

# Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

BORRADOR DE TRABAJO





### **Sección primera: acreditación**

Título I: Consideraciones generales sobre la acreditación de centros y servicios del SAAD.

Título II: Requisitos comunes de acreditación de servicios de atención residencial.

Título III: Requisitos comunes de acreditación de centros de día.

### **Sección segunda: calidad en los servicios**

Título VI: Calidad en el empleo.

Título VII: Sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD.

### **Sección tercera: régimen transitorio y plazos de adecuación**

BORRADOR



## SECCIÓN PRIMERA: ACREDITACIÓN

En el ámbito del presente Acuerdo, se entiende por acreditación el procedimiento mediante el cual las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, posibilita y autoriza que los centros y servicios que atienden a personas en situación de dependencia formen parte de la red del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, tras la verificación del cumplimiento de unos requisitos establecidos.

### Título I: Consideraciones generales sobre la acreditación de centros y servicios del SAAD.

#### Primero. Sujetos de acreditación.

Las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, acreditarán a los centros y servicios concertados para que formen parte de la red del Sistema, y a los centros y servicios no concertados para que puedan prestar atención a personas en situación de dependencia y éstas puedan percibir la prestación económica vinculada.

Asimismo, se acreditarán las entidades privadas para cada uno de los centros y servicios previstos en el catálogo de la Ley. La acreditación sólo tendrá efectos en el ámbito territorial de la Administración que acredite.

#### Segundo. Contenidos de acreditación.

Para la acreditación de centros y servicios se establecerán por parte de las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia los requisitos en cada uno de los ámbitos que se enuncian en el apartado siguiente.

Los requisitos para la acreditación contenidos en el presente Acuerdo son considerados mínimos comunes del Sistema de Autonomía Personal y atención a la Dependencia (SAAD), pudiendo las administraciones competentes ampliarlos, completarlos y mejorarlos en sus respectivos ámbitos.

#### Tercero. Ámbitos de acreditación.

Se establecen unos requisitos mínimos comunes para la acreditación de centros y servicios contenidos en el catálogo del artículo 15 de la Ley 39/2006, respecto a los ámbitos que a continuación se relacionan:



a) Recursos materiales y equipamientos: deben garantizar la prestación del servicio adaptada a las necesidades y preferencias de las personas en situación de dependencia, a su contexto, a las intensidades, a la seguridad y a la accesibilidad universal.

b) Recursos humanos: los requisitos y estándares sobre recursos humanos irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo, incorporando elementos que mejoren la calidad en el empleo.

c) Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas usuarias: se establecen mecanismos y requisitos obligados que garanticen la participación, la autonomía y apoyo en la toma de decisiones y la preservación de los derechos de las personas usuarias, especialmente en los entornos residenciales.

#### Cuarto. Inspección y control públicos.

Los centros y servicios acreditados serán sometidos a inspección, control y seguimiento adecuados que aseguren un cumplimiento continuado de los requisitos que dieron lugar a la acreditación.

A los efectos de garantizar lo anterior, las administraciones competentes contarán con servicios públicos de inspección suficientemente dotados, estableciéndose un mínimo de 1 inspector/a por cada 30 centros de atención residencial de los acreditados en su ámbito, con independencia de que dichas unidades de inspección alcancen también los centros de día o noche u otros servicios sociales del catálogo correspondiente.

Las administraciones autonómicas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, adoptarán las medidas necesarias para que los y las profesionales de los servicios sociales comunitarios velen activamente por el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para la acreditación de los servicios contenidos en los apartados a), b) y c) del artículo 15.1 de la Ley 39/2006, en colaboración con los servicios de inspección.

Las administraciones competentes establecerán y harán públicos planes anuales de inspección y comunicarán de forma periódica y accesible las inspecciones realizadas, indicando, entre otros datos, la identificación del centro o servicio inspeccionado, titularidad y gestión, la fecha, el motivo de la inspección, el resultado de la misma y, en su caso, las medidas adoptadas.

Los servicios de inspección participarán en el diseño del sistema de evaluación de calidad contenido en la sección segunda del presente Acuerdo y asesorarán a los centros y servicios que inspeccionen para apoyarlos en sus planes de mejora de la calidad y, en su caso, en los planes de transición de modelo de atención.



## Quinto. Servicios de titularidad pública.

Siendo la persona en situación de dependencia la que hace uso de los recursos contemplados en la Ley, las exigencias mínimas de acreditación han de garantizarse con independencia de la titularidad de los mismos. En consecuencia, los centros y servicios públicos, sea cual sea su forma de gestión, habrán de cumplir, al menos, los mismos requisitos y estándares que se exijan para su acreditación a los centros y servicios privados.

## Título II: Requisitos comunes de acreditación de servicios de atención residencial.

### Sexto. Extensión del Acuerdo:

Se acuerdan requisitos mínimos comunes para la acreditación de los servicios dirigidos a personas en situación de dependencia delimitados en los apartados e)(i) y e)(ii) del apartado primero del artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Quedan fuera de lo acordado en este ámbito las viviendas compartidas u otras formas análogas de alojamiento colectivo que deberán ser objeto de regulación e inclusión en el catálogo de servicios del SAAD previo acuerdo del Consejo Territorial.

Los requisitos de acreditación contenidos en este acuerdo no serán de aplicación a centros sociosanitarios con capacidades sanitarias acreditadas (unidades de convalecencia u otros recursos similares)

Las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia contemplarán en sus procesos de acreditación las especificaciones que correspondan a los centros y servicios según el grupo de población al que atienden (personas mayores, con discapacidad, etc....)

### Séptimo. Instalaciones, ubicación y equipamiento:

#### **a) Emplazamiento:**

Los centros residenciales estarán ubicados en suelo urbano, debiéndose garantizar a las personas usuarias el acceso y la proximidad a los espacios de actividad social y comunitaria.

Cuando un centro acreditado con carácter previo a este acuerdo esté ubicado en un entorno que no cumpla la condición anterior, se deberá garantizar la comunicación mediante transporte público próximo al inmueble o mediante medios de transporte



propios que permitan el acceso de las personas usuarias al entorno vecinal y a la utilización de los servicios generales que pudieran precisar.

Todos los centros deberán cumplir con la normativa vigente en materia de accesibilidad.

**b) Tamaño de los centros:**

No se podrán acreditar centros cuya construcción se inicie tras la transposición normativa que se haga del presente acuerdo por parte de las administraciones competentes, cuando superen las 50 plazas residenciales.

