El estándar de las instalaciones
- La frecuencia de las comidas y el número de opciones disponibles
- El número de medicamentos prescritos (para prevenir o reducir la polifarmacia)
- Rutinas de prevención de accidentes y desnutrición

La Encuesta Nacional está dirigida a todas las personas mayores de 65 años que reciben algún tipo de atención y mide la calidad percibida de los servicios prestados por los municipios.

4. Análisis y evolución de resultados

Valoración del modelo Conclusiones destacables

Suecia apuesta por un modelo que tiene como finalidad favorecer la calidad de la atención a personas mayores mediante un potente servicio domiciliario y con la implantación de los denominados alojamientos especiales, apartamentos con servicios o pequeñas unidades de convivencia para personas con deterioro cognitivo o con importantes necesidades de asistencia por su gran nivel de dependencia. A través de estos alojamientos se prestan cuidados y servicios de atención personal garantizando la privacidad y la autonomía de la persona usuaria, sea cual sea su grado de deterioro para elegir sobre cuestiones básicas de vida diaria.

La descentralización del modelo resulta en que la calidad de la atención sea diferente según el municipio. La responsabilidad compartida entre la administración central y los gobiernos locales en la superposición de responsabilidades provoca situaciones de conflicto.

Evolución del modelo

En 2011, la Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar Social alcanzó la responsabilidad de los permisos y las inspecciones de las normas legales de las regiones locales. La razón del cambio fue para alinear la interpretación jurídica en todo el país. Las discusiones se han venido realizando con objeto de garantizar niveles similares de calidad y la forma de medirla.

La Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar Social, en colaboración con la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales, ha solicitado desarrollar y mejorar la forma de medir la calidad en el cuidado de ancianos.

Las encuestas de calidad inicial han sido actualizadas, pero siguen siendo criticadas por ser demasiado orientadas a la entrada y porque las encuestas de calidad son auto-reportadas.

Bibliografía:

- Ley sobre las prestaciones para adaptación de la vivienda (1992:1574)
- Ley de Servicios Sociales (2001:453)
- Ley sobre la Responsabilidad Municipal en la Prestación de Servicios a Mayores (2006:492)
- Ley de libertad de elección del sistema (2008:15)
- Comparaciones abiertas 2009, salud y atención social a mayores. Indicadores de calidad
- Developments in Elderly Policy in Sweden. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). 2009
- Manual atención de los inspectores. Informe anual 2011. Karin Gens, Eva Lindgren y Inger Lisslö. 2011-11-18
- Guía de atención y cuidados para la tercera edad del ayuntamiento de Estocolmo. Ayuntamiento de Estocolmo. 2011
- <http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/Aldreomsorg/Aldreomsorgsinspektorer1/>

7.4 El modelo de acreditación de Francia

7.4.1 Conclusiones del análisis

Francia dispone de un modelo de calidad que se basa en una planificación del sector médico-social a través de una política de salud territorializada, aplicando prioridades y objetivos de la política nacional de salud a escala regional. Es decir, regula y controla la oferta de centros mediante una planificación del sector médico-social mediante las Agencias Nacionales de Salud. Los centros deben estar autorizados para funcionar mediante una autorización del Consejo General y del Director General de la Agencia Regional de Salud.

Los centros deben firmar convenios plurianuales tripartitos con el Consejo General y las Agencias Regionales de Salud (ARS) en los que se establecen con detalle las condiciones funcionales y materiales que se deben cumplir con la finalidad de ofrecer una atención individualizada de calidad que favorezca el desarrollo de la persona usuaria, su autonomía e integración, adaptada a sus propias necesidades y que respete también su integridad, dignidad e intimidad.

El modelo de calidad estipula que los propios centros realicen una auto-evaluación interna con el objetivo de asegurar la satisfacción de las personas usuarias, familiares y personal de los centros y proporcionar una mayor calidad en la atención. Este proceso dará lugar a un informe oficial.

Además de la obligación de la realización de evaluaciones internas, los centros deben ser evaluados por un órgano independiente, autorizado por la Agencia Nacional de Evaluación y Calidad de los centros y servicios sociales y médicos, que tiene por objeto evaluar las actividades que ofrecen y la calidad de los servicios prestados por los proveedores de servicios.

Los centros deben disponer de 17 indicadores de resultado pero no disponen de un estándar definido y registros para el control de la calidad de sus centros relacionados con la atención a la salud de las personas usuarias con mayor dependencia (número y porcentaje de escaras, de caídas, de contenciones, atención nutricional, medicación y participación de usuarios en actividades).

7.4.2 Análisis descriptivo

PAÍS: Francia

1. Marco Legal

Reglamentación legal sobre acreditación	<p>Los establecimientos con servicios médicos, autorizados a acoger personas mayores en situación de dependencia de 60 años o más, sea cual sea su estatus jurídico actual o su denominación, deben respetar el corpus legislativo y reglamentario modificado a finales de 1990: Ley de 24 de enero 1997, completada por los decretos de 26 de abril 1999. Este corpus fue modificado varias veces. Como todos los establecimientos medico-sociales en Francia, las reglas que regulan el funcionamiento de los EHPAD son reagrupadas en el Código de Acción Social y de Familias.</p> <p>La Ley HPST reformó el procedimiento de autorización generalizando el recurso al procedimiento de licitación para la creación, la transformación y la extensión de la capacidad de los establecimientos medico-sociales, (los de EHPAD). Este procedimiento fue precisado por el decreto de 26 de julio de 2010 publicado en el diario oficial de 27 de julio de 2010, que entró en vigor el 1 de agosto 2010.</p>
Organización del sistema y competencias	<p>Las Agencias Regionales de Salud son la autoridad tutelar común que regula y controla la actividad de los establecimientos sanitarios y médico-sociales.</p> <p>Tienen como misión redactar el "Plan Regional de Salud", que determina una política de salud territorializada, aplicando las prioridades y objetivos de la política nacional de salud a escala regional. Las herramientas de programación son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PRIAC: Determina para 3 años las prioridades regionales e interdepartamentales de financiación de creación, extensión y transformación de plazas. - Esquemas Gerontológicos departamentales: Elaborados para 5 años por el Consejo General y puestos para la aprobación por el Prefecto de departamento. Estos esquemas definen las prioridades que los operadores deben tener en cuenta en el momento de elaboración de proyectos de creación. - Esquema Regional de Organización Médico-social (SROMS): Prevé e inicia las evoluciones necesarias de la oferta de establecimientos y de servicios destinados al cuidado de personas mayores en situación de dependencia. <p>El Consejo General es el encargado de crear el pliego de condiciones junto con las Agencias Regionales de Salud y de otorgar la autorización a favor del candidato.</p>

2. Modelo de servicios actual

Centros residenciales

	Alojamiento para personas mayores	Alojamiento para personas mayores en situación de dependencia
Descripción	<p>EHPA – établissement d'hébergement pour personnes âgées</p> <p>Centro de estancia y servicio hotelero para las personas mayores poco dependientes o válidas.</p>	<p>Centro de estancia y servicio hotelero y con cuidados para personas mayores dependientes.</p> <p>EHPAD – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p>

Objetivos del Servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar un entorno sustitutorio del hogar, adaptado a las necesidades de cada persona usuaria. - Mantener y/o mejorar la autonomía de la persona usuaria. - Promover las relaciones interpersonales entre las personas usuarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar un entorno sustitutorio del hogar, adaptado a las necesidades de cada persona usuaria. - Mantener y/o mejorar la autonomía de la persona usuaria. - Proporcionar cuidados médicos.
Cartera de servicios de carácter básico	<ul style="list-style-type: none"> - Restauración - servicios generales - Actividades ocio y tiempo libre - Atención social 	<ul style="list-style-type: none"> - Restauración - Servicios generales - Cuidados asistenciales - Apoyo y supervisión ABVD - Actividades ocio y tiempo libre - Servicio social - ASH, agentes de servicio - AS / AMP - Atención psicológica - Atención médica - Atención enfermería
Cartera de servicios de carácter opcional	<ul style="list-style-type: none"> - Peluquería - Podología - Estética 	<ul style="list-style-type: none"> - Peluquería - Podología - Estética
Perfiles personas usuarias	<p>Persona mayor poco dependiente. El baremo de la dependencia está definido según la tabla de evaluación AGGIR y debe ser inferior a 300 sobre el total de la capacidad del centro.</p>	<p>Persona mayor dependiente. Según la evaluación de la tabla AGGIR, la dependencia media se eleva a 690 en Francia en 2010. El baremo de la dependencia en cuidados según la tabla PATHOS está evaluado en una media de 180 en Francia en 2010.</p>
Condiciones materiales exigidas	<p>Las condiciones de los espacios de los centros deben contar con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los espacios deben estar diseñados y adaptados para que contribuyan al bienestar de las personas usuarias frágiles, para promover las mejores habilidades sociales. - El centro debe asegurar una señalización clara y adecuada - El diseño de los espacios debe ser una traducción clara de la especificidad de las personas mayores en situación de dependencia, que tenga en cuenta que el centro debe ser: <ul style="list-style-type: none"> • Un lugar para vivir, manteniendo la intimidad de la persona usuaria • Un lugar adecuado para su cuidado, garantizando la libertad y la seguridad 	

Condiciones materiales exigidas

(Cont.)

1. Habitaciones

- Los espacios privados de las personas usuarias deben ser personalizados y permitir que si lo desean, puedan traer sus efectos personales, objetos de decoración y que puedan organizarse el espacio designado para ellas como ellas consideren.
- Debe ser accesible y permitir un fácil movimiento de las personas, por lo que requerirá de una superficie suficiente para modular el espacio y adaptarlo a los diferentes grados de pérdida de autonomía para evitar traslados.
- Las habitaciones tendrán una capacidad máxima de 2 personas y la proporción de habitaciones dobles no podrá exceder del 5-10% de la capacidad global del centro.
- Deben disponer todas las habitaciones de baño (ducha, lavabo, wc) y la superficie será de 18 a 22m² en caso de habitación individual y de 30 a 35m² en caso de habitación doble, en centros nuevos o que hayan realizado una reforma profunda.
- Las habitaciones tendrán de 16 a 20 m² en habitación individual y de 22 a 25 m² en habitación doble en el resto de centros.

2. Espacios colectivos

- Deben existir espacios comunes para las actividades de alimentación, descanso, actividades y entretenimiento.
- Es recomendable que exista una o más áreas de restauración dependiendo de la capacidad del centro
- Los espacios de circulación, tanto horizontal (vestíbulo, pasillos, etc.) como vertical (escaleras, ascensores) deben garantizar el fácil acceso a todos los lugares, tanto interiores como exteriores a las personas usuarias.
- Los espacios de circulación deben estar diseñados teniendo en cuenta las dificultades de los residentes.
- Deben poseer una iluminación natural.
- Su diseño se realizará de tal manera que garantice la correcta circulación de las sillas de ruedas y carritos.

3. Áreas específicas

- El centro debe tener espacios para la atención de la salud de las personas usuarias, para actividades de rehabilitación y para un consultorio médico, si es necesario.
- Es importante que el centro disponga de espacios para la realización de actividades para la participación del entorno: peluquería, sala de actos o de reuniones, etc.

4. Accesibilidad

- El centro debe ser accesible para las personas con discapacidad de acuerdo al art. 49 de la Ley N 75-534, de 30 de junio de 1975 y a la Ley de 13 de Julio de 1991 sobre medidas para promover la accesibilidad a personas con discapacidad.

5. Seguridad

Los centros deben establecer diversas medidas de seguridad en relación a protección contra incendios, y a la seguridad de las personas, prestando especial importancia a la prevención de accidentes.

- Seguridad contra incendios
- Seguridad de las personas
- Seguridad de la propiedad de las personas usuarias

Condiciones funcionales Exigidas

- Firmar un convenio tripartito plurianual con el Consejo General y el ARS.
- Garantizar el ejercicio de los derechos y libertades individuales de las personas acogidas, velar por su seguridad.

<p>Condiciones funcionales Exigidas (Cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Redactar un proyecto de establecimiento, entregar los documentos de recepción al usuario o a su representante legal (cuaderno de recepción, contrato de estancia, Reglamento de funcionamiento, carta de los derechos y libertades de la persona acogida). - Instituir y reunir un Consejo de la Vida Social. - Regular el depósito de objetos de las personas acogidas. - Inscribir las entradas y salidas de las personas acogidas. - Comunicar los acontecimientos indeseables (maltrato, suicidio, epidemia,...). - Establecer una organización sanitaria (reclutar el médico coordinador), establecer los expedientes de seguimiento médico, asegurar la gestión de los medicamentos, asegurarse contra los riesgos climáticos y sanitarios. - Garantizar la continuidad eléctrica (climatización, grupo electrógeno,...). - Firmar convenios de cooperación con los establecimientos de salud y médico-sociales. - Respetar las normas de seguridad contra el riesgo de incendio (formación del personal, controles periódicos, registro de seguridad). - Prevenir el riesgo vinculado a legionela, eliminar los residuos de actividad de cuidados, etc.
<p>Ratio personal y perfiles profesionales <i>Atención directa/ Atención indirecta</i></p>	<p>Se exigen las siguientes ratios en el perfil de médico coordinador de acuerdo al siguiente escalado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.25 ETP (ETP=Empleado a tiempo completo) para n° camas autorizadas < 44 - 0.40 para entre 45 y 59 camas - 0.50 para entre 60 y 99 camas - 0.60 para entre 100 y 199 camas - 0.80 para igual o mayor a 200 camas <p>Se exigen 4-5 personas de enfermería para cada 80 usuarios Se exigen 18 auxiliares para cada 80 usuarios</p> <p>Salvo por lo que compete al médico coordinador, no hay ratio establecido por la normativa. Sin embargo, el "Arrêté de 26 de abril de 1999" establece las recomendaciones relativas a la calidad del personal en cuanto a formación, titulación, enfermera referente, AS/AMP, agentes de servicio, psicólogo, etc.</p>
<p>3. Modelo de acreditación vigente</p>	
<p>Objeto y ámbito de aplicación</p>	<p>Planificación del sector médico-social a través de una política de la salud territorializada, aplicando las prioridades y objetivos de la política nacional de salud a escala regional.</p>
<p>Objetivos que persigue el modelo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer un servicio y un acompañamiento individualizado de calidad que favorezca el desarrollo de la persona acogida, su autonomía e integración, adaptado a su edad y necesidades. - Respetar la integridad, dignidad e intimidad, la vida privada y la seguridad de la persona usuaria - El nuevo modelo regulado por la ley HPST permite a los ARS dirigir toda la oferta de cuidados, desde el sanitario al médico-social a nivel regional. - El nuevo procedimiento de "appel à projet" debe permitir financiar más rápidamente los establecimientos autorizados y poner en marcha los proyectos más adecuados a las necesidades de cada territorio.