Los centros previamente acreditados que superen las 50 plazas deberán presentar un plan de adecuación, bien sectorizando de forma totalmente independiente sus instalaciones, bien reduciendo paulatinamente su número de plazas preferentemente a través de la reconversión de habitaciones de uso colectivo a uso individual.

**c) Espacios:**

Se identificarán y diferenciarán con claridad los espacios de convivencia de las personas residentes de las zonas de paso u otras zonas comunes.

Las personas residentes gozarán simultáneamente de espacios que preserven debidamente su intimidad (habitación y baño) y de espacios de convivencia en el centro que deben ser configurados como módulos o unidades de convivencia estables compartidas con otras personas del centro, debiéndose diferenciar de otros módulos o unidades de convivencia del mismo centro. En estas unidades convivirán un grupo reducido de personas de forma que se pueda garantizar un funcionamiento tipo hogar. Junto con las personas que conviven, forman parte de la unidad de convivencia el personal de atención directa, que deben tener una estabilidad dentro de la unidad.

Se permitirá al máximo la personalización de las habitaciones debiéndose asegurar que los centros acreditados permiten la incorporación de mobiliario y enseres personales, con excepción de la cama que deberá ser dotación del centro en atención a su previsible uso geriátrico o adaptado.

Las habitaciones tendrán acceso directo a baño adaptado.

**Octavo. Recursos humanos en los centros de atención residencial:**

Los requisitos y estándares sobre recursos humanos irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su cualificación, formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo.

**a) Tipología:**

Los recursos humanos en los centros de atención residencial, se subdividen en tres grupos:



1.- Personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) que es el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor, según se denomine en cada territorio y/o sector.

2.- Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente.

3.- Personal de atención indirecta (AI), que es el resto del personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.

#### **b) Dirección de los centros residenciales.**

Las directoras y directores de los centros deberán contar con titulación universitaria de grado o equivalente y haber realizado formación especializada (master oficial o títulos propios universitarios o formación análoga) en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de centros residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia.

Los puestos de dirección ya ocupados en centros acreditados a la fecha de adopción de este acuerdo, se mantendrán siempre y cuando puedan acreditar titulación universitaria de grado o equivalente y –en ausencia de formación un mínimo de 5 años de experiencia en el sector de la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia.

#### **c) Personal de atención directa de primer nivel.**

Este personal se considera como un personal polivalente de apoyo directo a las personas usuarias de los centros de atención residencial, esencial para prestar apoyos a su autonomía, su participación y para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

##### **1.- Cualificación y acreditación de competencias.**

Se requerirá que el personal de este segmento de atención directa de primer nivel (Ad1N) posea la cualificación profesional que acredite sus competencias y tal efecto, se considerarán los siguientes títulos y certificados:

- Título de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, establecido por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre, según se determine en la normativa que la desarrolle.

- Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, o los títulos equivalentes de Técnico Auxiliar Clínica, Técnico Auxiliar Psiquiatría y Técnico Auxiliar de Enfermería que se establecen en el Real Decreto 777/1998, de 30 de abril, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales.



- El Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, regulado por el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, o el título equivalente de Técnico de Atención Sociosanitaria, establecido por el entonces Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales.
- El Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos profesionales.
- También será válido para acreditar cualificación en los centros residenciales el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, o el equivalente Certificado de Profesionalidad de la ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio, regulado por el entonces Real Decreto 331/1997, de 7 de marzo, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos profesionales.

## 2.- Habilitaciones excepcionales:

Servirá así mismo como acreditación de cualificación, las habilitaciones excepcionales en cualquiera de las categorías profesionales, acreditadas mediante certificaciones individuales expedidas por Administraciones públicas competentes en Servicios Sociales, o aquel organismo público que determinase la correspondiente Comunidad Autónoma, conforme a lo establecido en los Acuerdos de 2015 y 2017.

Los requisitos relativos a las acreditaciones profesionales anteriormente reseñados serán exigibles, cuando finalicen los procedimientos de habilitación excepcional y habilitación provisional establecidos en el Acuerdo de 19 de octubre de 2017 y los establecidos en los puntos 2º y 3º siguientes, así como, cuando finalicen los procesos de acreditación de la experiencia laboral, o los programas de formación vinculada a los certificados de profesionalidad o títulos de formación profesional que se hayan iniciado en la fecha anterior y los que se convoquen con posterioridad a la misma y hasta el 31 de diciembre de 2022.

El personal, que a fecha 18 de febrero de 2021 -fecha de finalización de la prórroga para la contratación por COVID-19- acredite una experiencia de al menos 3 años, con un mínimo de 2.000 horas trabajadas en los últimos 12 años en la categoría profesional correspondiente, o sin alcanzar el mínimo de experiencia exigida, hubieran trabajado y tengan un mínimo de 300 horas de formación relacionada con las competencias profesionales que se quieran acreditar en los últimos 12 años, quedará habilitado de forma excepcional en la categoría que corresponda, previa presentación de su solicitud, según se determine en la normativa autonómica, en su caso, donde esté ubicada la empresa donde haya prestado sus últimos servicios el solicitante.

Para ello, las Administraciones públicas competentes en Servicios Sociales, o aquel organismo público que determine la Comunidad Autónoma, expedirán a las personas





solicitantes que reúnan los requisitos, las certificaciones individuales que acrediten los supuestos de habilitación excepcional.

Dichas certificaciones tendrán validez en todo el territorio del Estado.

### 3.- Habilitación provisional:

Al objeto de garantizar la estabilidad en el empleo, se mantiene hasta la fecha improrrogable del 31 de diciembre de 2022, el contenido del Acuerdo por el cual se podía habilitar provisionalmente a aquellas personas que a 18 de febrero de 2021, fecha de finalización de la prórroga para la contratación por COVID-19, hubieran trabajado con anterioridad a dicha fecha y que sin haber alcanzado los requisitos para la habilitación excepcional, se comprometan, mediante declaración responsable, a participar en los procesos de evaluación y acreditación de la experiencia laboral, que se realicen desde el ámbito estatal o autonómico, o a realizar la formación vinculada a los correspondientes certificados de profesionalidad o títulos de formación profesional.

Los profesionales que cumplan estos requisitos podrán solicitar la habilitación provisional a la Comunidad Autónoma donde esté ubicada la empresa donde haya prestado sus últimos servicios, para ello las Comunidades Autónomas deberán haber aprobado y publicado la correspondiente normativa autonómica que regule esta situación.