Ejes clave del modelo	<p>Marco reglamentario estricto con una actividad encuadrada en “Numerus Clausus”</p> <p>Un EPHAD puede ser público, privado asociativo o privado comercial. Su creación es sometida a un procedimiento de autorización previa del Presidente del Consejo General y del Director General de la Agencia Regional de Salud.</p> <p>Debe ser autorizado para proporcionar cuidados a los asegurados de la Seguridad Social y debe firmar con el Consejo General un convenio plurianual (“tripartito”) fijando para 5 años los objetivos de calidad de acogida de residentes y sus medios financieros de funcionamiento. El establecimiento expresa igualmente en el convenio tripartito la opción de tarificación relativa a la proporción de cuidados (ver tarifa “cuidados” infra).</p>
Agentes que intervienen y responsabilidades	<p>Las autorizaciones de centros las firma el Conseil Général. La ARS para financiar los cuidados y el Conseil Général para la toma a su cargo de la dependencia.</p> <p>La “Agencia Regional de Salud” regula y controla la actividad de las EHPAD a través de la redacción del “Proyecto Regional de Salud” que determina una política de la salud territorializada, aplicando las prioridades y objetivos de la política nacional de salud a escala regional.</p> <p>Los Establecimientos de Acogida para Personas Mayores Dependientes (EHPAD), que deben tener una autorización de funcionamiento otorgado para 15 años, por el decreto conjunto de Presidente del Consejo General y del Director General de la Agencia Regional de Salud (para la financiación del Seguro de Enfermedad). Este régimen de autorización se refiere tanto a las demandas de la creación de un EHPAD como a las de extensión (incremento de la capacidad autorizada) y transformación (modificación de categoría de beneficiarios).</p> <p>Estas demandas deben estar inscritas en el marco de necesidades y objetivos analizados y censados por las autoridades tutelares, en el marco de sus herramientas de programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PRIAC, que determina para 3 años las prioridades regionales e interdepartamentales de financiación de creación, extensión y transformación de plazas. Cada año, el análisis de PRIAC de cada región permite a la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía (CNSA) negociar el Objetivo Nacional de Gastos de Seguro de Enfermedad médico-social (ONDAM), para distribuir los créditos del Seguro de Enfermedad y los créditos del Estado, fijando las dotaciones regionales (DOCUMENTO DE REFERENCIA 2010 51/282) e interdepartamentales. El objetivo consiste en favorecer un reequilibrio de la oferta médico-social sobre el conjunto del territorio nacional. - Los Esquemas Gerontológicos departamentales, elaborados para 5 años por el Consejo General y sujetos a la aprobación del Prefecto de departamento. Estos definen las prioridades – que los operadores deben tener en cuenta en el momento de elaboración de proyectos de creación – acerca de las necesidades territoriales de equipamiento y de tipo de acogida que deben favorecerse: unidad especial para personas mayores desorientadas, camas de estancia temporal. Algunos departamentos van más allá y elaboran los pliegos de condiciones, en particular, de las unidades protegidas para personas mayores desorientadas (capacidad de 12 a 14 camas, características arquitectónicas, cociente medio en términos de personal de cuidadores). <p>Este procedimiento fue modificado por la Ley HPST, que reformó el procedimiento de autorización generalizando el recurso al procedimiento de licitación para la creación, la transformación y la extensión de la capacidad de los establecimientos médico-sociales (EHPAD).</p>
Proceso de acreditación	<p>Las etapas principales del procedimiento de licitación son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Publicación por la ARS del Esquema Regional de Organización médico-social (SROMS) 2. Publicación de calendario de licitaciones que describe las necesidades o servicios, territorio por territorio. <p>El proyecto regional estratégico no se publica antes del verano, comienzos de otoño 2011. A la espera de la elaboración de Proyectos Regionales de Salud (objetivo 2011), las licitaciones serán lanzadas a partir de PRIAC, en vínculo con los esquemas departamentales.</p>

Proceso de acreditación (Cont.)

Durante este período transitorio, una cierta cantidad de autorizaciones pueden ser otorgadas en 2010 sobre la base de los expedientes en el proceso de estudio del período 2009/2010.

La licitación es publicada en la recopilación de los actos administrativos de ARS y Consejo General. Menciona sobre todo los criterios de selección y modalidades de notación, plazo de recepción de los dossiers y los modos del envío de respuestas.

3. El pliego de condiciones que deberá contestar el candidato incluirá los siguientes datos:
 - Capacidad (en cifras) de camas y plazas.
 - Zona de implantación.
 - Estado descriptivo de las principales características y exigencias arquitectónicas o medioambientales.
 - Financiación y costes: costes de funcionamiento, modos de financiación y el importe provisional de los gastos que quedan a cargo de las personas acogidas.
 - Habilitación, o no, a la ayuda social.
4. Respuesta del candidato (en el plazo de al menos 60 días y como máximo 90 días).
5. Procedimiento de instrucciones: nombramiento de un agente instructor a la ARS y al Consejo General. Este instructor debe acompañar a los candidatos cuando presentan sus expedientes y comunicar a la Comisión de Selección de licitaciones "el motivo de cada uno de los proyectos".
6. Dictamen consultivo de la Comisión de selección de licitaciones.
 El conjunto de proyectos se analiza y se clasifica por la comisión de licitaciones, según criterios y necesidades definidos previamente en el pliego de condiciones. La comisión establece entonces un orden de clasificación de los proyectos, emite un dictamen consultivo sobre cada uno y elimina el que no responde a las necesidades definidas en el pliego de condiciones.
7. Las autoridades competentes (Consejo General y ARS) disponen de un plazo máximo de 6 meses, contando a partir de la fecha de presentación de los expedientes, para otorgar la autorización. Para comunicar su decisión, tendrán como referencia el informe de presentación establecido por la Comisión de selección de licitaciones. Sin embargo, estas autoridades pueden decidir no seguir la opinión de dicha comisión, ya que este dictamen es solamente consultivo.
8. El Presidente del Consejo General y el Director de la Agencia Regional de Salud (para la financiación del Seguro de Enfermedad) firman juntos la orden de autorización a favor del candidato. Las autorizaciones de funcionamiento son otorgadas al EHPAD para una duración de 15 años.
9. Una vez obtenida la autorización y realizados los trabajos, antes de la apertura de un EHPAD al público, deben realizarse una visita de conformidad y una inspección de la comisión municipal de seguridad (DOCUMENTO DE REFERENCIA 2010 53/282).
 En efecto, el operador debe solicitar al Consejo General y la Delegación territorial una visita de conformidad 2 meses antes de la fecha de la apertura prevista, con el fin de verificar que el establecimiento está organizado conforme a las características de la autorización concedida y que cumple con las condiciones técnicas de organización y de funcionamiento previstos por la Ley. Esta visita debe ser programada por las autoridades como máximo 3 semanas antes de la apertura.
10. Al terminar la visita, las autoridades tutelares redactan en el plazo de 15 días un acta dirigido al operador, que le permite la apertura del establecimiento. Si las autoridades de Tutela consideran que el establecimiento no es apto para el funcionamiento, comunican por escrito las modificaciones y transformaciones que se deben realizar en un plazo establecido; luego se realiza una nueva visita.
11. Finalmente, al transcurrir 15 años de explotación, la renovación de la autorización de funcionamiento supone que el establecimiento tiene evaluación interna y externa, permitiendo apreciar el cumplimiento de los procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales. Los resultados de la evaluación realizada por un organismo exterior condicionarán las modalidades de renovación de la autorización. Esta evaluación se basa sobre todo en la actividad y la calidad de los servicios prestados.

Proceso de acreditación

(Cont.)

El centro debe disponer de los siguientes **indicadores y registros**:

1. Número y porcentaje de infecciones
2. Número y porcentaje de escaras
3. Número y porcentaje de caídas
4. Número y porcentaje de contenciones
5. Número y porcentaje de residentes con riesgo de desnutrición
6. Número y porcentaje de comidas en habitación
7. Número y porcentaje de seguimiento biológico
8. Número y porcentaje de hospitalizaciones y de re-hospitalizaciones
9. Número y porcentaje de participantes en talleres de terapia no medicamentosa
10. Número y porcentaje de participantes en talleres de animación
11. Número de reclamaciones y plazo de respuesta
12. Prescripción de sujeciones y acuerdo con la familia
13. Número de mini formaciones
14. Registro de deposiciones y orina
15. Registro de higiene
16. Registro de incontinencia
17. Documentación de persona usuaria con la siguiente información :
 - Persona de confianza de la persona usuaria
 - Barthel
 - PIAI
 - Valoración estancias

El EHPA debe participar en un **proceso de evaluación interna** de todas las funciones del centro con la finalidad de asegurar la satisfacción de las personas usuarias, sus familiares y del personal del centro y proporcionar una mayor calidad en la atención. La frecuencia de esta evaluación puede ser anual o como mínimo es obligatoria para la renovación del convenio del centro. La evaluación dará lugar a un informe oficial.

Los centros, además, deberán someterse a una **evaluación externa realizada** por una autoridad externa que esté autorizada por la Agencia Nacional de Evaluación y Calidad de servicios sociales y de salud, de acuerdo con la forma y periodicidad que determine el órgano de certificación, aunque como mínimo debe ser cada siete años con la finalidad de revisar el cumplimiento de los criterios de calidad.

La evaluación externa tiene como objetivo reflejar los resultados de mejora continua de la calidad del centro mediante la evaluación de las actividades y la calidad de los servicios. Se basa en la observación de la práctica diaria en el mismo centro valorando:

- Si se cumplen con eficacia los derechos de los usuarios. La evaluación incluye como mínimo las condiciones de participación e implicación de las personas usuarias, las medidas que el centro aplica para cumplir con la calidad de vida, las relaciones afectivas, la intimidad, la privacidad y las medidas que adopta para garantizar la seguridad de las personas usuarias.
- Las actividades y procedimiento de actuación que desarrolla el centro.

Los centros están obligados a dos evaluaciones externas en el periodo que dura su autorización (15 años).

El procedimiento que se utiliza para la evaluación externa es el siguiente:

- El evaluador visita el centro y observa cómo se desarrolla la atención diaria, las prácticas colectivas del personal del centro. Tendrá acceso además de toda la información cualitativa y cuantitativa que crea oportuna, centrándose en la revisión del cumplimiento de los indicadores de calidad.
- El evaluador además realizará varias entrevistas, individuales o grupales, involucrando a todos los profesionales del centro, así como a personas usuarias y sus familiares.
- Una vez recogida la información mediante observación y entrevistas, el evaluador realizará un análisis para determinar si se cumplen las normas de calidad, y si se han adoptado medidas de mejora de anteriores evaluaciones.

Proceso de acreditación <i>(Cont.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - El evaluador elaborará un informe en el que expondrá los resultados de la evaluación con el fin de valorar el servicio prestado a las personas usuarias, indicando sus fortalezas e identificando aquellas discrepancias, contradicciones o diferencias entre la observación realizada mediante la visita y las entrevistas llevadas a cabo y la información que el centro le ha facilitado (evaluación interna, indicadores, documentación acerca de procedimientos, etc.). En el informe recogerá aquellas recomendaciones o acciones de mejora que el centro deberá realizar. - Los resultados del informe serán remitidos al centro y a la autoridad que le haya concedido el permiso de apertura.
--	---

4. Análisis y evolución de resultados

Valoración del modelo	<p>El sector de EHPAD ha sido objeto de numerosa reglamentación con posterioridad a los decretos de 1999 con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios a las personas mayores en situación de dependencia en todos sus aspectos. Muchas organizaciones han sido creadas para evaluar la calidad y las prestaciones de los EHPAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANAP: <i>Agence Nationale d'Appui à la performance</i> de los establecimientos de salud y médico-sociales que tiene por objeto ayudar a los establecimientos a mejorar el servicio prestado a los usuarios, elaborando y difundiendo recomendaciones y herramientas (en curso de constitución). - ANESM: <i>Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux</i>. Esta agencia tiene por objetivo ayudar a los establecimientos a la puesta en marcha de sus sistemas de evaluación tanto interna como externa. Para ello, elabora procedimientos, referencias y recomendaciones tanto sobre el desempeño profesional como sobre la propia evaluación. - HAS: <i>La Haute Autorité de Santé</i> tiene por objetivo promover las buenas prácticas y la buena utilización de los cuidados tanto por los profesionales de la salud como por los usuarios.
Evolución del modelo	<p>Las últimas disposiciones legales sobre este particular, están en curso de ser aplicadas a través de los decretos de aplicación de la Ley HPST recientemente publicados o por publicar.</p>

Bibliografía:

- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n°90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

- Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n°90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 modifié relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)
- Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2005-1161 du 8 septembre 2005 modifiant la composition du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale institué à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs
- Décret n°2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de désignation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux
- Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 portant diverses dispositions relatives à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
- Décret n°2007-577 du 19 avril 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)

- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L.313-12 du CASF
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles

7.5 El modelo de acreditación de centros sociosanitarios de Cataluña

7.5.1 Conclusiones del análisis

Cataluña con el programa “*Vida als anys*” impulsado por la Generalitat de Catalunya durante el periodo 1992-1993, puso en marcha la primera experiencia sobre valoración de indicadores de calidad de los servicios sociosanitarios de media y larga estancia. Después de esta primera experiencia se fue incorporando en otros servicios sociosanitarios como los de salud mental, drogodependencias e incluso en los servicios sociales.

Todos los centros sociosanitarios de la red pública tienen la obligación de estar acreditados; también es obligatorio para aquellos centros que desean establecer convenios o contratos de gestión con el Servicio Catalán de la Salud.

El modelo se orienta hacia la promoción de la **satisfacción** de los usuarios, a la valoración del grado de satisfacción de los profesionales de las organizaciones y a una **evaluación centrada en el proceso y orientada a los resultados de la asistencia**.

Se incentiva que los profesionales realicen un análisis de sus centros para la mejora de la calidad y el tipo de asistencia que se desarrolla.

Se consideran aspectos relevantes la incidencia directa en la mejora de la calidad de la asistencia y la generación de un impacto positivo en la sociedad.

El órgano responsable de la acreditación de los centros es el **Comité de Acreditación**, que es un órgano suscrito a la Dirección General de Recursos Sanitarios (DGRS) que se encarga de evaluar los centros en relación a los estándares de acreditación establecidos y de proponer la correspondiente resolución del procedimiento al máximo responsable, que es el Director General de Recursos Sanitarios.

Actualmente, los centros disponen de un total de **76 indicadores**⁵ para medir los criterios de calidad de la atención al usuario y a la familia. De un total de 76 indicadores, 20 aplican a todos los servicios sociosanitarios y se distribuyen en 4 dimensiones:

- Atención a pacientes-familia
- Aspectos relacionales y derechos de la persona
- Organización y gestión del centro
- Coordinación de la atención

El resto de indicadores se organizan de acuerdo a los diversos servicios o tipología de centros, son indicadores específicos por dispositivo y por línea de atención:

- 11 Indicadores que corresponden a servicios específicos de internamiento (hospitalización, media y larga estancia)
- 6 indicadores específicos de hospital de día
- 7 indicadores específicos de UFISS
- 6 indicadores específicos de PADES
- 5 indicadores específicos de EAIA
- 5 indicadores específicos de geriatría
- 6 indicadores específicos de demencia / Alzheimer
- 5 indicadores específicos de enfermedades neurológicas que cursan discapacidad
- 5 indicadores específicos de paliativos

El modelo no exige ratio de personal.

Todos los indicadores, de proceso o de resultado, presentan un estándar definido en términos de porcentaje que corresponde al grado deseable de cumplimiento del criterio.