En el caso de no participar en los procesos de evaluación y acreditación de la experiencia citada, o no realizar la formación vinculada a los certificados de profesionalidad o títulos de formación profesional en el plazo establecido, la habilitación provisional dejará de tener efectos.

La Comunidad Autónoma será la encargada de la tramitación de la habilitación provisional y será la que expida la certificación oportuna, con eficacia en todo el territorio del Estado y validez hasta el 31 de diciembre de 2022.

Los departamentos de las administraciones autonómicas competentes identificarán nominalmente por NIF y categoría profesional, las personas que hayan solicitado la habilitación provisional.

Será remitida al IMSERSO una relación numérica de las personas a la que se hace referencia en el párrafo anterior, al objeto de coordinar y promover en el seno de la Comisión Delegada de Servicios Sociales y Autonomía y Atención a la Dependencia las actuaciones necesarias para la obtención de los certificados de profesionalidad de aquellos trabajadores que no dispongan de los mismos.

### 4.- Régimen especial de zonas rurales e insulares:

En el medio insular rural y en los municipios rurales de pequeño tamaño, cuando no dispongan de las personas con la acreditación requerida para las categorías mencionadas anteriormente, y se acredite la inexistencia de demandantes de empleo en la zona con estas características, mediante certificado de la Oficina de Empleo



correspondiente, las personas que no cuenten con la cualificación profesional exigida podrán ser contratadas, hasta que sus puestos puedan ser ocupados por profesionales cualificados, o adquieran la cualificación correspondiente.

La persona contratada en esas circunstancias tendrá derecho a recibir formación para su cualificación de forma inmediata a su incorporación, de manera gratuita y pudiendo utilizar para dicha formación hasta un 20% de su jornada laboral. Para ello, las Administraciones competentes, en colaboración con las empresas u organizaciones, impulsarán las acciones oportunas para promover la acreditación de estos profesionales en el puesto de trabajo.

Se entiende por zona rural lo establecido en el artículo 3 la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural.

#### 5.- Ratios de personal de atención directa de primer nivel:

La ratio mínima de personal de atención directa de primer nivel en centros residenciales se establece en forma de jornadas completas o personal equivalente, respecto al número de plazas acreditadas.

Se acreditará considerando en el numerador el número de jornadas completas según establezca el convenio o normativa laboral que sea de aplicación y en el denominador el número de plazas ocupadas en el centro residencial.

Considerando que la ocupación mayoritaria se refiere a personas dependientes de grados II y III, se actualizan las ratios de atención mínimos exigibles en los centros de atención residencial, en la forma que sigue:

Ratios específicas para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar			
Ratio exigible para la categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel	Ratio exigible a 1 de enero de 2023	Ratio exigible a 1 de enero de 2025	Ratio exigible a 1 de enero de 2027
Residencia Mayores dependientes.	<b>0,33</b>	<b>0,38</b>	<b>0,40</b>
Residencia P. con discapacidad.	<b>0,42</b>	<b>0,45</b>	<b>0,50</b>

Las administraciones competentes podrán autorizar excepcionalmente la disminución de estas ratios previa acreditación por parte del centro residencial de que la ocupación del centro se realiza por personas que no están en situación de dependencia y/o personas en situación de dependencia moderada (Grado I) en más de un 40% de las plazas.

De autorizarse dicha reducción, la administración competente que deberá realizar seguimiento de la ocupación como mínimo, con frecuencia semestral.



#### **d) Personal de atención directa de segundo nivel**

Este personal se considera como un personal profesional cuya misión primordial se centra en la programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a los usuarios de los centros.

Debe asumir también funciones de coordinación y contacto con el entorno del centro residencial, con otros sistemas y especialmente la coordinación en la gestión de casos y seguimiento de pautas con el sistema sanitario público correspondiente al centro residencial.

Entre los servicios a proporcionar por este personal cualificado puede haber, en función de las características del centro y de las necesidades de las personas residentes, servicios de terapia ocupacional, atención social, atención psicológica y/o pedagógica, fisioterapéutica, rehabilitadora, atención sanitaria (medicina o enfermería) etc....

1.- Cualificación y acreditación de competencias. Se requerirá que el personal de este segmento atención directa de segundo nivel (Ad2N) posea titulación universitaria de grado o equivalente.

2.- Ratios del personal de atención directa de segundo nivel. La determinación de la tipología, número y requerimiento a este personal se determinará por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características de las personas usuarias de los centros residenciales y sus necesidades.

Cuando un centro de atención residencial supere las 30 plazas, deberá contar con un personal sanitario a jornada completa, preferentemente de enfermería, con funciones de coordinación con el sistema sanitario público y supervisión de las pautas de cuidados, ampliándose su número por cada 30 residentes o fracción. Para de residencias de personas con discapacidad que no requieran de cuidados sanitarios especializados, este personal no será necesario, ya que la atención sanitaria se realizará en sus centros de salud y hospitales de referencia.

Para los centros residenciales públicos, dicho personal sanitario podrá ser personal estatutario perteneciente al sistema de salud correspondiente si así se articula en el ámbito competencial autonómico.

En todo caso, se establece la siguiente ratio global de atención directa (atención directa de primer nivel + atención directa de segundo nivel):



Ratio global mínima para el personal de atención directa			
Ratio global exigible para el personal de atención directa (dos niveles)	Ratio global exigible a 1 de enero de 2023	Ratio global exigible a 1 de enero de 2025	Ratio global exigible a 1 de enero de 2027
Residencia Mayores dependientes.	<b>0,36</b>	<b>0,40</b>	<b>0,43</b>
Residencia P. con discapacidad.	<b>0,45</b>	<b>0,48</b>	<b>0,55</b>

Estas ratios globales se calcularán considerando jornadas completas o personal equivalente, respecto al número de plazas acreditadas.

No podrán computar para el cálculo de estas ratios la dirección del centro ni el personal de atención indirecta (AI).

#### **e) Personal de atención indirecta directa (AI)**

Este personal de atención indirecta (AI) deberá dimensionarse para que las funciones auxiliares y hoteleras del centro estén suficientemente cubiertas y corresponderá a cada Administración competente, en su caso, su regulación de mínimos.

### **Noveno. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros residenciales:**

#### **a) Plan de personal de apoyos**

Los planes personales de apoyo son una de las estrategias clave para la personalización de los cuidados, así como para avanzar hacia una gestión centrada en las personas.