⁵ El detalle de los indicadores se recoge en la ficha descriptiva (apartado 7.5.2)

7.5.2 Análisis descriptivo

PAÍS: España; Centros Sociosanitarios de Cataluña

1. Marco Legal

Reglamentación legal sobre acreditación	<p>Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria en Cataluña.</p> <p>Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios.</p> <p>Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de uso público en Cataluña.</p> <p>Orden de 7 de mayo de 2001, por el que se regulan los estándares de calidad que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de uso público en Cataluña.</p> <p>Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.</p> <p>Decreto 658/2006, de 27 de noviembre, de modificación del Decreto 5/2006, de 17 de enero por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.</p>
Organización del sistema y competencias	<p>La misión de desarrollar el sistema de acreditación del sistema de acreditación corresponde a la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (Ley 15/1990, de 9 de Julio de ordenación sanitaria en Cataluña).</p> <p>Por orden del Consejero de Salud el 19 de diciembre de 2000 se configura el Consejo Asesor de Calidad como órgano adscrito a la Dirección General de Recursos Sanitarios con funciones de asesoramiento, elaboración de estudios y propuestas en materia de acreditación y calidad.</p>

2. Modelo de servicios actual

	Servicios de internamiento de media y larga estancia sociosanitaria	Servicios de atención de día sociosanitaria
<p>Descripción</p>	<p>Centros públicos y privados ubicados en Cataluña que prestan conjuntamente y de forma integral atención a personas mayores enfermas o que, independientemente de la edad, sufren enfermedades crónicas invalidantes, deterioro cognitivo, enfermedades en fase terminal o personas con problemas de rehabilitación funcional o que requieren cuidados/tratamientos de forma continuada.</p> <p><u>Larga estancia:</u> : atención continuada a personas con enfermedades crónicas y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidas en sus domicilios.</p> <p><u>Media estancia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Convalecencia:</i> servicios a personas con enfermedades en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía parcialmente recuperable. - <i>Subagudos:</i> servicios a personas que necesitan tratamiento o supervisión continuada y que necesitan intensidad de cuidados dada su complejidad. - <i>Cuidados paliativos:</i> destinados a pacientes con una enfermedad en situación terminal. - <i>Media estancia polivalente:</i> destinada a la atención a la convalecencia y cuidados paliativos en unidades que por su dimensión y criterios de planificación no pueden realizar estas actividades de forma específica. 	<p>Centros públicos y privados ubicados en Cataluña que prestan conjuntamente y de forma integral atención a personas mayores enfermas o que, independientemente de la edad, sufren enfermedades crónicas invalidantes, deterioro cognitivo, enfermedades en fase terminal o personas con problemas de rehabilitación funcional o que requieren cuidados/tratamientos de forma continuada</p> <p>Prestan asistencia a personas mayores enfermas, enfermos crónicos o terminales que necesitan medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento, diagnóstico y seguimiento en régimen ambulatorio.</p>
<p>Objetivos del Servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer atención continuada, favoreciendo el confort y la calidad de vida. (Servicios de larga duración). - Realizar una evaluación y una rehabilitación integral. (Servicios de media estancia). - Estabilizar clínicamente y realizar una rehabilitación de carácter integral. (Servicio de subagudos). - Favorecer el confort y la calidad de vida (servicio de cuidados paliativos) 	<p>Realizar una evaluación integral de la persona. Desarrollar actividades de rehabilitación y atención continuada de mantenimiento. Ofrecer mecanismos para la prevención de las posibles crisis.</p>

Cartera de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida, albergue y alimentación - Convivencia y ocio - Asistencia médica continuada (presencia física o localizable) - Asistencia de enfermería continuada (presencia física o localizable) día y noche - Trabajo social - Higiene - Analítica, radiología básica (propia o contratada) - Prescripción, dispensación y administración de fármacos - Rehabilitación - Terapia Ocupacional - Valoración integral ambulatoria - Servicio religioso a demanda 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Atención médica - Atención enfermería - Atención social - Rehabilitación - Terapia Ocupacional - Valoración integral ambulatoria
Perfiles de personas usuarias	<p>Personas con enfermedades crónicas y diferentes niveles de dependencia que no pueden atenderse en sus domicilios</p> <p>Personas con enfermedades en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía parcialmente recuperable.</p> <p>Personas con enfermedad en situación terminal.</p>	<p>Personas mayores enfermas, enfermos crónicos o terminales que necesitan medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento, diagnóstico y seguimiento.</p>

Servicios de internamiento de media y larga estancia sociosanitaria

Condiciones materiales exigidas	<p>1. Emplazamiento Deben ocupar la totalidad o una parte, independiente, de un edificio.</p> <p>2. Acceso y recorridos interiores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la normativa Básica de Edificación, protección contra incendios y el decreto 135/1995 de desarrollo de la ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas. - Los espacios de acceso al centro deben tener una anchura mínima de 1,50 m. - La superficie del vestíbulo debe ser en relación a la capacidad receptiva de personas al centro. - En caso de centros con más de una planta, debe existir un ascensor apto para literas, mínimo de 1,20 m por 2,10m. - Los pasillos deben tener pasamanos a ambos lados para todo su recorrido <p>3. Características generales de la edificación Deben cumplir obligaciones en materia de seguridad e higiene, barreras arquitectónicas, normas tecnológicas de edificación, aislamiento acústico y térmico, techos y cubiertas, estructuras de fábrica, hormigón y acero, instalaciones de fontanería, electricidad, gas, climatización, calefacción, medios audiovisuales, protección contra incendios, contra radiaciones, pararrayos, seguridad de las instalaciones y medio ambiente.</p>
--	--

Condiciones materiales exigidas

(Cont.)

4.- Características específicas de la edificación

20 m²/persona (superficie útil total centro).

5.- Dotación de espacios:

Sala de rehabilitación

- Dotada de ventilación y de iluminación natural y artificial (25-44 m³/hora y persona, mínimo de ventilación y 300 lux, mínimo iluminación).
- Tantos m² útiles como nº de usuarios del centro.
- En centro inferior a 50 usuarios, el mínimo de superficie será de 50 m².
- En caso de ser sala polivalente más terapia ocupacional en centros de 50 usuarios: 65 m².
- Espacio para terapia ocupacional.
- Dotada de ventilación y de iluminación natural y artificial.
- 25m² de superficie útil mínimo.
- Servicio de farmacia y depósito de medicamentos.

Cámaras higiénicas

- El suelo antideslizante y las paredes hasta una altura mínima de 2 m.
- Sistemas de aviso centralizados en control de enfermería en cada planta.
- Asideros en WC y ducha.
- Mínimo un WC y lavabo para cada 4 usuarios, accesibles preferentemente desde el propio dormitorio.
- Ducha para cada 8 usuarios.
- 1 baño asistido por unidad de control.

Dormitorios

- Armarios individuales (vol. mínimo 0,50 m³).
- Disponer de asientos confortables.
- Disponer de medidas preventivas para evitar autolesiones y accidentes.
- Camas adaptadas, con acceso a oxígeno en 25% del total de camas del centro.
- Sistemas de aviso centralizados en control de enfermería en cada planta.
- Iluminación directa y exterior.
- Espacio mínimo entre camas (máximo 2) 0,80 m y distancia de la pared lateral de 0,50 m.
- Superficie útil por cama, en dormitorio individual de 9 m² y de 7m² en dormitorios dobles o más camas.
- Disponer como mínimo de 2 dormitorios individuales por cada 40 camas.

Unidad de enfermería

- Una unidad mínimo por planta.
- Situada en espacios con visibilidad de las áreas de acceso y habitaciones.

Almacenes

- Zona de almacenaje de material limpio y zona diferenciada de material sucio.
- Zona de almacenaje de material de lencería.

Espacio de actividad y convivencia

- 3m²/usuario mínimo incluido sala de estar y comedor.
- Sala de estar para familiares y pacientes
- Comedor puede ser compartido por plantas.
- Por cada 25 usuarios debe disponer un lavabo-váter adaptado para hombres y otro para mujeres.

Condiciones materiales exigidas

(Cont.)

Mortuorio

- Acceso exterior diferenciado y separado de la entrada del centro para la entrada de personas y coches.
- Debe tener lugar de recogimiento para familiares.

Cocina

- El suelo antideslizante y las paredes hasta una altura mínima de 2 m.
- Espacio para almacenaje de comestibles en lugar seco.
- Cámara frigorífica con capacidad suficiente.
- Contenedores propios y con salida de desperdicios directa al exterior.
- Centros con 25 usuarios o menos: superficie de 0,5 m²/usuario con un mínimo de 5 m².
- Centros con 25 usuarios o más: superficie mínima de 12,50 m², más 0,50 m² por cada persona que rebase de 25 hasta llegar a 25m².

Instalaciones para el lavado de ropa

- El suelo antideslizante y las paredes hasta una altura mínima de 2 m.
- Materiales de fácil limpieza
- Debe disponer contenedores propios y diferenciados.

Otros espacios

- Superficie exterior preferentemente ajardinada u otros espacios exteriores (terrazas, patios).
- Mínimo 3 espacios cerrados destinados a despachos que garanticen la confidencialidad.
- Espacio destinado a sala de curas.
- Utillaje y equipamiento médico para resolver las necesidades diarias y de medicación para atender las urgencias cardio-respiratorias.
- Residuos: equipamiento para la eliminación de residuos sanitarios de acuerdo al decreto 27/1999, de 9 de febrero, de gestión de residuos sanitarios.

Servicios de atención de día sociosanitaria
Condiciones materiales exigidas
1.- Emplazamiento

Pueden estar ubicados en un centro sociosanitario o no.
 En caso que se incluyan dentro, pueden disponer de espacios comunes con el centro.
 Superficie mínima útil: 12m² por persona.

2.- Características generales

Disponen de las siguientes áreas:

Comedor-estar

- Con equipamiento apropiado y confortable.
- Butacas reclinables.
- Ratio de 3 m² útiles por usuario.

Rehabilitación

- Si el centro está ubicado en centro sociosanitario, hará uso de sus instalaciones.
- En centro autónomo, dimensión mínima de 50m² útiles equipada con material necesario para la actividad.

Terapia Ocupacional

- Disponer de todos los elementos para potenciar la autonomía de las personas.
- Posibilidad de que el comedor-sala estar y la sala de terapia sea una sala única polivalente.

Condiciones materiales exigidas*(Cont.)***Despachos y curas**

- Despacho médico.
- Despacho de trabajo social.
- Posibilidad de despachos compartidos.
- Habitación de atención especial con una cama, mínimo de 10m² útiles.

Otros espacios

- Un baño o ducha geriátrica asistida.
- Lavabo y WC adaptado con asideros y sistema de alarma para mujeres y para hombres.
- Armario cerrado para poder dejar los objetos personales de los usuarios.
- Almacenes diferenciados para material limpio y material sucio.
- Almacén general.
- Control de enfermería.
- Área de recepción y espera.
- Área de recepción.

Servicios de internamiento de media y larga estancia sociosanitaria/Servicios de atención de día sociosanitaria

Condiciones funcionales exigidas

Las condiciones funcionales mínimas exigidas por el decreto 92/2002 son las siguientes:

- Garantizar los derechos de las personas usuarias.
- *Libro de Registro*: el centro deberá tener un registro en el que constarán: número de expediente, fecha de ingreso, nombre y apellidos, tarifa acordada, afiliación a seguridad social, médico responsable, seguros de accidentes y de defunción, fecha y causa de salida de la persona usuaria del centro.
- *Régimen contable*: el centro deberá regirse de acuerdo al régimen contable vigente.
- *Régimen de precios*: se deben establecer tarifas de precios para cada servicio ofrecido y se hará entrega a la persona del recibo en el momento del pago.
- *Organigrama del centro*: debe estar a disposición de usuarios, familiares y órganos de la administración de la Generalitat.
- *Organización higiénico-sanitaria y de seguridad*: el centro debe cumplir la normativa vigente en higiene y seguridad en el trabajo.
- *Documentación sociosanitaria*: el centro debe abrir una historia clínica sociosanitaria actualizada para cada persona, informe de alta sanitaria y social para cada usuario/a que cause alta y que deberá entregarse a la persona o familiar a cargo de la persona.
- *Manual de régimen interior*: el centro ha de disponer de un manual en el que consten las normas de funcionamiento del centro y deberá estar en un lugar visible y al alcance de todo el personal, usuarios y familiares.
- *Régimen de visitas*: el centro debe establecer un sistema para informar y controlar las visitas, con un horario flexible y de como mínimo de 10 horas diarias.
- *Reclamaciones*: el centro debe disponer de mecanismos para la atención de las reclamaciones de las personas usuarias y sus familiares, mediante la existencia de hojas de reclamaciones y buzón de sugerencias.

Ratio personal y perfiles profesionales <i>Atención directa/</i> <i>Atención indirecta</i>	<ul style="list-style-type: none"> - No existen ratios de atención directa / indirecta exigidos en la normativa actual. <p><i>Personal:</i> Compuesto por equipo interdisciplinar formado por una persona responsable asistencial, médico/s, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, trabajadores/as sociales, fisioterapeutas y el resto de profesionales necesarios para proveer adecuadamente los servicios.</p>
---	---

3. Modelo de acreditación vigente

Objeto y ámbito de aplicación	<p>La acreditación es un proceso por el que un centro se incorpora a una verificación externa que evalúa posteriormente el nivel en que dicha organización se sitúa en relación a un conjunto de estándares previamente establecidos y consensuados.</p> <p>Es un método para incentivar a los profesionales de los centros a que analicen su organización e incidir en la mejora de la calidad y de la asistencia que se presta.</p> <p>El ámbito de aplicación :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros Sanitarios de atención aguda. - Centros de atención sociosanitarios. - Centros de atención en salud mental y adicción. <p>La acreditación presenta carácter obligatorio en los centros públicos, en aquellos que quieren formar parte de la red pública de centros sociosanitarios y en aquellos centros que deseen establecer convenios o contratos de gestión con el Servicio Catalán de la Salud de acuerdo al decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.</p>
Objetivos que persigue el modelo	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un nivel de calidad realista y consensuado por una organización competente. - Impulsar la mejora de la organización. - Disponer de una política activa que incida directamente en el progreso de las instituciones sanitarias
Ejes clave del modelo	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación a la satisfacción de los usuarios y valoración del grado de satisfacción de los profesionales de las organizaciones sanitarias y una evaluación centrada en el proceso y orientada a los resultados de la asistencia. - Se consideran aspectos relevantes la incidencia directa en la mejora de la calidad de la asistencia y la generación de un impacto positivo en la sociedad. - Estándares centrados en el proceso y orientados a resultados. - Intervención de entidades evaluadoras externas. - Formación y control de los auditores para garantizar la calidad de las actuaciones. - Aplicable a todos los servicios sanitarios: atención sociosanitaria, salud mental, adicciones y atención primaria.