Cada persona residente tendrá un plan personal de apoyos en el que se planificarán y se hará seguimiento de los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su proyecto y estilo de vida. Este plan recogerá las preferencias y voluntad de la persona respecto a cómo quiere vivir, así como sobre las cuestiones que son significativas para ella y se deben respetar por parte de todos los que participen en su sistema de cuidados.

La persona residente participará y tendrá un papel central en el diseño, ejecución y seguimiento de su plan, así como otras personas de su elección, que son importantes para ella. En el caso de que la persona tenga dificultades a nivel cognitivo para la participación y la toma de decisiones se activarán los recursos y herramientas necesarias para que su voluntad y preferencias sean tenidas en cuenta, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona. Estos procesos se deben garantizar en todos los momentos de la vida, especialmente en aquellos más sensibles en la toma de decisiones como es el final de la vida.



En el diseño de los planes se tendrá en cuenta la historia de vida de la persona como fuente de conocimiento central para el diseño de sus sistemas de cuidados y apoyos.

Las personas residentes tendrán acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se debe garantizar que toda la documentación que se maneje de las personas debe ser respetuosa con su dignidad, promoviendo una visión positiva de ella. Se debe contar con procedimientos de protección de la confidencialidad y protección de datos de las personas y se ponen en práctica.

Estos planes deben incorporar, no sólo una visión centrada en la persona y en sus fortalezas, sino también un enfoque de derechos humanos que sirva de garantía de todos aquellos aspectos que promueven un trato digno y respetuoso en las relaciones de apoyo y cuidado.

Los planes requieren de un sistema de seguimiento y evaluación frecuente que evidencien cómo el centro contribuye a la calidad de vida de las personas y a mejorar sus resultados personales. Así mismo estos planes contribuyen a planificación y gestión de los cuidados y apoyos de cada persona y para promover una gestión y planificación del recurso centrada en la persona.

Además, se cuenta con protocolos y/o procedimientos para los procesos de acogida y despedida de las personas residentes para garantizar la personalización de la atención.

#### **b) Personas profesionales de referencia**

Los y las profesionales de referencia son las personas responsables de promover un apoyo personalizado a cada persona usuaria en su día a día. Son quienes coordinan el plan de apoyos personales de la persona y se comunican y planifican con el resto de personal que apoyan a la persona residente en el día a día, así como con su familia, cuando lo persona lo elije.

La persona profesional de referencia sea cual sea su específico rol profesional, debe ser un referente cuando se elabore o se realice el seguimiento y revisión del plan personal de apoyos de la persona residente, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas, preferencias y estilo de vida.

Si bien la figura de la persona profesional de referencia no está ligada a ninguna categoría profesional, si debe estar asociado al personal de atención directa.

La persona residente debe participar y deben ser tenidas en cuenta sus preferencias en la asignación de la persona profesional de referencia, sin perjuicio de que se produzca una asignación provisional, con duración máxima de un mes, cuando la persona usuaria llega al centro. En cualquier caso, la persona profesional de referencia debe contar con la aceptación de la persona usuaria.



Las personas de referencia deben poder recibir formación específica de atención centrada en la persona de forma que puedan ejercer de forma adecuada su rol de personas de apoyo.

### **c) Atención libre de sujeciones**

Todas las personas atendidas en centros residenciales tienen derecho a recibir una atención libre de sujeciones ya sean estas físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas. Los centros deben tener un compromiso formal respecto a la atención libre de sujeciones que se acreditará mediante la existencia de una Plan de reducción / supresión de sujeciones.

La utilización de sujeciones en la atención de la persona residente tendrá siempre, carácter excepcional y temporal, y estará sometida, en todo caso, a un procedimiento documentado que cuente con supervisión facultativa, consentimiento informado, determinación de tiempos y formato de la sujeción y la valoración de necesidad de comunicación al Ministerio Fiscal, así como un análisis de riesgos en el uso de las sujeciones definidas.

Excepto en intervenciones puntuales de urgencia, no se implantará ninguna sujeción hasta que se haya constatado el fracaso de otras medidas alternativas, debidamente documentadas y detalladas sobre aquellos intentos alternativos realizados, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido.

El procedimiento para la adopción de sujeciones deberá, además, prever un protocolo documental específico para aquellos casos de urgencia en los que exista riesgo de integridad de la persona residente, de las personas cuidadoras o de terceras personas y no se puedan respetar las consideraciones contempladas en el apartado anterior.

La persona residente sometida a sujeciones físicas o químicas será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y de forma regular de personas profesionales del centro. Estas medidas siempre tendrán carácter temporal. Para estas personas se deberán diseñar planes personales de reducción de sujeciones que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que pueda contribuir a la reducción de estas prácticas.

Todos los casos de sujeción física o química quedarán registrados en el historial de la persona residente y serán objeto de reporte a la Inspección cuando ésta lo requiera.

Se proporcionará formación al personal de atención directa en la atención libre de sujeciones y en los modelos de intervención de enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas que suponen un desafío para el servicio con metodologías como el Apoyo Conductual Positivo.



#### **d) Familias**

La familia y las personas allegadas a la persona residente tienen un importante papel de apoyo tanto en el plano afectivo como colaborando en los cuidados.

Siempre que la persona residente lo considere oportuno, se promoverá la participación de las familias en el proceso inicial de adaptación, para ello se presentará a las familias y personas allegadas a la persona profesional de referencia y profesionales de contacto y se establecerá un sistema de comunicación e información que garantice el seguimiento continuado durante el periodo de adaptación.

Se implementarán canales de comunicación permanente con las familias y personas allegadas, que deben formar parte de la cartera de servicios del centro, y se celebrarán reuniones periódicas para intercambio de información con el equipo de atención directa y persona profesional de referencia asegurando que la persona residente está presente siempre que esta lo desee o que por alguna razón excepcional no se considere oportuno.

Siempre que la persona residente lo considere oportuno, se invitará a la familia y personas allegadas para que participen en el diseño de su plan personal de apoyo.

Se informará a la familia y personas allegadas sobre intervenciones específicas o ante dificultades detectadas o conflictos que puedan alterar la convivencia normalizada.

Se facilitará que las personas residentes puedan recibir visitas de sus familiares y allegados siempre que lo deseen, sin más límites que los derivados de la convivencia y necesaria organización de cualquier hogar. Estos también podrán visitar otros espacios y zonas del centro, siempre que no dificulten el trabajo que se realiza en ellos o afecten a la intimidad de otras personas residentes.