<p>Agentes que intervienen y responsabilidades</p>	<p>Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Salud: encargado de otorgar el certificado de acreditación.</p> <p>Comité de acreditación: es un órgano técnico suscrito a la Dirección General de Recursos Sanitarios encargado de evaluar a los centros en relación a los estándares de acreditación establecidos y de proponer la resolución del procedimiento al Director General de Recursos Sanitarios.</p> <p>El Comité de acreditación está integrado por los siguientes miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presidente: Subdirector General de Servicios Sanitarios - Vicepresidente: Jefe de Calidad asistencial y acreditación - Dos personas técnicas adscritas al Servicio de calidad asistencial y acreditación - Tres personas con experiencia en sistemas de evaluación <p>Las funciones del Comité de Acreditación son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar y evaluar la documentación técnica de los expedientes de acreditación de los centros. - Formular propuestas de resolución de otorgamiento, denegación o modificación de acreditaciones del centro. - Realizar informes relacionados con los planes de mejora presentados por el centro. - Proponer la tipología de auditoría de seguimiento que se debe aplicar a cada centro. <p>Entidades evaluadoras externas del modelo de acreditación: TÜV, ECA-Grupo Bureau –Veritas y Addient. Garantizan independencia y confidencialidad en la evaluación de acuerdo a normas internacionales, acreditadas por ENAC /DS.</p>
<p>Proceso de acreditación</p>	<p>EL procedimiento de acreditación se realiza en varias fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud de la persona que representa el centro dirigida a la Dirección General de Recursos Sanitarios para el reconocimiento del cumplimiento de estándares, aportando la documentación requerida: <ul style="list-style-type: none"> - Documento acreditativo de la personalidad del solicitante o de la representación que ostente. - Declaración firmada por el responsable del centro de que se compromete a facilitar toda la información /documentación que le sea requerida y que ésta se ajusta a la realidad. - Documento de autoevaluación formalizado (Cuestionario de estándares de calidad que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sociosanitarios públicos de acuerdo a la orden de 7 de mayo de 2001, DOGC 3388). 2. En un plazo de 10 días, el Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación de la Dirección General de Recursos Sanitarios admitirá el trámite de la solicitud una vez verificado que la documentación aportada es correcta. 3. Evaluación del centro ante una entidad evaluadora externa autorizada por el Departamento de Salud que emitirá un informe de la evaluación y que hará llegar al centro para que si lo considera oportuno, realice las alegaciones pertinentes en un plazo de 15 días. Finalizado este plazo, la entidad evaluadora emitirá un informe final. 4. El Comité de Acreditación analizará el informe realizado por la entidad evaluadora externa y si lo cree conveniente demandará en un plazo de 15 días, que lleve a cabo otras actividades evaluadoras complementarias o de subsanación del informe que se ha emitido. 5. El Comité de Acreditación una vez analizado el informe y las posibles alegaciones, emitirá una propuesta de otorgamiento o de denegación de la acreditación, dejando constancia en caso de denegación, de las razones que han motivado la respuesta desfavorable. 6. La Dirección General de Recursos Sanitarios, a instancia del Comité de Acreditación, emitirá una resolución autorizando o denegando la acreditación del centro, en un plazo máximo de 5 meses contados desde la fecha en que se inició el proceso.

Proceso de acreditación

(Cont.)

La acreditación tendrá una vigencia de 3 años y la renovación se deberá solicitar, en caso necesario, dentro de los tres meses anteriores a la finalización de la vigencia.

La certificación se emitirá en base al porcentaje de estándares de acreditación que el centro consiga y también se puede otorgar la certificación sujeta a la ejecución de un plan de mejora presentado por el centro. Los estándares conseguidos se determinan en relación a unos intervalos cuantitativos y cualitativos de grado de cumplimiento de estándares que el Departamento de Salud establezca.

7. Los centros acreditados se evaluarán anualmente y existen dos formas de realizar esta evaluación. El Comité de Acreditación propondrá en cada caso el tipo de auditoría de seguimiento que se aplicará en función del porcentaje de cumplimiento de los estándares de acreditación por parte del centro.
 - Auditoría interna realizada por el mismo centro de los puntos pendientes conseguidos y reservada para los centros en que su grado de cumplimiento de los estándares de acreditación se sitúe en el intervalo superior estimado por el Departamento de Salud.
 - Auditoría externa realizada por entidades evaluadoras autorizadas.

Indicadores

Los centros sociosanitarios disponen de un total de 76 indicadores que se distribuyen en 20 de carácter general, que aplican a todos los servicios sociosanitarios, y que se distribuyen en 4 dimensiones (atención a pacientes - familia, aspectos relacionales - derechos de la persona, organización - gestión del centro y coordinación de la atención), 2 indicadores para el servicio de hospitalización, 4 para el servicio de media estancia, 5 para el servicio de larga estancia, 6 indicadores específicos de hospital de día, 7 indicadores específicos de UFISS, 6 indicadores específicos de PADES, 5 indicadores específicos de EAIA.

Además se incluyen indicadores por línea de acción: 5 indicadores específicos de geriatría, 6 indicadores específicos de demencia/Alzheimer, 5 indicadores específicos de enfermedades neurológicas que cursan discapacidad y 5 indicadores específicos de paliativos.

Se detallan a continuación el conjunto de indicadores. Entre paréntesis se indica el valor estándar del indicador.

Indicadores generales para toda la tipología de centros
Dimensión 1: atención a los pacientes y la familia

1. Los pacientes atendidos tienen una valoración del dolor para poder instaurar medidas oportunas y adecuadas para su abordaje y valorar la efectividad. (80%).
2. Los pacientes atendidos tienen una valoración de los principales riesgos en el momento de ingresar o en inicio de la atención, y de manera periódica, para identificar las necesidades de establecer medidas preventivas y de control de los factores relacionados con estos riesgos. (90%).
3. Los pacientes atendidos tienen una valoración de los principales riesgos de casos centinela cuando ingresan o en el inicio de la atención y de forma periódica, para identificar la necesidad de establecer medidas preventivas. (90%).
4. Los servicios o unidades donde son atendidos disponen de un programa de prevención de caídas. (100%).
5. Los profesionales aplican medidas para la prevención del delirium o síndrome confusional agudo en los pacientes que atienden. (80%).
6. El centro tiene un sistema de detección, monitoraje y mejora de los procesos básicos relacionados con la seguridad de la medicación. (100%).
7. Los pacientes con riesgo nutricional tienen una atención específica para cubrir sus necesidades. (80%).
8. Los pacientes y sus familias tienen elaborado un plan educativo, en función de la valoración de sus necesidades, para favorecer la adaptación a los nuevos condicionantes de salud y a las nuevas situaciones a las que se tiene que adaptar. (80%).

Indicadores*(Cont.)****Dimensión 2: aspectos relacionales y derechos de la persona***

9. El centro desarrolla los instrumentos que ayudan a garantizar el abordaje de temas éticos en la práctica diaria de la organización. (90%)
10. El centro vela para que los pacientes dispongan de la información para la toma de decisiones cuando se deba realizar un proceso que pueda implicar un riesgo hacia el paciente. (80%)
11. El centro dispone de sistemas que favorecen la comunicación en personas con dificultad para expresarse. (90%)
12. Los pacientes con alteración sensorial por pérdida de visión o audición tienen una valoración de sus necesidades, y se especifica el tipo de apoyo o ayuda que necesitan para mejorar la interacción con el entorno. (70%)
13. Los pacientes atendidos en los servicios sociosanitarios tienen un grado de satisfacción alto de los servicios recibidos. (100%)
14. Los pacientes atendidos en dispositivos sociosanitarios tienen una valoración periódica de su calidad de vida percibida con relación a la salud. (70%)
15. El centro promueve la vinculación de la familia en el proceso de atención de los pacientes. (90%)

Dimensión 3: Organización y gestión del centro

16. Los miembros del equipo asistencial realizan regularmente actividades de formación continuada, docencia e investigación para el mantenimiento y mejora de sus competencias. (66%)
17. El centro dispone de un cuadro de mando de indicadores de calidad y de gestión del riesgo relacionado con la atención del paciente, con la finalidad de contribuir a la mejora de la atención. (80%)

Dimensión 4: Coordinación de la atención

18. Cuando se da un alta a un paciente, se le proporciona un informe de alta que integra las diferentes áreas que han intervenido en el proceso de atención. (90%)
19. El centro facilita la información necesaria para asegurar la continuidad de la asistencia cuando un paciente es derivado o trasladado a un servicio de urgencias o a otras unidades o servicios (90%)
20. La unidad tiene definida la sistemática de coordinación y de mejora de la continuidad de la atención tanto dentro como fuera de la unidad. (90%)

Indicadores específicos: Servicios de internamiento - hospitalización

1. Los centros disponen de un sistema de dosis unitaria para garantizar la correcta administración de la medicación del paciente. (80%)
2. La sujeción o contención mecánica y aislamiento de los pacientes se realiza de forma segura y solo cuando es estrictamente necesario. (70%)

Indicadores específicos: Servicio de media estancia

1. La unidad de media estancia realiza una valoración de la eficacia de sus intervenciones mediante la valoración de la mejora funcional de los pacientes que siguen un programa de rehabilitación. (70%)
3. Se realiza un diagnóstico precoz de delirium en pacientes en situación de riesgo que ingresan en las unidades de media estancia con la finalidad de activar medidas encaminadas a iniciar su tratamiento de manera precoz.. (66%)
4. Los pacientes con riesgo de lesiones por presión de la unidad tienen medidas preventivas para evitar la aparición de lesiones en la piel. (como máximo el 15%)

Indicadores*(Cont.)****Indicadores específicos: Servicio de larga estancia***

1. Las unidades de larga estancia realizan de manera periódica un cribado en sus pacientes para detectar trastornos depresivos. (90%)
2. Los pacientes ingresados en la unidad de larga estancia tienen una revisión periódica del tratamiento farmacológico para asegurar la adecuación y la eficacia. (90%)
3. El centro debe tener definido un programa de apoyo a la familia. (80%)
4. La unidad realiza una evaluación de los programas para el mantenimiento y la mejora de la autonomía funcional, psicológica y sociocultural. (80%)
5. Los pacientes ingresados en una unidad de larga estancia tienen una valoración periódica de la idoneidad o no de continuar en esta unidad. (90%)

Indicadores específicos: Hospital de día

1. Los pacientes con alteraciones cognitivas son evaluados neuropsicológicamente para determinar el grado y el alcance del deterioro. (80%)
2. Los pacientes que puedan beneficiarse de medidas rehabilitadoras en el hospital de día en programas terapéuticos, generales o específicos mantienen, mejoran o compensan su capacidad funcional. (85%)
3. Los hospitales de día realizan de forma periódica una evaluación de los programas de atención al paciente y a la familia ofrecidos por la unidad. (80%)
4. Los hospitales de día disponen de elementos preventivos para evitar o disminuir los riesgos del paciente, con la finalidad de garantizarle un entorno seguro y adecuado. (83%)
5. El hospital de día dispone de estrategias de intervención y apoyo al cuidador ante la detección de riesgo de claudicación familiar. (90%)
6. Los usuarios del hospital de día se sienten satisfechos con la atención que reciben de los profesionales del hospital de día. (80%)

Indicadores específicos: UFISS (Unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria)

1. El tiempo máximo de respuesta a una interconsulta efectuada a la UFISS es de 24 h. (80%)
2. La unidad tiene definidos los criterios de acceso y alta de los pacientes que tienen que ser atendidos por la UFISS. (100%)
3. Los pacientes que son atendidos en la unidad tienen una valoración multidimensional integral. (90%)
4. Los pacientes atendidos a la unidad tienen asignada una persona de referencia para la gestión del caso, que favorecerá la continuidad del proceso de atención y la realización del plan de actuación previsto. (90%)
5. La unidad dispone de un conjunto de protocolos de atención y organizativos que ayudan a minimizar la variabilidad no deseable de su actuación. (80%)
6. La UFISS desarrolla y aplica protocolos de proactividad para la selección/detección y atención de pacientes de riesgo desde los primeros días del ingreso. (100%)
7. La UFISS evalúa de manera periódica el grado de satisfacción de los profesionales de los principales servicios con los cuales se relaciona para la valoración y el seguimiento conjunto de los pacientes. (100%)

Indicadores específicos: PADES (Programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo)

1. El PADES facilita la accesibilidad a los que tienen una solicitud de atención por parte de diferentes dispositivos asistenciales. (90%)
2. El equipo hace una valoración multidimensional de la persona atendida en el PADES. (85%)
3. El PADES tiene definidos los criterios de complejidad utilizados para valorar los pacientes. (100%)

Indicadores*(Cont.)*

4. El equipo realiza una valoración multidimensional e interdisciplinaria de manera oportuna para proceder a la elaboración del plan de atención integral del paciente y su familia. (90%)
5. El profesional del PADES, dentro del programa de acompañamiento durante el proceso de duelo, realiza contactos de seguimiento con la familia después de producirse el exitus. (90%)
6. El PADES utiliza protocolos asistenciales para garantizar una buena praxis y mejorar la continuidad. (80%)

Indicadores específicos: EAIA (Equipos de evaluación integral ambulatoria)

1. Todo paciente EAIA tiene una valoración multidimensional para ayudar a clarificar el diagnóstico y establecer un plan de acción. (90%)
2. El abordaje multidimensional de la persona por parte de los profesionales de EAIA permite mejorar la efectividad del proceso de diagnóstico del paciente. (90%)
3. Los pacientes atendidos por EAIA tienen un plan de atención integral de abordaje interdisciplinar después de ser valorados por el equipo. (90%)
4. Los pacientes atendidos por EAIA tienen un mejor control de los síntomas previos, especialmente el del síntoma guía emergente que ha activado la derivación a este dispositivo. (60%)
5. El EAIA dispone de un conjunto de protocolos de atención que ayudan a minimizar la variabilidad no deseable de su actuación. (80%)

Indicadores específicos: Geriatría

1. Los pacientes geriátricos tienen un plan terapéutico y de atención individualizado y actualizado (90%)
2. Los pacientes geriátricos atendidos con el objetivo de rehabilitarse mejoran la función física gracias a la participación en programas terapéuticos específicos. (80%)
3. Los pacientes geriátricos con incontinencia urinaria tienen una valoración de su situación y un plan de intervención según el tipo de incontinencia. (80%)
4. Los profesionales que atienden a pacientes geriátricos valoran el grado de comprensión y respuesta del paciente una vez ha sido informado sobre su diagnóstico y las implicaciones de la enfermedad. (70%)
5. Los dispositivos sociosanitarios responsables de la atención del paciente geriátrico tienen en marcha un sistema de vigilancia y de prevención de la infección nosocomial. (80%)

Indicadores específicos: Demencias / Alzheimer

1. Los pacientes con demencia tienen un diagnóstico clínico o etiológico registrado en la historia con especificación del estadio. (90%)
2. Los profesionales que atienden pacientes diagnosticados con demencia valoran el grado de comprensión y respuesta del paciente una vez ha sido informado sobre el diagnóstico y las implicaciones de la enfermedad. (70%)
3. Los pacientes con diagnóstico de demencia tienen una valoración global periódica del estado de deterioro. (90%)
4. Los pacientes con demencia atendidos en cualquier dispositivo de la red sociosanitaria tienen una adecuación del tratamiento en relación a su etiología y estadio de la enfermedad. (60%)
5. Los pacientes con demencia y con trastornos de conducta que necesitan tratamiento con psicofármacos tienen unos criterios de indicación y seguimiento muy detallados para prevenir efectos iatrogénicos de la medicación. (90%)
6. Las familias de los pacientes diagnosticados con una demencia y que se encuentran atendidos dentro del ámbito sociosanitario están satisfechos con la atención que reciben de los profesionales y las instituciones. (80%)

Indicadores

(Cont.)

Indicadores específicos: Enfermedades neurológicas y discapacidad

1. Los pacientes atendidos y diagnosticados con una enfermedad neurodegenerativa o daño cerebral post-traumático tienen un plan terapéutico individualizado actualizado y elaborado de manera interdisciplinaria. (80%)
2. Las unidades que atienden pacientes con enfermedades neurológicas que pueden cursar discapacidad disponen de un conjunto de protocolos de atención y organizativos que ayudan a minimizar la variabilidad no deseable de su actuación. (100%)
3. Los profesionales responsables de la atención a pacientes con enfermedades neurológicas que pueden cursar discapacidad desarrollan estrategias para llevar a cabo las actividades previstas en el plan terapéutico. (90%)
4. Las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar discapacidad atendidas en los diferentes servicios o unidades de la red sociosanitaria expresan una mejora en su percepción de la calidad de vida relacionada con la salud como respuesta al plan de atención interdisciplinario. (60%)
5. Las familias o cuidadores principales de los pacientes con problemas de enfermedades neurodegenerativas que cursan con discapacidad se muestran adaptados a su nueva situación y no mostrarán riesgo de claudicación familiar grave. (60%)

Indicadores específicos: Paliativos

1. Los pacientes en situación de enfermedad terminal expresan una mejora de su percepción de síntomas de dolor como respuesta al plan de atención efectuado por el equipo interdisciplinario. (75%)
2. Los pacientes en situación de enfermedad terminal expresan una mejora de su percepción de síntomas de ahogo como respuesta al plan de atención efectuado por el equipo interdisciplinario (75%)
3. Las personas en situación de enfermedad terminal atendidas por los diferentes dispositivos de la red sociosanitaria expresan una mejora en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud como respuesta al plan de atención interdisciplinario. (75%)
4. Las familias y cuidadores principales de los pacientes en situación de enfermedad terminal se muestran adaptados a esta situación y no muestran riesgo de claudicación o desajuste familiar grave. (75%)
5. Los equipos de atención interdisciplinaria realizan de manera periódica un análisis reflexivo del cierre de casos, con la finalidad de encontrar oportunidades de mejora en los procesos de atención al paciente en situación de enfermedad terminal. (100%)

Estándares de calidad que deben cumplir los **centros, servicios y establecimientos sociosanitarios** de la red pública de Cataluña, de acuerdo a la orden de 7 de mayo de 2001.

1. Estándares comunes

 • Estándares Organizativos

- Relativos a la estructura

- ◆ Autorización administrativa.
- ◆ Disponer de los medios necesarios para facilitar los indicadores asistenciales y de gestión que establezca CatSalut.
- ◆ Rotulación en el centro que permita la orientación con facilidad.

- Relativos al personal

- ◆ Disponer de un registro actualizado del personal asistencial, de atención directa: nombre, titulación, especialidad, cargo, dedicación horaria y turnos.
- ◆ Organigrama con indicación del responsable asistencial.

<p>Indicadores (Cont.)</p>	<p>- <u>Estándares de calidad y de atención al usuario</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Historia clínica que recoja: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Integral, basada en un proceso de diagnóstico multidimensional: valoración médica, funcional, psicológica y social. Deberá recoger aspectos relevantes como movilidad, nutrición y AVD. • Plan de Atención Multidisciplinar con objetivos terapéuticos. • Las anotaciones en la historia deberán estar identificadas por los profesionales que las realicen. ◆ Atención social personalizada a usuario y familia, dirigida a promover la participación, ofreciendo información, orientación y apoyo, y si es necesario, la gestión de prestaciones y recursos. ◆ Tener establecida una vía para atender las sugerencias y dar respuesta a las reclamaciones. ◆ Disponer de un protocolo de actuación y de los medios necesarios es caso de urgencia vital. ◆ Protocolo de actuación ante síndromes más habituales: movilidad, cognición, estado de ánimo, nutrición, prevención y tratamiento de decúbitos, dolor y control de síntomas, caídas, incontinencias e higiene. ◆ Disponer de un programa de formación continua para los profesionales. ◆ Coordinación con otros recursos del sistema. <p>2. Estándares específicos</p> <p>Disponer de un equipo constituido por médico especializado en geriatría, personal de enfermería (DUE, ATS) estructura física necesaria de acuerdo con la función a desarrollar por el centro, que podrá ser: evaluador / terapéutico / rehabilitador – mantenimiento</p>
---------------------------------------	---

4. Análisis y evolución de resultados

<p>Valoración del modelo Conclusiones destacables</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrece información del proceso y de las tendencias de diferentes aspectos de la asistencia, organización y gestión y además es útil para evaluar la calidad del servicio, permitiendo identificar problemas u oportunidades de mejora e introducir las modificaciones necesarias en el proceso con la finalidad de conseguir la mejora continua de la calidad del trabajo asistencial. - Mejora la seguridad, como elemento clave para mejorar la calidad de la atención de las diversas personas que acceden a los servicios de atención sociosanitaria en Catalunya. - Permite integrar la actividad de gestión del riesgo dentro de los procesos clave de la organización. - Promueve el registro y la notificación de todo lo que acontezca en los centros que sea significativo y que se relacione con la atención y la seguridad del paciente. - Mejora la comunicación con los usuarios y las familias.
<p>Evolución del modelo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El programa “<i>Vida als anys</i>” impulsado por la Generalitat de Catalunya puesto en marcha durante el periodo 1992-1993 fue la primera experiencia en España sobre valoración de indicadores de calidad de los servicios sociosanitarios de media y larga estancia. - En el año 1996 se lleva a cabo una revisión y una reevaluación de los indicadores que se elaboraron en 1992-1993. - En el año 2003 se vuelve a tomar el trabajo de revisión de los indicadores reevaluados en el año 1996 con el objetivo de identificar nuevos indicadores consensuados con el sector. - Con la finalidad de continuar promoviendo la mejora de los indicadores, se inicia el proyecto de evaluación externa de la calidad de los servicios sociosanitarios durante el periodo 2005-2006, con objeto de servir de impulso para la mejora de todos los centros y garantizar un nivel básico de calidad.

Bibliografía:

Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria en Cataluña.

Orden de 10 julio de 1991, por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios.

Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por la que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de uso público en Cataluña.

Orden de 7 de mayo de 2001, por el que se regulan los estándares de calidad que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de uso público en Cataluña.

Decreto 92/2002, de 5 de Marzo por el que se establece la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización.

Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.

Decreto 658/2006, de 27 de noviembre, de modificación del Decreto 5/2006, de 17 de enero por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.

Hilarion P, Miró M, Salva A, Suñol R et al. Serveis sociosanitaris: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i a la família. Barcelona: Pla director sociosanitari: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2006.

Institut Universitari Avedis Donabedian. Guia per l'abordatge de l'atenció i el suport a la família i a l'entorn cuidador en l'àmbit sociosanitari. Barcelona: Pla director sociosanitari: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2010.

Acreditació de centres d'atenció sociosanitària de Catalunya. Manual d'Estàndards (documento provisional). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Guia d'orientació per a l'avaluació dels centres sociosanitaris. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Documentació acreditativa que s'ha d'adjuntar al qüestionari dels estàndards de qualitat de la xarxa sociosanitària. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

7.6 Conclusiones del análisis *benchmark*

Del análisis comparado de la información de cada uno de los modelos de acreditación que se presentan se desprenden aspectos interesantes que han servido, en mayor o menor medida, para configurar el modelo de acreditación de servicios de atención residencial y de centro de día que la Fundación Edad&Vida propone para España.

El modelo de acreditación de Inglaterra, válido tanto para centros sanitarios como sociales, está enfocado a valorar los resultados, a través de evidencias, de la atención y gestión del centro en las personas usuarias. Esta valoración la realiza un órgano independiente (la *Care Quality Commission* –CQC-) a través de un control y supervisión constantes, es decir, no se establecen un número de revisiones fijas.

Existe una total transparencia de los resultados de las valoraciones que realiza la CQC puesto que los informes están disponibles para que cualquier ciudadano pueda consultarlos.

El modelo no propone estándares mínimos de cumplimiento (ni siquiera de personal) lo que le confiera un alto grado de subjetividad que se intenta minimizar con la formación a las personas evaluadoras y la publicación de guías de valoración.

En el corto periodo de recorrido de este modelo (se inició en 2009) ya existen informes que evidencian la mejora de la calidad de los servicios evaluados.

Suecia, por su parte, lleva trabajando en la mejora de la calidad de sus servicios desde hace más de 25 años, pero no dispone de un modelo concreto de acreditación de centros.

El modelo sueco no es totalmente comparable al resto de modelos que se han analizado, puesto que los recursos que pone a disposición de los usuarios se alejan de los denominados residenciales y que están ampliamente implantados en España. Al tratarse de recursos diferentes, los resultados en la calidad de vida de la persona usuaria pueden ser diferentes. Suecia es un país con una baja oferta de servicio residencial, que ha sustituido por lo que denomina alojamientos especiales, que son apartamentos con servicios o pequeñas unidades de convivencia.

Desde 2007 dispone de un sistema de medición de la calidad de los centros que ha implantado de manera

progresiva. Son los municipios quienes a través de sus ayuntamientos marcan los requerimientos.

El modelo de acreditación sueco, que se puso en marcha en 2006, se caracteriza por promocionar la privacidad y la autonomía de las personas usuarias y su participación activa en la elaboración de su plan de atención individual. Basa los resultados de la calidad en encuestas de opinión y satisfacción a los usuarios y no marca estándares mínimos de cumplimiento.

Por su parte, Francia dispone de un modelo de calidad que se basa en una planificación del sector médico-social a través de una política de salud territorializada que marca prioridades y objetivos.

No existe un modelo de acreditación de centros y servicios. Los centros deben cumplir con ciertas condiciones funcionales y materiales que garanticen una atención individualizada de calidad. Los centros tienen la obligación de participar en una evaluación externa, que realiza un órgano independiente autorizado por la Agencia Nacional de Evaluación y Calidad de los centros y servicios sociales y médicos.

No obstante, la periodicidad en la que la entidad evaluadora externa revisa los criterios de calidad -7 años- puede parecer muy extensa en el tiempo.

En España, se ha analizado el modelo de acreditación de centros sociosanitarios de Cataluña por ser un modelo de proximidad incardinado en el sector sanitario, con una dilatada experiencia en acreditación.

Es de carácter obligatorio para aquellos centros que quieren formar parte de la red pública de centros sociosanitarios y para aquellos centros que deseen establecer convenios o contratos de gestión con el Servicio Catalán de la Salud.

La evaluación externa la realiza una entidad evaluadora autorizada, bajo un sistema de evaluación centrado en el proceso y orientado a los resultados de la asistencia.

Se han definido estándares de medida de los indicadores del modelo, aunque no se exige ratio de personal para ninguna categoría profesional.

El enfoque a resultados por innovador del modelo inglés y su constatación de resultados positivos en la calidad de los centros, la progresividad en la implantación y la participación activa del usuario en lo que hace referencia a su atención del modelo sueco, la medición y propuesta de estándares de aspectos relaciona-

dos con la atención a la salud de las personas usuarias en Cataluña y la evaluación por parte de una agencia externa independiente del modelo francés, son algunas de las claves que se han tomado de referencia para

configurar el modelo que presenta la Fundación, que pretende servir de base para avanzar en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia en España.

8 Anexo II: Guía del evaluador

La guía que se presenta a continuación debe servir como base, por un lado a las CCAA y por otra a las entidades y personas evaluadoras para conocer en profundidad los aspectos que definen y componen y los criterios exigibles en relación a los cinco ámbitos de valoración del modelo de acreditación de la Fundación Edad&Vida.

Esta guía debe ser completada con formación específica al respecto del modelo con el objetivo de homogeneizar la evaluación y eliminar posibles subjetividades por parte de las personas evaluadoras.

Consta de dos partes:

1. Un formulario que contiene los requisitos previos, materiales, funcionales y estructurales que deben cumplir los operadores.
2. Una guía de los 5 ámbitos de valoración de resultados de la atención del modelo en la que se recoge:
 - El contenido: el proceso y resultado de la atención que se espera en las personas usuarias.
 - La guía de evidencias que permite justificar el cumplimiento del contenido de cada ámbito de valoración.
 - La valoración del impacto: se presentan ejemplos prácticos de incumplimiento y el tipo de impacto que genera en la persona usuaria (bajo, medio, alto).
 - La valoración de la probabilidad: se presentan ejemplos prácticos de valoración de la probabilidad de que vuelva a ocurrir el incumplimiento detectado. Puede darse una probabilidad posible, probable o poco probable.
 - La valoración final del cumplimiento: se presentan ejemplos del resultado final del cumplimiento de la valoración. Ésta puede tener los valores de: cumple, incidencia baja, incidencia moderada, incidencia alta, en función de la combinación del análisis del impacto y la probabilidad del incumplimiento.

FORMULARIO DE REQUISITOS DEL MODELO DE ACREDITACIÓN

TIPO DE CENTRO O SERVICIO	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención residencial • Centro de día 	
SOLVENCIA ADMINISTRATIVA	
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de alta en Impuesto de Actividades Económicas • Impuesto sobre la renta de las personas físicas / de no Residentes / de Sociedades • Declaraciones periódicas por el Impuesto de Valor Añadido y declaración anual • Inscripción en el sistema de la Seguridad Social • Alta de los trabajadores que presten servicio en la empresa • Documentos de cotización a la Seguridad Social • Certificado de estar al corriente de pago de las cuotas o de otras deudas con la Seguridad Social 	
SOLVENCIA TÉCNICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Titulaciones académicas y profesionales del personal de dirección de la entidad y del personal responsable de la prestación del servicio • Declaración del material, instalaciones y equipo técnico de que dispone la entidad para la prestación del servicio 	
SOLVENCIA ECÓNOMICA Y FINANCIERA	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuentas anuales auditadas del último ejercicio 	
AUTOEVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Informe con los resultados de la autoevaluación del centro o servicio 	
REQUISITOS BÁSICOS DEL MODELO DE CENTRO	
<ul style="list-style-type: none"> • El centro clasifica a las personas según su grado de dependencia • El centro dispone de una cartera de servicios común: <ul style="list-style-type: none"> - Alojamiento - Restauración - Limpieza-lavandería - Convivencia - Apoyo y supervisión a las ABVD/AIVD - Hábitos de autonomía - Fisioterapia - Terapia ocupacional - Intervención psicosocial - Intervención sociocultural - Actividades de ocio (centro de día) - Apoyo personal, social y familiar (centro de día) - Dinamización sociocultural (centro de día) 	

<ul style="list-style-type: none"> • El centro dispone de una cartera de servicios específica según grado de dependencia: <ul style="list-style-type: none"> - Autónomos/dependencia leve y dependencia grado I: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Administración, reparto y seguimiento farmacológico - Dependencia grado II: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Apoyo y supervisión médica ◆ Apoyo y supervisión de enfermería ◆ Tratamiento a la incontinencia ◆ Rehabilitación menor - Dependencia grado III: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Apoyo y supervisión médica ◆ Apoyo y supervisión de enfermería ◆ Tratamiento de la incontinencia ◆ Tratamiento de la inmovilidad ◆ Apoyo en alimentación –aplicación sonda nasogástrica ◆ Atención a grandes síndromes geriátricos ◆ Rehabilitación menor ◆ Atención cuidados paliativos - Centro de día: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Seguimiento y prevención de alteraciones de salud ◆ Fisioterapia de mantenimiento • El centro dispone de una cartera de servicios de carácter opcional: <ul style="list-style-type: none"> - Peluquería-barbería - Podología - Apoyo psicológico familiar - Transporte adaptado (centro de día) - Lavandería 	
<p>CONDICIONES FUNCIONALES EXIGIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de régimen interno • Plan de gestión de calidad • Carta de servicios • Documentación referida a la persona usuaria • Documentación referida al propio centro • Plan de emergencia • Sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos • Documentación referida al personal del centro • Protocolos de actuación si no van incluidos en el plan de calidad • Información a remitir a los órganos competentes • Información a suministrar a la persona en situación de dependencia y familiares • Información referida a las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad • Documentación del cumplimiento de la ley 13/1982, LISMI 	