#### **e) Planificación o voluntades anticipadas**

Se utilizarán sistemas de Planificación Personal Anticipada y protocolos de Voluntades Anticipadas, preferiblemente en el momento de acceder al centro, que contribuyan a que mejore la atención cuando se acerca el final de la vida y a que se respete la voluntad y preferencias de las personas residentes.

### **Décimo. Requisitos documentales mínimos para los centros residenciales.**

a) Reglamento de Régimen Interior o de funcionamiento que incluya los derechos y deberes de las personas residentes y su participación. Una copia de dicho Reglamento o norma de Régimen Interior se entregará, a la persona residente, y en su caso, a quien ostente su representación y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.

b) Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece, los compromisos de calidad con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso y la forma de presentación de quejas y sugerencias. Una copia de dicha Carta de Servicios se



entregará, a la persona residente, y en su caso, a quien ostente su representación y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.

c) Libro registro de personas usuarias que incluirá, al menos, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI, grado y nivel de dependencia reconocidos, fecha de inicio del servicio o de ingreso en el centro, fecha y motivo de la baja.

d) Autorizaciones y licencias que procedan según la normativa vigente.

e) Póliza de seguros que cubra la posible responsabilidad civil, así como, en su caso, los siniestros que puedan producirse en el edificio o sus instalaciones incluyendo los posibles daños a las personas usuarias, consideradas como terceras.

f) Organigrama, plantilla de personal, y documentación exigible por la normativa laboral y de seguridad social (copia de los contratos de trabajo, de la documentación acreditativa del pago de las cotizaciones a la Seguridad Social) y de los documentos que acrediten las titulaciones o la experiencia profesional de las personas que trabajan en el centro o entidad, así como las horas de formación recibidas.

g) Hojas de quejas y sugerencias a disposición de las personas usuarias.

h) Información referida a las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad del centro o servicio.

i) Planes de contingencia ante emergencias.

j) Procedimiento de Planes personales de apoyo, donde se describe cómo se diseñan, planifican y evalúan los planes personales de apoyo en el recurso residencial, así como los roles y funciones de cada uno en el proceso.

k) Plan de reducción / supresión de sujeciones.

l) Plan de transición del modelo de atención (descrito en el sistema de evaluación de la calidad)

En todo caso se exigirá garantía de confidencialidad y protección de datos referidos a las personas, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa aplicable vigente en materia de seguridad y protección de datos

#### Undécimo. Coordinación para la atención sanitaria en los centros residenciales.

La atención sanitaria en los centros residenciales será responsabilidad del sistema sanitario público que, garantizará el mismo nivel de acceso a la cartera de servicios que al resto de la población.

A efectos de la estructura de servicios del sistema de salud, el domicilio del centro residencial será considerado el domicilio habitual de las personas atendidas.





La atención sanitaria pública se prestará desde los dispositivos de atención primaria de salud, a través de la atención especializada y hospitalaria y mediante profesionales sanitarios que presten servicios en los propios centros residenciales.

Los equipos de atención primaria que tuvieran que realizar la atención en los centros residenciales y aquellos contratados por el sistema de salud para realizar estas tareas, contarán con profesionales de apoyo a nivel hospitalario, en especial con el geriatra o la geriatra de referencia, las unidades de cuidados continuados, así como los equipos de cuidados paliativos o de hospitalización a domicilio en el caso de residencias de personas mayores.

Lo descrito anteriormente será objeto de propuesta por parte del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS a los efectos de acordar e impulsar dicha atención coordinada.

Los centros residenciales de más de 30 plazas contarán con un o una profesional sanitario de enlace para la coordinación de la atención tal y como se describe en el apartado 8º.d) de este Acuerdo.

Las administraciones competentes en materia de servicios sociales y de sanidad en los respectivos ámbitos territoriales impulsarán el intercambio de información y la interoperabilidad entre el sistema sanitario y el sistema social, para facilitar el acceso a la historia clínica, el intercambio de información social, el acceso a recetas electrónicas, la gestión de pruebas complementarias, la interconsulta, la coordinación y revisión de casos, así como el uso de teleconsulta, el envío y recepción de análisis clínicos y la implantación de la tecnología que automatice procesos.

Para atender las necesidades de cuidados sanitarios derivados del tipo de población que vive en los centros residenciales, será suficiente disponer en los mismos, de alguna sala polivalente, un botiquín elemental y recursos instrumentales básicos para curas y actuaciones semejantes.

### Título III: Requisitos comunes de acreditación de centros de día.

#### Duodécimo. Extensión del Acuerdo:

Se acuerdan requisitos mínimos comunes para la acreditación de los servicios dirigidos a personas en situación de dependencia delimitados en los apartados d)(i), d)(ii) y d)iii del apartado primero del artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Los servicios que se ofrecen en el centro de día deberán actuar de forma conjunta y coordinada con otros servicios sociales de carácter comunitario, (ayuda domiciliaria, teleasistencia, asistencia personal, etc.), para constituir un entramado que, en estrecha



coordinación con otros recursos comunitarios generales, establezcan una auténtica red de continuidad de cuidados centrados en la persona.

### Decimotercero. Instalaciones, ubicación y equipamiento:

#### **a) Emplazamiento:**

Los centros de día estarán ubicados en suelo urbano, debiéndose garantizar a las personas usuarias el acceso y la proximidad a los espacios de actividad social y comunitaria. Será especialmente relevante que estos centros se ubiquen cerca de la residencia habitual de las personas usuarias, posibilitando a las personas la permanencia en su entorno habitual.

La proximidad de los centros de día a espacios de actividad social y comunitaria será esencial para promover la participación de las personas usuarias en las actividades y dinámica comunitaria de la zona donde esté ubicada, así como para promover las relaciones de los usuarios con otras personas del mismo entorno. Estas actividades comunitarias podrán complementar y mejorar la oferta de actividades significativas que se ofrecen a las personas en el horario de atención de día.

Cuando un centro acreditado con carácter previo a este acuerdo esté ubicado en un entorno que no cumpla la condición anterior, se deberá garantizar la comunicación mediante transporte público próximo al inmueble o mediante medios de transporte propios que permitan el acceso de las personas usuarias al entorno vecinal y a la utilización de los servicios generales que pudieran precisar.

Cada centro se constituirá y estará ubicado como una unidad independiente perfectamente diferenciada de otro tipo de servicios cuando forme parte de un centro multiservicios (residencial y de estancias diurnas. Debe contar con un acceso exclusivo e independiente desde el exterior o vía pública y con un espacio físico concreto y determinado. Además, contará con fácil accesibilidad a plazas o jardines públicos o tendrá espacios exteriores amplios.