CONDICIONES MATERIALES Y ESTRUCTURALES	
• Medidas de señalización y de localización	
• Habitaciones individuales	
• Espacios diferenciados de acuerdo a los servicios que ofrece el centro, de día y de noche, según grado de dependencia (grado II y grado III) y su capacidad cognitiva-relacional	
- Recepción	
- Despachos	
- Sala de espera/visitas	
- Vestuarios y aseo para el personal	
- Almacén de víveres, almacenaje de medios de conservación, manipulación y tratamiento de alimentos y lavado de menaje (si no externaliza)	
- Zona de recepción y clasificación de ropa, lavado y planchado, repaso y almacén de lencería (si no externaliza)	
- Sala para servicio de peluquería y podología (si se contempla el servicio)	
- Sala para la realización de actividades de animación sociocultural/terapia ocupacional y rehabilitación	
- Sala de usos múltiple	
- Espacio dedicado al reposo (centro de día)	
• El entorno del centro respeta la dignidad de las personas, adaptado a las decisiones de la persona usuaria	
• El centro dispone de productos de apoyo auxiliares para personas autónomas o en situación de dependencia leve	
• El centro dispone de baños geriátricos internos como mínimo cada dos habitaciones (grado II y grado III)	
• El centro dispone de espacios diferenciados de acuerdo al grado de dependencia y la capacidad cognitiva-emocional (grado II y grado III)	
• El centro dispone de productos de apoyo de uso común y puntual (grado II y grado III)	
RECURSOS HUMANOS	
• El Centro /Servicio Residencial cumple con las siguientes ratios mínimas de personal:	
- Autónomos/dependencia leve: 0,097	
- Grado I, dependencia moderada: 0,263	
- Grado II, dependencia severa: 0,356	
- Grado III, gran dependencia: 0,384	
• El Centro/servicio de día cumple con las siguientes ratios mínimas de personal:	
- Autónomos/dependencia leve: 0,097	
- Grado I, dependencia moderada: 0,199	
- Grado II, dependencia severa: 0,235	
- Grado III, gran dependencia: 0,189	
• El centro/servicio residencial dispone de una plantilla con formación especializada en demencias y deterioro cognitivo	
• Política de RRHH	

•El centro /servicio de atención residencial dispone de los siguientes perfiles profesionales:	
- Enfermero/a	
- Fisioterapeuta	
- Terapeuta ocupacional	
- Trabajador/a social	
- Educador social / animador/a sociocultural	
- Psicólogo/a	
- Gerocultor/a	
- Médico (para centros con personas en situación de dependencia)	
•El centro de día dispone de los siguientes perfiles profesionales:	
- Psicólogo/a	
- Gerocultor/a	

Se presenta a continuación la guía para evaluar los ámbitos que miden los resultados del modelo:

1 La persona usuaria recibe una atención segura, adecuada y adaptada a sus necesidades, cumpliendo sus derechos.

Contenido:

1. Las personas usuarias son valoradas de forma integral en el momento del ingreso y de forma periódica utilizando diferentes escalas validadas/consensuadas.
2. Las personas usuarias disponen de un Plan de atención Individualizado actualizado.
3. Las personas usuarias son supervisadas periódicamente en relación a aspectos generales de la salud y son atendidos sus déficits detectados, de manera que se garantice una adecuada atención.
4. Las personas usuarias en situación de dependencia de grado III disponen de un tratamiento específico de atención sanitario avanzado para la prevención de lesiones en la piel, para el tratamiento de la inmovilidad, para la aplicación de medidas de sujeción o contención (en casos que sea estrictamente necesario y de forma segura) y para la atención en los últimos momentos de vida (específico para servicios de atención residencial).
5. Las personas usuarias en situación de dependencia de grado III, con necesidades de cuidados debido a enfermedades geronto-psiquiátricas y con trastorno mental, son tratadas de forma adecuada mediante la aplicación de un programa de atención específico y mejoran o mantienen su calidad de vida (específico para servicios de atención residencial).
6. El centro identifica, previene y resuelve aspectos relacionados con el abuso, malas prácticas o maltrato hacia las personas usuarias.

Guía de evidencias:

- Valoración integral de la persona usuaria que contenga:
 - Valoraciones de área social, funcional, estado de salud y necesidades de la persona usuaria, capacidades cognitivas y estado emocional, creencias y valores.
 - Valoración de riesgos que incluya riesgo de lesiones por presión, riesgo de caídas, y riesgo nutricional.
 - Valoración de riesgos de autolesión, sospecha y/o riesgo de maltrato/negligencia/abuso y en personas con alteración cognitiva-conductual, riesgo de fuga o agresividad.

El centro/servicio realizará la actualización de la valoración de las personas en situación de dependencia de grado III cada seis meses, para el resto de personas la actualización será anual y según normativa específica de cada CCAA.

- Existencia de Expediente de Atención completo y actualizado que contiene una valoración integral (inicial y periódica), PIAI, registros de seguimientos interdisciplinarios, prescripciones médicas, registro de medicación, informes de traslados, etc.
- Aplicación de diferentes programas, protocolos de actuación y registros para la atención a las personas usuarias, cuando procedan:
 - Protocolo de valoración y seguimiento de lesiones por presión (específico para servicio de atención residencial).
 - Protocolos y registros mínimos para la atención de caídas, hipertensión arterial, estreñimiento, incontinencias, constantes, síntomas de deshidratación, control de peso, diabetes mellitus, sondajes, catéter, ostomías, control de dolor, desinfección, cambio de absorbentes, cambios posturales (específico para servicios de atención residencial: los protocolos y registros sobre control dolor, sondajes, catéter y ostomías).
 - Programa para la atención y prevención de la inmovilidad que contemple los apartados de riesgo que motivan la contención física o inmovilidad, prescripción (cambios posturales, masajes, higiene, aporte de líquidos) en las posibles complicaciones en el aspecto músculo-esquelético (postura y alineación corporal), al sistema gastrointestinal y en el sistema respiratorio y cardiovascular (específico para servicio de atención residencial).
 - Registro de seguimiento de las personas con contención física y existencia en el expediente de la persona usuaria de los siguientes aspectos (específico para servicio de atención residencial):
 - ◆ Apartados de riesgos que motivan la contención física o inmovilidad.
 - ◆ Prescripción (duración, tipo, periodicidad e indicación del material homologado que se debe utilizar).
 - ◆ Constancia de la información y consentimiento o no consentimiento de la familia/persona usuaria.
 - ◆ Seguimiento de la valoración de las necesidades específicas y reevaluación médica periódica.
 - Programa para la atención de personas usuarias con enfermedades geronto- psiquiátricas en que consten las actividades específicas que el centro realiza para la atención a las personas usuarias con este tipo de necesidades. El centro debe contar con espacios seguros que faciliten la deambulación y la libertad de movimientos de las personas usuarias.
 - Protocolo de actuación de cuidados en los últimos momentos de vida y existencia de habitación individual para la persona usuaria en fase terminal y a la que la familia pueda acceder de forma continua, respetando su intimidad (específico para servicio de atención residencial).
 - Aplicación de procedimientos de actuación frente a dilemas éticos ante diversas situaciones: maltrato, negligencia o abuso, personas con incapacitación, utilización de contención física, orientación a usuarios y familiares sobre voluntades anticipadas.
 - Aplicación de protocolo de actuación para prevención y tratamiento de posibles abusos.

Indicadores mínimos exigibles (no limitativos):

- Aplicables a centros con personas usuarias con grado II y III de dependencia:

N°	Indicadores	Fórmula de cálculo
1	Incidencia anual de personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento	Número de nuevas personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento/número de personas usuarias con riesgo
2	Prevalencia de personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento (a una fecha determinada)	Número de personas usuarias con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento/número de personas usuarias con riesgo
3	Prevalencia de úlceras por presión (a una fecha determinada)	Número de personas usuarias con úlceras por presión /número de personas usuarias con riesgo
4	Incidencia anual de úlceras por presión	Número de nuevas personas usuarias con úlceras por presión/número de personas usuarias con riesgo de úlceras por presión
5	Tasa de curación de úlceras por presión	Número de personas usuarias curadas de úlceras por presión/número de personas que han presentado úlceras por presión
6	Incidencia de caídas y/o fracturas en los últimos 30 días	Número de nuevas personas con caídas y/o fracturas en los últimos 30 días/número de personas usuarias con riesgo de caídas y/o fracturas
7	Seguimiento y control mediante protocolos específicos: hipertensión arterial, estreñimiento, incontinencias, control de peso, deshidratación, diabetes, sondajes, catéter u ostomías	Existe el plan (Sí/No) Se realiza seguimiento (Sí/No)
8	Porcentaje de personas usuarias encamadas a las que se les aplica un programa de atención a la inmovilidad	(Número de personas encamadas a las que se les aplica un programa de atención a la inmovilidad/número de personas encamadas)*100
9	Incidencia de medidas de sujeción o contención física aplicadas	Número de nuevas personas a las que se les aplica medidas de sujeción o contención física/número de personas usuarias con medidas de sujeción o contención física
10	Incidencia de episodios con comportamiento agresivo entre personas con demencia	Número de nuevos episodios con comportamiento agresivo entre personas con demencia/número de personas usuarias con demencia

1. Valoración del nivel de impacto

El incumplimiento del indicador se consideraría que tiene **bajo impacto** en las personas usuarias cuando la mayoría, aunque no todas, de las personas usuarias son valoradas de forma integral al inicio y periódicamente y disponen de un plan de atención individualizado y actualizado.

La mayoría de las personas en situación de dependencia de grado III disponen de tratamiento específico de atención sanitario avanzado, incluidas aquéllas con problemas de salud mental.

El centro identifica, previene y resuelve la mayoría, aunque no todas, de las situaciones relacionadas con el abuso, las malas prácticas o el maltrato hacia las personas usuarias. El centro recoge la mayoría, aunque no todos, de los indicadores exigibles.

Se consideraría **medio impacto** si existen dificultades para que las personas puedan ser valoradas y tener un plan individualizado y actualizado. El centro no identifica, previene y resuelve situaciones de malas prácticas, abusos o malos tratos aunque éstos no persisten a largo plazo. El centro recoge solo algunos indicadores exigibles.

En cambio un incumplimiento de **alto impacto** se reflejaría en aquellas situaciones en las que se detecte que en general el centro no realiza una valoración inicial y periódica de las personas y/o éstas no disponen de un plan de atención individualizado y actualizado. Las personas en situación de dependencia de grado III no disponen de tratamiento específico de atención sanitario avanzado, incluidas aquéllas con problemas de salud mental. Persisten a largo plazo las situaciones de abuso, malas prácticas o maltrato hacia las personas usuarias. El centro solo recoge alguno o no recoge ningún indicador exigible.

2. Valoración de la probabilidad

Se valora como **improbable** si el evaluador considera que no se repetirá una situación en el centro en el que la persona usuaria no reciba una atención segura, adecuada, adaptada a sus necesidades y cumpliendo sus derechos porque el centro ha adoptado medidas de control y ha incorporado procesos para evitar que vuelva a producirse.

Se valora como **posible** si el evaluador considera que existe la posibilidad que vuelva a repetirse algún hecho o situación en la que la persona usuaria no reciba una atención segura, adecuada, adaptada a sus necesidades y cumpliendo sus derechos pero se cree que no es un problema persistente en el centro.

Se valora como **casi probable** si el evaluador considera que es muy posible que reaparezca con frecuencia situaciones en las que la persona usuaria no reciba una atención segura, adecuada, adaptada a sus necesidades y cumpliendo sus derechos, como consecuencia de la existencia de numerosos errores en los procesos o en el control que realiza el centro.

3. Valoración final del cumplimiento

Cumple	El centro cumple con todos los requerimientos necesarios.
Incidencia baja	Se identifica “ incidencia baja ” cuando las personas usuarias son valoradas de forma integral al inicio y periódicamente, disponen de un Plan de Atención Integral y son supervisadas periódicamente en relación a aspectos generales de su salud, pero se dan algunas situaciones en que no se cumplen los requisitos afectando al resultado de su atención.
	El centro no satisface la totalidad de las necesidades de las personas usuarias, aunque en términos generales, realiza una valoración integral al inicio y periódicamente, aplica un plan de atención

individual y supervisa aspectos generales de su estado de salud, de acuerdo a su grado de dependencia. El evaluador considera que esta situación no se repetirá porque el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros.

Las personas se encuentran en una situación de riesgo porque el centro no aplica los cuidados, el tratamiento y/o el apoyo de acuerdo a sus necesidades individuales. El evaluador considera que es improbable que vuelva a reproducirse esta situación ya que el centro ha adoptado medidas de control y procesos para evitarlo.

- Las personas usuarias son valoradas de manera global en el momento de ingreso y también periódicamente, disponiendo de un Plan de Atención Individualizado. Son supervisadas en relación a su estado general de salud. Aunque es efectiva y apropiada, no es siempre flexible y constante y no pueden cubrir todas las necesidades individuales de la persona usuaria.

Incidencia moderada

Se identifica “incidencia moderada” cuando las personas usuarias son valoradas de forma integral al inicio y periódicamente, disponen de un Plan de Atención Integral y son supervisadas periódicamente en relación a aspectos generales de su salud, pero existen riesgos entorno a la salud y el bienestar como consecuencia de una atención contraria a la normativa establecida, no cumpliéndose siempre los resultados esperados en la atención.

El centro realiza una inadecuada atención y tratamiento a las personas usuarias que provoca consecuencias negativas para la salud y el bienestar. El evaluador considera que es poco probable que vuelva a repetirse puesto que el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros con objeto que no se reproduzcan.

Las personas usuarias se encuentran en riesgo porque el centro no aplica los cuidados, el tratamiento y/o el apoyo de acuerdo a sus necesidades individuales. El evaluador considera que es posible que se vuelva a repetir ocasionalmente en el centro aunque cree que no es un hecho persistente.

El centro no satisface la totalidad de las necesidades de las personas usuarias, aunque en términos generales, realiza una valoración de forma integral al inicio y periódicamente, aplica un plan de atención individual y supervisa aspectos generales de su estado de salud, de acuerdo a su grado de dependencia. El evaluador considera que es casi probable que suceda de nuevo o que reaparezca con frecuencia a causa de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.

- La mayoría de las personas usuarias disponen de una valoración integral al inicio y periódicamente y de un Plan de Atención Individualizado.
- Aunque generalmente se hacen revisiones periódicas del estado de salud y del Plan de Atención Individual, estas revisiones no cubren la totalidad de necesidades de las personas usuarias.
- El cuidado que se lleva a cabo en el centro no es siempre seguro, efectivo, apropiado y suficiente para cubrir las necesidades de las personas usuarias.

Incidencia alta	<p>Se identifica “incidencia alta” cuando las personas usuarias no disponen de una adecuada valoración integral inicial y periódica, su Plan de Atención Individualizado no se adecua a las características que demanda la normativa y la supervisión del estado de salud no se realiza correctamente. El centro no resuelve de forma satisfactoria las malas prácticas o abusos detectados.</p>
	<p>El centro realiza una inadecuada atención y tratamiento a las personas usuarias que provocan consecuencias negativas para la salud y el bienestar de la persona usuaria. El evaluador considera que es posible que esta situación suceda o reaparezca con frecuencia por la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <p>Las personas usuarias se encuentran en una situación de riesgo porque el centro no aplica los cuidados, el tratamiento y /o el apoyo de acuerdo a sus necesidades individuales. El evaluador considera que es casi probable que la situación suceda o reaparezca con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No todas las personas disponen de una valoración integral y de un Plan de Atención Individualizado. Aquellas personas usuarias que disponen de una valoración y de un Plan de Atención Individualizado, la información que incluye es básica y tan solo consta el registro de las necesidades de atención. • El cuidado que se lleva a cabo en el centro no es siempre seguro, efectivo, apropiado y suficiente para cubrir las necesidades de las personas usuarias. Se detectan frecuentemente situaciones de abusos o malas prácticas. <p>La valoración, Plan de Atención Individual y la supervisión del estado de la salud de las personas usuarias se realizan a través de procesos generales y en algunos casos, desfasados que no cumplen con el objetivo de permitir el bienestar y la atención de su estado de salud.</p>

2

Las personas usuarias disponen de un programa de atención nutricional adecuado a sus necesidades y personalizado.