Todos los centros deberán cumplir con la normativa vigente en materia de accesibilidad.

#### **b) Tamaño de los centros:**

No se podrán acreditar centros cuya construcción se inicie tras la transposición normativa que se haga del presente acuerdo por parte de las administraciones competentes, cuando superen las 100 plazas.

Los centros previamente acreditados que superen las 100 plazas deberán presentar un plan de adecuación, bien sectorizando de forma totalmente independiente sus instalaciones, bien reduciendo paulatinamente su número de plazas preferentemente.



### **c) Espacios:**

Todos los espacios físicos del centro se adaptarán a las necesidades de las personas usuarias y a las actividades que se vayan a desarrollar, articulándose y estructurándose en una distribución modular, de grupos pequeños, en función del número y preferencias de las personas usuarias. La configuración modular permitirá una estructura flexible y multifuncional que contribuirá a ofrecer una respuesta personalizada a la diversidad de los perfiles de las personas que participan en el centro. Los espacios deberán estar diferenciados, evitando espacios masificados para grupos muy grandes.

Cuando el centro de día esté próximo o integrado en un centro residencial se podrán compartir algunos servicios comunes (tipo cocina), siempre que se garantice que los espacios residenciales de convivencia son de uso exclusivo por las personas usuarias de ese recurso.

## **Decimocuarto. Recursos humanos en los centros de día:**

Los requisitos y estándares sobre recursos humanos irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su cualificación, formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo.

### **a) Tipología:**

Los recursos humanos en los centros de día se subdividen en tres grupos:

1.- Personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) que es el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor, según se denomine en cada territorio y sector.

2.- Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente.

3.- Personal de atención indirecta (AI), que es el resto del personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.

### **b) Dirección de los centros de día:**

Las directoras y directores de los centros deberán contar con titulación universitaria de grado o equivalente y haber realizado formación especializada en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de centros residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia.

Los puestos de dirección ya ocupados en centros acreditados a la fecha de adopción de este acuerdo, se mantendrán siempre y cuando puedan acreditar titulación especializada o equivalente y –en ausencia de formación especializada un mínimo de 5



años de experiencia en el sector de la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia.

**c) Personal de atención directa de primer nivel.** Este personal se considera como un personal polivalente de apoyo directo a las personas usuarias de los centros de día, esencial para prestar apoyos a su autonomía, su participación y para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

1.- Cualificación y acreditación de competencias. Se requerirá que el personal de este segmento de atención directa de primer nivel (Ad1N) posea la cualificación profesional que acredite sus competencias y tal efecto, se considerarán los mismos títulos y certificados que los establecidos para los centros de atención residencial en los epígrafes 1 a 4 del apartado Octavo c).

2.- Ratios de personal de atención directa de primer nivel:

La ratio mínima de personal de atención directa de primer nivel en centros de día se establece en forma de jornadas completas o personal equivalente, respecto al número de plazas acreditadas.

Se acreditará considerando en el numerador el número de jornadas completas según establezca el convenio o normativa laboral que sea de aplicación y en el denominador el número de plazas ocupadas en el centro de día.

Se actualizan las ratios de atención mínimos exigibles en los centros de día, en la forma que sigue:

Ratios específicas para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar			
Ratio exigible para la categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel	Ratio exigible a 1 de enero de 2023	Ratio exigible a 1 de enero de 2025	Ratio exigible a 1 de enero de 2027
Centros de día de Mayores dependientes.	0,20	0,25	0,30
Centros de día de P. con discapacidad.	0,25	0,30	0,35

**d) Personal de atención directa de segundo nivel**

Este personal se considera como un personal profesional cuya misión primordial se centra en la programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a los usuarios de los centros.



Debe asumir también funciones de coordinación y contacto con el entorno del centro de día, con otros sistemas y especialmente la coordinación en la gestión de casos y seguimiento de pautas con el sistema sanitario público correspondiente al centro de día.

Entre los servicios a proporcionar por este personal cualificado puede haber, en función de las características del centro y de las necesidades de las personas usuarias, servicios de terapia ocupacional, atención social, atención psicológica y/o pedagógica, fisioterapéutica, rehabilitadora, atención sanitaria (medicina o enfermería) etc....

1.- Cualificación y acreditación de competencias. Se requerirá que el personal de este segmento atención directa de segundo nivel (Ad2N) posea titulación universitaria de grado o equivalente.

2.- Ratios del personal de atención directa de segundo nivel. La determinación de la tipología, número y requerimiento a este personal se determinará por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características de las personas usuarias de los centros de día y sus necesidades.

En todo caso, se establece la siguiente ratio global de atención directa (atención directa de primer nivel + atención directa de segundo nivel):

Ratio global mínima para el personal de atención directa			
Ratio global exigible para el personal de atención directa (dos niveles)	Ratio global exigible a 1 de enero de 2023	Ratio global exigible a 1 de enero de 2025	Ratio global exigible a 1 de enero de 2027
Centros de día de Mayores dependientes.	0,30	0,35	0,40
Centros de día de P. con discapacidad.	0,35	0,40	0,45

Estas ratios globales se calcularán considerando jornadas completas o personal equivalente, respecto al número de plazas acreditadas.

No podrán computar para el cálculo de estas ratios la dirección del centro ni el personal de atención indirecta (AI).

#### **e) Personal de atención indirecta directa (AI)**

Este personal de atención indirecta (AI) deberá dimensionarse para que las funciones auxiliares y hoteleras del centro estén suficientemente cubiertas y corresponderá a cada Administración competente, en su caso, su regulación de mínimos.



## Decimoquinto. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros de día:

### a) Horario de atención y apoyos

Con carácter general, se establecerá, los días laborables, entre las ocho y las veinte horas, con una duración mínima de seis horas diarias. Asimismo, los horarios de entrada y de salida del centro de día se determinarán teniendo en cuenta la fórmula de transporte, el tiempo a emplear en realizar las rutas de transporte, (variable, según se trate de medio urbano o rural, necesidades de apoyo de las personas, etc.), y el número de viajes a efectuar (en función del número de personas usuarias, tipología del transporte, etc.). Con objeto de responder a las situaciones y necesidades diversas de las personas usuarias se podrán flexibilizar y personalizar las posibilidades de utilización del centro de día. Además de la atención diaria en horario completo, podrán existir otras opciones de uso como, por ejemplo, (1) no diario: limitado a algunos días a la semana, (2) por horas: se acude durante algunas horas al día, no en horario completo, para realizar una o varias actividades y/o programas de su interés. Además, esta fórmula de asistencia por horas podrá ser diaria o con otra periodicidad. La planificación del horario de cada persona responderá a sus situación y preferencias, quedando recogido en su plan personal de apoyos.

### b) Plan de personal de apoyos

Los planes personales de apoyo son una de las estrategias clave para la personalización de los cuidados, así como para avanzar hacia una gestión centrada en las personas.

Cada persona usuaria del centro de día tendrá un plan personal de apoyos en el que se planificarán y se hará seguimiento de los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su proyecto y estilo de vida. Este Plan recogerá las preferencias y voluntad de la persona respecto a cómo quiere vivir, así como sobre las cuestiones que son significativas para ella y se deben respetar por parte de todos los que participen en su sistema de cuidados. En el caso de que la persona sea usuaria de otros servicios, como la ayuda a domicilio, este plan deberá diseñarse, ejecutarse y evaluarse de forma coordinada entre los equipos de los distintos servicios, de forma que la persona tenga un único plan coordinado entre los distintos recursos en los que participa. En los centros de día estos planes deberán contener actividades que sean no sólo significativas para las personas, sino que además contribuyan a su desarrollo personal, su participación y a mantener y mejorar su autonomía.

La persona residente participará y tendrá un papel central en el diseño, ejecución y seguimiento de su plan, así como otras personas de su elección, que son importantes para ella. En el caso de que la persona tenga dificultades a nivel cognitivo para la participación y la toma de decisiones se activarán los recursos y herramientas necesarias para que su voluntad y preferencias sean tenidas en cuenta, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona. Estos procesos se deben



garantizar en todos los momentos de la vida, especialmente en aquellos más sensibles en la toma de decisiones como es el final de la vida.

En el diseño de los planes se tendrá en cuenta la historia de vida de la persona como fuente de conocimiento central para el diseño de sus sistemas de cuidados y apoyos.

Las personas usuarias tendrán acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se debe garantizar que toda la documentación que se maneje de las personas debe ser respetuosa con su dignidad, promoviendo una visión positiva de ella. Se debe contar con procedimientos de protección de la confidencialidad y protección de datos de las personas y se ponen en práctica.

Estos planes deben incorporar, no sólo una visión centrada en la persona y en sus fortalezas, sino también un enfoque de derechos humanos que sirva de garantía de todos aquellos aspectos que promueven un trato digno y respetuoso en las relaciones de apoyo y cuidado.

Los planes requieren de un sistema de seguimiento y evaluación frecuente que evidencien cómo el centro contribuye a la calidad de vida de las personas y a mejorar sus resultados personales. Así mismo estos planes contribuyen a planificación y gestión de los cuidados y apoyos de cada persona y para promover una gestión y planificación del recurso centrada en la persona.

Además, se debe contar con protocolos y/o procedimientos para los procesos de acogida y despedida de las personas usuarias para garantizar la personalización de la atención.

### **c) Personas profesionales de referencia**

Los y las profesionales de referencia son las personas responsables de promover un apoyo personalizado a cada persona usuaria en su día a día. Son quienes coordinan el plan de apoyos personales de la persona y se comunican y planifican con el resto de personal que apoyan a la persona usuaria en el día a día, así como con su familia, cuando lo persona lo elige.

La persona profesional de referencia sea cual sea su específico rol profesional, debe ser un referente cuando se elabore o se realice el seguimiento y revisión del plan personal de apoyos de la persona usuaria, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas, preferencias y estilo de vida.

Si bien la figura de la persona profesional de referencia no está ligada a ninguna categoría profesional, si debe estar asociado al personal de atención directa.

La persona usuaria debe participar y deben ser tenidas en cuenta sus preferencias en la asignación de la persona profesional de referencia, sin perjuicio de que se produzca una asignación provisional, con duración máxima de un mes, cuando la persona usuaria



llega al centro. En cualquier caso, la persona profesional de referencia debe contar con la aceptación de la persona usuaria.

Las personas de referencia deben poder recibir formación específica de atención centrada en la persona de forma que puedan ejercer de forma adecuada su rol de personas de apoyo.

#### **d) Atención libre de sujeciones en los centros de día**

Todas las personas atendidas en centros de día tienen derecho a recibir una atención libre de sujeciones ya sean estas físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas.

La utilización de sujeciones en la atención de la persona atendida tendrá siempre, carácter excepcional y temporal, y estará sometida, en todo caso, a un procedimiento documentado que cuente con supervisión facultativa, consentimiento informado, determinación de tiempos y formato de la sujeción y la valoración de necesidad de comunicación al Ministerio Fiscal, así como un análisis de riesgos en el uso de las sujeciones definidas.

Excepto en intervenciones puntuales de urgencia, no se implantará ninguna sujeción hasta que se haya constatado el fracaso de otras medidas alternativas, debidamente documentadas y detalladas sobre aquellos intentos alternativos realizados, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido.

El procedimiento para la adopción de sujeciones deberá, además, prever un protocolo documental específico para aquellos casos de urgencia en los que exista riesgo de integridad de la persona residente, de las personas cuidadoras o de terceras personas y no se puedan respetar las consideraciones contempladas en el apartado anterior.

La persona usuaria sometida a sujeciones físicas o químicas será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y de forma regular de personas profesionales del centro. Estas medidas siempre tendrán carácter temporal. Para estas personas se deberán diseñar planes personales de reducción de sujeciones que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que pueda contribuir a la reducción de estas prácticas.

Todos los casos de sujeción física o química quedarán registrados en el historial de la persona usuaria y serán objeto de reporte a la inspección cuando ésta lo requiera.

Se realiza formación al personal de atención directa en la atención libre de sujeciones y en los modelos de intervención de enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas que suponen un desafío para el servicio con metodologías como el Apoyo Conductual Positivo.





### e) **Familias**

El centro de día contará con una prestación de atención a la familia de la persona usuaria ofreciendo a las familias de las personas usuarias el debido apoyo y asesoramiento para que estas puedan seguir viviendo en su medio, También se les informará y asesorará sobre pautas y orientaciones necesarias para el cuidado y apoyo a su familiar.

Siempre que la persona usuaria lo considere oportuno, se promoverá la participación de las familias en el proceso inicial de adaptación, para ello se presentará a las familias y personas allegadas a la persona profesional de referencia y profesionales de contacto y se establecerá un sistema de comunicación e información que garantice el seguimiento continuado durante el periodo de adaptación.