Contenido:

1. Las personas usuarias son evaluadas y disponen de un programa de atención nutricional adecuado y personalizado para cubrir sus necesidades de alimentación y nutrición, disponiendo de dinámicas que facilitan la recogida de preferencias y el grado de satisfacción en relación a los menús que ofrece el centro.
2. El centro aplica la sonda nasogástrica únicamente en casos estrictamente necesarios (específico para el servicio de atención residencial).

Guía de evidencias:

- Aplicación de protocolo de atención nutricional que especifique las sistemáticas de valoración nutricional de la persona y aspectos que deben tenerse en cuenta (alergias, adaptaciones de dietas, suplementos nutricionales, etc.) y los sistemas organizativos que garantizan que la persona recibe la dieta adecuada.
- Aplicación de registro de alimentación enteral y observación de que el centro aplica la sonda enteral a un porcentaje de usuarios coherente con el perfil de las personas usuarias del centro (específico para servicio de atención residencial).

Indicador mínimo exigible (no limitativo):

- Aplicables a centros con personas usuarias con grado III de dependencia:

Nº	Indicador	Fórmula de cálculo
11	Prevalencia de desnutrición de personas usuarias	Número de personas usuarias con desnutrición según escala validada/total de personas usuarias en riesgo de desnutrición

1. Valoración del nivel de impacto

Se consideraría una valoración de **bajo impacto** en aquellas situaciones donde la mayoría de las personas usuarias, aunque no todas, son evaluadas y disponen de un programa de atención nutricional. Tienen acceso y toman parte a la hora de elegir sus preferencias de menús.

Se consideraría una valoración de **medio impacto** cuando las personas usuarias no pueden terminar de comer durante el tiempo estipulado para ello, no se sienten apoyadas para comer independientemente porque el personal del centro no desarrolla hábitos de autonomía para la actividad de alimentación.

Sería una valoración de **alto impacto** si las personas usuarias desconocen que están ingiriendo alimentos que contienen sustancias de las que son alérgicos o sufren problemas de deshidratación o desnutrición porque el centro no aplica un plan de nutrición adaptado a las necesidades individuales de la persona usuaria. Existe un alto porcentaje de usuarios respecto al perfil de usuarios del centro que recibe alimentación por sonda enteral.

2. Valoración de la probabilidad

Se valora como **improbable** si el evaluador considera que nunca volverá a producirse o si se produce sería un hecho aislado, que la persona usuaria no ha sido evaluada o no dispone de un programa de atención personalizado que cubre sus necesidades de alimentación y nutrición. El evaluador valoraría como improbable también si se considera que nunca volverá a suceder el hecho que el centro aplique la sonda nasogástrica a casos que no son estrictamente necesarios, porque ha adoptado medidas de control y ha incorporado procesos para evitar que estos hechos vuelvan a reproducirse.

Se valora como **posible** si el evaluador considera que puede existir la posibilidad que vuelvan a producirse situaciones en las que la persona usuaria no haya sido evaluada o no disponga de un programa de atención personalizado que cubra sus necesidades de alimentación y nutrición o que el centro no disponga de dinámicas que faciliten la recogida de preferencias y grados de satisfacción en relación a los menús que ofrece el centro.

El evaluador valora como posible que puedan volver a darse situaciones en las que el centro aplique sonda nasogástrica en casos que no sean estrictamente necesarios pero considera que no es un problema persistente en el centro.

Se valora como **casi probable** si el evaluador considera que es muy posible que se repitan situaciones en el centro donde la persona usuaria no sea evaluada o no disponga de un programa de atención personalizado que cubra sus necesidades de alimentación y nutrición o que el centro no disponga de dinámicas que faciliten la recogida de preferencias y grados de satisfacción en relación a los menús que ofrece el centro.

Se valorará como probable si es muy posible que el centro aplique sonda nasogástrica en casos que no son necesarios.

3. Valoración final del cumplimiento

Cumple	El centro cumple con todos los requerimientos necesarios.
Incidencia baja	<p data-bbox="392 424 1441 542">Se identifica “incidencia baja” cuando las personas usuarias son evaluadas y disponen de un programa personalizado de atención nutricional adaptado a sus necesidades, pero se dan algunas situaciones en las que no se cumplen los requisitos, afectando al resultado de su atención.</p> <p data-bbox="392 578 1485 724">Las personas usuarias no tienen acceso a la variedad de menús que esperan, frecuentemente reciben alimentos sustitutos en lugar de lo que ellos desean o han elegido y sienten que no pueden tomar una decisión informada a la hora de elegir los menús. El evaluador considera que es improbable o si se vuelve a repetir esta situación, no cree que sea un problema persistente para el centro puesto que han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p data-bbox="392 735 1485 880">Las personas usuarias no pueden terminar de comer durante el tiempo estipulado para ello, no se sienten apoyadas para comer independientemente porque el personal del centro no desarrolla hábitos de autonomía para la actividad de alimentación y/o no tienen acceso a los alimentos las 24 horas del día. El evaluador considera que es improbable que suceda o reaparezca de nuevo la situación porque que se han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <ul data-bbox="392 891 1485 1261" style="list-style-type: none"> • El centro dispone de un plan de atención nutricional individualizado que incluye los requerimientos necesarios entorno a la dieta que se debe aplicar a casa persona usuaria; este plan se revisa pero no se hace regularmente y el personal del centro no adopta una actitud proactiva ante la necesidad de supervisar periódicamente la evolución de las personas usuarias ante su plan nutricional. • Las personas usuarias disponen de una dieta sana y equilibrada pero no tienen acceso a los alimentos de forma permanente, es decir, no están disponibles las 24 horas al día. • Los alimentos se presentan generalmente de forma apetitosa y se ofrece apoyo para la ayuda en la alimentación y en caso que lo desee, se permite desarrollar su autonomía, aunque no se da en todas las situaciones o todas las personas usuarias que lo desean. No existe, por tanto, una actitud proactiva hacia la promoción de la persona usuaria ante la autonomía en actividad de alimentación. • Las personas usuarias disponen generalmente del suficiente tiempo para comer aunque a veces se interrumpe.
Incidencia Moderada	<p data-bbox="392 1297 1477 1415">Se identifica “ incidencia moderada” cuando las personas usuarias son valoradas y disponen de un programa personalizado de atención nutricional, pero existen riesgos entorno a la salud y el bienestar de la persona usuaria como consecuencia de una atención contraria a la normativa establecida y no se cumple siempre con los resultados del indicador.</p> <p data-bbox="392 1457 1485 1603">Las personas usuarias desconocen que están ingiriendo alimentos que contienen sustancias de las que son alérgicas o sufren deshidratación o desnutrición como consecuencia que el centro no aplica un plan de nutrición de acuerdo con las necesidades individuales y adaptado a sus necesidades. El evaluador considera que es improbable que suceda o reaparezca puesto que se han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p data-bbox="392 1614 1485 1676">Las personas usuarias no pueden terminar de comer durante el tiempo estipulado para ello, no se sienten apoyadas para comer independientemente porque el personal del centro no desarrolla hábitos de</p>

autonomía para la actividad de alimentación y/o no tienen acceso a los alimentos las 24 horas del día y el evaluador considera que es posible que pueda volver a suceder o reaparecer aunque cree que no es un problema persistente.

Las personas usuarias no tienen acceso a la variedad de menús que esperan, frecuentemente reciben un alimento sustituto en lugar de lo que ellos desean o han elegido y sienten que no pueden tomar una decisión informada a la hora de elegir los menús. El evaluador considera que es casi probable que suceda de nuevo con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el proveedor.

- El plan de atención nutricional no se revisa ni se actualiza siempre. En ocasiones aunque se ha solicitado la elaboración del plan, el personal del centro hace caso omiso y no se ha promovido su elaboración o revisión.
- La comida no siempre se presenta de manera apetitosa y no disponen de alimentos cuando lo desean.
- El centro no promueve la autonomía de la persona usuaria para que se alimente por sí misma; el apoyo a las personas para comer/beber es limitado y generalmente las personas usuarias deben esperar para recibir ayuda por parte del personal del centro.
- Generalmente tienen problemas para poder acabar de comer en el horario establecido para ese fin y/o se interrumpe con frecuencia.
- Existe preocupación de que las personas usuarias puedan estar en riesgo de desnutrición/de deshidratación.

Incidencia Alta

Se identifica “incidencia alta” cuando las personas usuarias no disponen de una valoración ni de un plan de atención nutricional personalizado.

Las personas usuarias desconocen que están ingiriendo alimentos que contienen sustancias de las que son alérgicas o sufren deshidratación o desnutrición como consecuencia que el centro no aplica un plan de nutrición de acuerdo con las necesidades individuales y adaptado a sus necesidades y el evaluador considera que es posible o casi probable que este hecho/situación suceda o reaparezca con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.

Las personas usuarias no pueden terminar de comer durante el tiempo estipulado para ello, no se sienten apoyadas para comer independientemente porque el personal del centro no desarrolla hábitos de autonomía para la actividad de alimentación y/o no tienen acceso a los alimentos las 24 horas del día y el evaluador considera que es casi probable que suceda de nuevo con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el proveedor.

- La comida es poco apetecible y la dignidad de las personas no se respeta a la hora de comer.
- El servicio de apoyo para la alimentación que ofrece el centro es limitado y con frecuencia las personas usuarias tienen que esperar al personal para recibir la ayuda.
- El centro no promueve la independencia y las instalaciones no están adaptadas para que las personas se puedan alimentar por sí mismas.
- Las comidas son frecuentemente desagradables, con interrupciones y con retrasos en el horario.
- Existen evidencias de que las personas sufren malnutrición / deshidratación.

3

La persona usuaria está atendida en un ambiente limpio y saludable

Contenido:

1. El centro tiene un nivel de limpieza e higiene general adecuado.
2. Las personas usuarias, el personal y otras personas que tengan acceso al centro, están protegidas contra los riesgos de adquirir una infección.

Guía de evidencias:

- Aplicación de normas adecuadas de limpieza e higiene en todas las estancias del centro, y de los utensilios y equipos del centro utilizados por las personas usuarias.
- Aplicación de sistemas para evaluar el riesgo y para prevenir, detectar y controlar la propagación en caso de infección.

1. Valoración del nivel de impacto

Se consideraría **bajo impacto** aquellas situaciones en las que el personal del centro no presenta la vestimenta ni el nivel de higiene adecuados para atender de forma apropiada a las personas usuarias. Es también un bajo impacto si las personas usuarias y sus familiares consideran que están mal informados acerca del riesgo de infección y desconocen cuándo el centro ha sido limpiado y desinfectado y cuándo no.

Se consideraría **medio impacto** si las personas reciben un trato inadecuado en cuanto a nivel de limpieza y control de infecciones a consecuencia del que el personal no está correctamente formado. Se calificará también como medio impacto si las personas usuarias consideran que el nivel de higiene del centro no es el adecuado.

Se consideraría **alto impacto** aquellas situaciones en las que las personas usuarias estén expuestas a una infección como consecuencia que no se han llevado a cabo los procedimientos adecuados para evitarlo o en aquellas situaciones en las que no existen sistemas adecuados para la protección de infecciones. Además se valoraría también como alto impacto si el centro tiene un nivel de higiene o limpieza que provoca situaciones de insalubridad.

2. Valoración de la probabilidad

Se valora como **improbable** si el evaluador considera que será difícil que se repitan situaciones en las que el centro no disponga de un nivel de higiene y de limpieza adecuado y/o que las personas usuarias, personal y otras personas que tienen acceso al centro, no estén protegidos contra los riesgos de adquirir una infección puesto que ya han puesto en marcha medidas de control y procesos para evitar que vuelvan a producirse incidentes de este tipo.

Se valora como **posible** si el evaluador considera que puede existir la posibilidad que vuelvan a producirse hechos en los que el centro no reúna el nivel de limpieza higiene adecuada y/o que las personas usuarias, personal y otras personas no estén correctamente protegidas ante riesgos de adquirir una infección pero el evaluador no piensa que sea un problema persistente en el centro.

Se valora como **muy probable** si el evaluador considera que el centro puede volver a tener un nivel de higiene y limpieza que no reúna las condiciones adecuadas y además que las personas usuarias, el personal y otras personas que tengan acceso al centro no estén protegidas contra los riesgos de adquirir una infección como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en las medidas de control que realiza el centro.

3. Valoración final del cumplimiento

Cumple	El centro cumple con todos los requerimientos necesarios.
Incidencia Baja	<p>Se identifica “incidencia baja” cuando la persona usuaria está atendida en un ambiente limpio y protegido de infecciones pero se dan algunas situaciones en las que no se cumplen los requisitos y afectan al resultado de su atención.</p> <p>El personal del centro no presenta la vestimenta ni el nivel de higiene adecuado para atender de forma apropiada a las personas usuarias, las personas usuarias y sus familiares consideran que están mal informados acerca de cómo se puede reducir el riesgo a infección y desconocen cuándo el centro ha sido limpiado y cuándo no. El evaluador considera que es improbable o en todo caso si se vuelve a repetir esta situación, no cree que sea un problema persistente para el centro puesto que han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p>Las personas reciben un trato inadecuado en cuanto a nivel de limpieza y control de infecciones a consecuencia del que el personal no está correctamente formado y las personas usuarias consideran que el nivel de higiene del centro no es el adecuado. El evaluador considera que es poco probable que la situación se vuelva a repetir puesto que se han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen suficientes recursos disponibles para prevenir y controlar las infecciones pero es necesario clarificar las funciones y responsabilidades de algunos miembros del personal del centro. • La formación continua especializada en torno a control de la infección que debe impartir el centro se ha retrasado y el centro no realiza seguimientos acerca del número de personal que la ha realiza. • Las personas usuarias no se sienten plenamente informadas sobre el funcionamiento del servicio de prevención y control de infecciones aunque el centro sí dispone de información y está disponible en una amplia variedad de formatos. • El centro dispone en general de un nivel de limpieza adecuado pero los horarios de limpieza no están formalizados públicamente.
Incidencia Moderada	<p>Se identifica “incidencia moderada” cuando la persona usuaria está atendida en un ambiente limpio y protegido de infecciones pero existen riesgos en torno a la salud y el bienestar de ésta como consecuencia de una atención contraria a la normativa establecida y no se cumple siempre con los resultados del indicador.</p> <p>Las personas usuarias han estado expuestas a una infección porque no se han realizado los procedimientos adecuados para evitarla o no existen sistemas adecuados para la protección de infecciones y /o el nivel de higiene o limpieza ha provocado insalubridad en el centro y el evaluador considera que es poco probable que reaparezca alguna/a de estas situaciones puesto que el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p>Las personas reciben un trato inadecuado en cuanto a nivel de limpieza y control de infecciones porque el personal no está correctamente formado y las personas usuarias consideran que el nivel de higiene del centro no es el adecuado. El evaluador considera que es posible que vuelva a suceder aunque no cree que sea un problema persistente en el centro.</p>

	<p>El personal del centro no presenta la vestimenta y el nivel de higiene adecuado para atender de forma apropiada a las personas usuarias; las personas usuarias y sus familiares consideran que están mal informados acerca de cómo se puede reducir el riesgo a infección y desconocen cuándo el centro ha sido limpiado y cuándo no. El evaluador considera casi probable que vuelva a reaparecer alguna/s de estas situaciones porque existen errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El centro dispone de recursos para la prevención y control de infecciones pero no siempre está disponible a consecuencia de la falta de personal. • No todo el personal del centro está capacitado y formado para la gestión, prevención y control de infecciones. • El programa de evaluación que se debe encargar de revisar las políticas y el control de infecciones es inadecuado. • Algunas de las instalaciones del centro no están limpias.
<p>Incidencia Alta</p>	<p>Se identifica “incidencia alta ” cuando la persona usuaria no está atendida en un ambiente limpio y protegido de infecciones.</p> <p>Las personas usuarias han estado expuestas a una infección porque no se han realizado los procedimientos adecuados para evitarla o no existen sistemas adecuados para la protección de infecciones y /o el nivel de higiene o limpieza ha provocado insalubridad en el centro. El evaluador considera que es posible o casi probable que este hecho/situación suceda o reaparezca con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <p>Las personas reciben un trato inadecuado en cuanto a nivel de limpieza y control de infecciones porque el personal no está correctamente formado y las personas usuarias consideran que el nivel de higiene del centro no es el adecuado. El evaluador considera que es casi probable que reaparezca de nuevo como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los recursos de que dispone el centro para gestionar el control y la prevención de infecciones es insuficiente y las funciones y responsabilidades del personal no están claras o no las han comprendido. • La mayoría del personal del centro no ha recibido capacitación y una formación adecuada y especializada. • No existe en el centro una auditoría que se encargue de revisar las políticas y las prácticas para el control de infecciones. • El nivel general de limpieza de las instalaciones es insalubre.

4 La persona usuaria recibe la medicación que necesita, cuando la necesita y de forma segura

Contenido:

1. El centro supervisa y adopta medidas para la correcta administración de la medicación en las personas usuarias.
2. La persona usuaria o sus familiares disponen de la información sobre el medicamento que se prescribe.

Guía de evidencias:

- Aplicación del protocolo de administración, reparto y seguimiento farmacológico.
- Aplicación de acciones de comunicación que aseguren que las personas usuarias y sus familiares reciben y entienden la información que hace referencia a la administración de la medicación.

1. Valoración del nivel de impacto

Se consideraría una valoración de **bajo impacto** en aquellas situaciones en que las personas usuarias no reciben la medicación con regularidad o no obtienen la información sobre el medicamento que se prescribe.

Sería una valoración de **medio impacto** en aquellas situaciones en que las personas usuarias no saben qué medicamentos toman ni por qué. También se valoraría como medio impacto si el centro no lleva a cabo una revisión del plan periódico de medicación de las personas usuarias y si se administra con mucho retraso la medicación.

Se consideraría una valoración de **alto impacto** si el centro no administra adecuadamente la medicación de las personas usuarias, existiendo duplicidad en la administración de la medicación u errores. También se consideran de alto impacto aquellas situaciones en las que los medicamentos prescritos y administrados no se adecúan a las necesidades o incluso en los casos en que las personas usuarias no reciben la medicación que necesitan.

2. Valoración de la probabilidad

Se valora como **improbable** si el evaluador considera que nunca volverá a suceder un hecho/situación en las que el centro no supervise o no adopte medidas para la correcta administración de la medicación en las personas usuarias o que la persona usuaria (o familiares) no disponga de información necesaria sobre el medicamento que se le prescribe, puesto que el centro ya ha adoptado una serie de medidas de control y además ha incorporado procesos que permiten que no vuelvan a reproducirse estas situaciones.

Se valora como **posible** si el evaluador considera que existe la posibilidad que vuelva a suceder alguna situación/hecho en el centro en el que no se supervise o no se adopte medidas para la correcta administración de la medicación en las personas usuarias o que no puedan disponer de información acerca del medicamento que se les prescribe pero el evaluador considera que son situaciones que no son persistentes en el centro.

Se valora como **muy probable** si el evaluador considera que es muy posible que el centro no supervise o no adopte medidas para la correcta administración de la medicación o que no dispongan de la información sobre el medicamento que se les prescribe, como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en el control que lleva a cabo el centro.

3. Valoración final del cumplimiento

Cumple	El centro cumple con todos los requerimientos necesarios.
Incidencia Baja	<p>Se identifica “incidencia baja” cuando la persona usuaria recibe la medicación que necesita, cuando la necesita y de forma segura, pero se dan algunas situaciones en las que no se cumplen los requisitos y afectan al resultado de su atención.</p> <p>Las personas usuarias no reciben la medicación con regularidad o no obtienen la información sobre el medicamento que se prescribe y el evaluador considera que es un hecho improbable o, en todo caso, si se vuelve a repetir esta situación, no cree que sea un problema persistente para el centro puesto que han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p>Las personas usuarias no saben qué medicamentos toman ni porqué, el centro no hace una revisión periódica del plan de medicación, la administración de la medicación se realiza con retraso y el evaluador considera que es poco probable que vuelva a darse alguna/s de estas situaciones porque el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general la medicación de las personas usuarias es objeto de seguimientos y modificaciones aunque esto no sucede siempre de manera rutinaria. • El centro proporciona información a las personas usuarias y familiares aunque no siempre está accesible fácilmente y el personal del centro no es proactivo para explicar todo aquello que deberían saber. • El centro ha protocolizado la gestión de la medicación aunque no todos los procesos están actualizados y se hace necesaria hacer una revisión periódica. • El centro promueve la formación al personal que gestiona y administra la medicación pero no todos los trabajadores han asistido a la formación. • Se revisan los procedimientos, se registran los errores e incidentes acaecidos relacionados con la administración de la medicación y se adoptan medidas para evitar nuevos incidentes aunque no se realiza de forma regular.
Incidencia Moderada	<p>Se identifica “incidencia moderada” cuando la persona usuaria recibe la medicación que necesita, cuando la necesita y de forma segura pero existen riesgos entorno a la salud y el bienestar de ésta como consecuencia de una atención contraria a la normativa establecida y no se cumple siempre con los resultados del indicador.</p> <p>Las personas usuarias no toman la medicación de manera adecuada, existe duplicidad en la administración de la medicación u errores y/o los medicamentos son prescritos y administrados no se adecúan a sus necesidades o incluso no reciben la medicación que necesitan. El evaluador considera que es poco probable que vuelva a darse alguna/s de estas situaciones porque el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p>Las personas usuarias no saben qué medicamentos toman y porqué, el centro no hace una revisión periódica del plan de medicación la administración de la medicación se realiza con retraso y el evaluador considera que puede ser posible que pueda volver a repetirse alguna de estas situaciones aunque cree que no es un problema persistente.</p>

	<p>Las personas usuarias no reciben la medicación con regularidad o no obtienen la información sobre el medicamento que se prescribe y el evaluador considera que es casi probable que reaparezca alguna de estas situaciones porque existen errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No todos los procedimientos sobre gestión y tratamiento de la medicación se realizan de forma segura y de acuerdo a la normativa vigente. • Los registros que posee el centro son incompletos y no están actualizados. • Algunos dispositivos de un solo uso se vuelven a reutilizar. • No todo el personal que maneja la medicación tiene la titulación necesaria para poder manipular la medicación. La formación del personal se lleva a cabo de manera muy ocasional y no se controla.
<p>Incidencia Alta</p>	<p>Se identifica “incidencia alta” cuando la persona usuaria no recibe la medicación que necesita, ni cuando la necesita, ni de forma segura.</p> <p>Las personas usuarias no toman la medicación de manera adecuada, existe duplicidad en la administración de la medicación u errores y/o los medicamentos que son prescritos y administrados no se adecúan a sus necesidades o incluso no reciben la medicación que necesitan. El evaluador considera que es posible o casi probable que este hecho/situación suceda o reaparezca con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <p>Las personas usuarias no saben qué medicamentos toman y porqué, el centro no hace una revisión periódica del plan de medicación, la administración de la medicación se realiza con retraso y el evaluador considera que es casi probable que reaparezca alguna de estas situaciones porque existen errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El centro carece de procedimientos para la gestión y tratamiento de la medicación de las personas usuarias, son inseguros y contrarios a la normativa vigente. • No hay constancia de la prescripción, tratamiento y administración de la medicación. • El personal no está debidamente cualificado para realizar las tareas de prescripción, tratamiento y administración de la medicación. • El centro no ofrece formación al personal. • El procedimiento para el registro de errores de medicación no está claro y el personal del centro no es consciente de las consecuencias que implica el uso indebido de la medicación.

5

La persona usuaria tiene la seguridad de que sus quejas son escuchadas y atendidas correctamente

Contenido:

1. Las quejas de las partes interesadas son adecuadamente atendidas en el marco del sistema de gestión de quejas.
2. Las personas usuarias no son discriminadas por presentar una queja.

Guía de evidencias:

- Aplicación de protocolo de atención, gestión y tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias que contenga:
 - Cómo se informa a la persona usuaria y al familiar sobre el sistema de gestión de sugerencias /reclamaciones, la metodología
 - Mecanismos de recogida definidos, las estrategias para fomentar la participación y los tiempos de respuesta establecidos.
- Aplicación de registro de las sugerencias y reclamaciones realizadas en el centro, que especifique las respuestas dadas y los días transcurridos desde que se formuló la queja o sugerencia.
- Aplicación de encuestas de opinión a personas usuarias, familiares y personal del centro.

1. Valoración del nivel de impacto

Se valoraría **bajo impacto** si las personas usuarias se sienten incómodas a la hora de plantear una queja o reclamación al centro.

Se valoraría **medio impacto** si las personas usuarias presentan quejas/ reclamaciones repetidamente sin que el centro responda. Se incluye también los casos en los que las personas usuarias se sienten intimidadas por presentar una queja.

Se valoraría **alto impacto** si las quejas y las reclamaciones realizadas por las personas usuarias o sus familiares no son reconocidas ni respondidas y si se sienten amenazadas al presentar una queja o reclamación.

2. Valoración de la probabilidad

Se valora como **improbable** si el evaluador considera que no se volverá producir un hecho o situación en la que las quejas no sean adecuadamente atendidas y/o en donde se discrimine a la persona usuaria por presentar una queja puesto que el centro ha adoptado medidas y procesos para evitar que la situación vuelva a producirse.

Se valora como **posible** si el evaluador considera que existe la posibilidad que vuelva a suceder algún hecho o situación en la que el centro no atienda de forma adecuada las quejas y/o se discrimine a la persona usuaria por presentar una queja, pero se considera que es un hecho aislado y no persistente en el centro.

Se valora como **muy probable** si el evaluador considera que es posible que suceda o reaparezcan hechos o situaciones en las que las quejas no sean debidamente atendidas y/o se discrimine a la persona usuaria por presentar una queja puesto que existen errores en los procesos o control que lleva a cabo el centro.

3. Valoración final del cumplimiento

Incidencia Baja	<p>Se identifica “incidencia baja” cuando la persona usuaria tiene la seguridad de que sus quejas son escuchadas y atendidas correctamente pero se dan algunas situaciones en las que no se cumplen los requisitos y afectan al resultado de su atención.</p> <p>Las personas usuarias se sienten incómodas a la hora de plantear una queja o reclamación al centro y el evaluador considera que es improbable o en todo caso si se vuelve a repetir esta situación, no cree que sea un problema persistente para el centro puesto que han adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p>Las personas usuarias presentan quejas/reclamaciones repetidamente sin que el centro responda y se sienten amenazadas a la hora de presentar una queja y el evaluador considera que es poco probable que vuelva a darse alguna/s de estas situaciones porque el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento de quejas y reclamaciones está a disposición de las personas usuarias y familiares en una amplia variedad de formatos pero el centro no promueve que se lleven a cabo. • Las personas usuarias y el personal generalmente conocen el funcionamiento del proceso. • Existe un registro de quejas y reclamaciones y por lo general, las personas que realizan una queja reciben una respuesta adecuada que incluye una explicación de las acciones implementadas aunque no son siempre recibidas en tiempo y forma.
Incidencia Moderada	<p>Se identifica “incidencia moderada” cuando la persona usuaria tiene la seguridad de que sus quejas son escuchadas y atendidas correctamente pero existen riesgos entorno a la salud y el bienestar de la persona usuaria como consecuencia de una atención contraria a la normativa establecida y no se cumple siempre con los resultados del indicador.</p> <p>Las quejas y las reclamaciones realizadas por las personas usuarias o sus familiares no son reconocidas ni respondidas y se sienten intimidadas y el evaluador considera que es poco probable que vuelva a reaparecer esta/s situaciones puesto que el centro ha adoptado medidas de control y procesos claros.</p> <p>Las personas usuarias presentan quejas/reclamaciones repetidamente sin que el centro responda y se sienten amenazadas a la hora de presentar una queja y el evaluador considera que es posible que se repita de nuevo esta situación pero considera que no es un problema persistente.</p> <p>Las personas usuarias se sienten incómodas a la hora de plantear una queja o reclamación al centro y el evaluador considera que es casi probable que suceda o reaparezca con frecuencia, como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el proveedor de servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El centro dispone de un procedimiento de quejas y reclamaciones pero las personas usuarias y sus familiares no pueden acceder fácilmente y disponen de pocos formatos para tal fin. • El personal del centro conoce el procedimiento de quejas pero no es consciente de la importancia que representa escuchar y actuar ante una queja o reclamación de una persona usuaria. • La mayoría de personas usuarias que hacen una queja o reclamación recibe una respuesta oportuna pero el centro no responde plenamente a las preocupaciones que planteó la queja/reclamación.

**Incidencia
Alta**

Se identifica “**incidencia alta**” cuando la persona usuaria no tiene la seguridad de que sus quejas sean escuchadas y atendidas.

Las quejas y las reclamaciones realizadas por las personas usuarias o sus familiares no son reconocidas ni respondidas y se sienten intimidadas y el evaluador considera que es posible o casi probable que este hecho/situación suceda o reaparezca con frecuencia como consecuencia de la existencia de errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.

Las personas usuarias presentan quejas/reclamaciones repetidamente sin que el centro responda y se sienten amenazadas a la hora de presentar una queja y el evaluador considera que es casi probable que vuelva a reproducirse esta situación puesto que existen errores en los procesos o en los controles que aplica el centro.

- Las quejas no son bienvenidas en el centro y las personas usuarias tienden por lo tanto a exponer formalmente quejas/reclamaciones para mejorar la calidad de la atención.
- El procedimiento de quejas no es accesible y si se lleva a cabo, no es clarificador.
- La mayoría de las personas usuarias o familiares que presentan una queja no recibe respuesta alguna, y las que el centro responden, no abordan solución a la reclamación planteada.

El “**Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia**” ha sido realizado por un equipo técnico de **Antares Consulting** dirigido por Montse Cervera y Yolanda Rueda, en estrecha colaboración y coordinación con los miembros de la **Comisión de Dependencia y Acreditación de la Fundación Edad&Vida** y con las aportaciones de la **Comisión Ejecutiva** y del **Patronato de la Fundación**.

Fundación “Instituto Edad&Vida”

C/Aribau, 185, 5º-7ª.

08021-Barcelona

Tel. 93 488 27 20

www.edad-vida.org

e-mail: edad-vida@edad-vida.org

Diseño y realización:

Senda Editorial, S.A.

Isla de Saipán, 47

28035 Madrid

Imprime:

IMGRAF IMPRESORES, S.L.

Avda. de la Luz, 17

28860 - Paracuellos del Jarama (Madrid)

ISBN:

Depósito Legal: M-