Se implementarán canales de comunicación permanente con las familias y personas allegadas, que deben formar parte de la cartera de servicios del centro, y se celebrarán reuniones periódicas para intercambio de información con el equipo de atención directa y persona profesional de referencia asegurando que la persona usuaria está presente siempre que esta lo desee o que por alguna razón excepcional no se considere oportuno.

Siempre que la persona usuaria lo considere oportuno, se invitará a la familia y personas allegadas para que participen en el diseño de su plan personal de apoyo.

Se informará a la familia y personas allegadas sobre intervenciones específicas o ante dificultades detectadas o conflictos que puedan alterar la convivencia normalizada.

### **Decimosexto. Requisitos documentales mínimos para los centros de día.**

a) Reglamento de Régimen Interior o de funcionamiento que incluya los derechos y deberes de las personas usuaria y su participación. Una copia de dicho Reglamento o norma de Régimen Interior se entregará, a la persona usuaria y, en su caso, a quien ostente su representación y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.

b) Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece, los compromisos de calidad con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso y la forma de presentación de quejas y sugerencias. Una copia de dicha Carta de Servicios se entregará, a la persona residente y, en su caso, a sus representantes y se facilitará su comprensión a través de formatos accesibles y en lenguajes fácilmente comprensibles.

c) Libro registro de personas usuarias que incluirá, al menos, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI, grado y nivel de dependencia reconocidos, fecha de inicio del servicio o de ingreso en el centro, fecha y motivo de la baja.

d) Autorizaciones y licencias que procedan según la normativa vigente.



e) Póliza de seguros que cubra la posible responsabilidad civil, así como, en su caso, los siniestros que puedan producirse en el edificio o sus instalaciones incluyendo los posibles daños a las personas usuarias, consideradas como terceras.

f) Organigrama, plantilla de personal, y documentación exigible por la normativa laboral y de seguridad social (copia de los contratos de trabajo, de la documentación acreditativa del pago de las cotizaciones a la Seguridad Social) y de los documentos que acrediten las titulaciones o la experiencia profesional de las personas que trabajan en el centro o entidad, así como las horas de formación recibidas.

g) Hojas de quejas y sugerencias a disposición de las personas usuarias.

h) Información referida a las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad del centro o servicio.

i) Planes de contingencia ante emergencias.

j) Procedimiento de Planes personales de apoyo, donde se describe cómo se diseñan, planifican y evalúan los planes personales de apoyo en el centro, así como los roles y funciones de cada uno en el proceso.

k) Plan de reducción / supresión de sujeciones.

l) Plan de transición del modelo de atención (descrito en el sistema de evaluación de la calidad)

En todo caso se exigirá garantía de confidencialidad y protección de datos referidos a las personas, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa aplicable vigente en materia de seguridad y protección de datos

## SECCIÓN SEGUNDA: CALIDAD EN LOS SERVICIOS

### Título IV: Calidad en el empleo.

#### Decimoséptimo. Formación continua del personal de cuidados.

La entidad prestadora de los servicios, con la participación de la Representación Legal de los Trabajadores, deberá elaborar y desarrollar planes de formación para el conjunto de sus trabajadoras y trabajadores.

La formación impartida deberá ser adecuada a los puestos de trabajo desempeñados para mejorar las competencias de los profesionales y la calidad en la prestación de servicios, y estar prioritariamente vinculada a la obtención de los correspondientes certificados de profesionalidad.



Se establecerán programas de formación continua específicos para atender las peculiaridades que se presentan en las zonas rurales.

### **Formación del personal en los derechos de las personas, y en una práctica profesional ética.**

Se formará específicamente al personal en:

- Los modelos de apoyo y atención centrados en la persona (Atención Integral Centrada en la Persona, Planificación Centrada en la Persona, ética aplicada, etc.).
- Estrategias de reducción de restricciones y de gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión (por ejemplo, Apoyo Conductual Positivo, Apoyo Activo, etc.).
- Prevención de riesgos laborales (autocuidado y conocimiento de medidas de seguridad e higiene en el trabajo).
- Programas de manejo del dolor, prevención de caídas, etc.
- Programas de inclusión de la perspectiva de género en la atención a personas en situación de dependencia.
- Atención positiva ante situaciones de Alzheimer y otras demencias.
- Programas para la aplicación de protocolos de salud pública y prevención, como la utilización de los EPI, entre otros, en particular al personal de cuidados directos.

### **Decimoctavo. Limitaciones a la temporalidad y parcialidad en las contrataciones.**

En cuanto a las plantillas en puestos de atención directa y de coordinación de las entidades prestadoras del servicio o de empresas adscritas a la prestación del servicio, se establece lo siguiente:

Salvo causa justificada y acreditada por falta de oferta de mano de obra, la eventualidad en los contratos del personal de atención directa de primer nivel en los centros de atención residencial no podrá superar el 20% del número total de los contratos del personal que cubra las ratios mínimas fijadas en este acuerdo.

Para el personal de atención directa de primer nivel de los servicios de apoyo en proximidad (ayuda a domicilio y centros de día) dicho porcentaje no podrá superar el 33% de la plantilla que cubra las ratios mínimas fijadas.

La contratación a tiempo parcial de personal de atención directa de primer nivel no superará el 30% calculado sobre el número total de contratos o sobre el total de horas contratadas por la entidad para la atención directa y para la coordinación.



### Decimonoveno. Encuadramiento y fomento de la generación de mano de obra cualificada para el sector de los cuidados.

En el marco de la Mesa de Diálogo Social estatal para la autonomía personal y la atención a la dependencia, se abrirá un proceso de revisión del número, encuadramiento y condiciones del personal de cuidados junto con el resto de ministerios competentes, especialmente Educación y Formación Profesional, Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y Trabajo y Economía Social de forma que se aborde de forma coordinada el desafío que constituye la imperiosa necesidad de incremento de la mano de obra cualificada para el sector de los cuidados.

### Vigésimo. Salud laboral.

Se realizará especial seguimiento de las condiciones de salud laboral del personal de cuidados, constituyendo los siniestros, las enfermedades profesionales y demás eventualidades uno de los criterios de evaluación fundamentales de los centros y servicios ligados al SAAD.

## Título V: Sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD.

### Vigésimo primero. Mejora progresiva de la calidad.

Como planteamiento estratégico, y teniendo en cuenta las diferencias actualmente existentes entre las distintas Comunidades Autónomas, los requisitos y estándares de calidad exigidos deberán converger mejorando progresivamente el derecho reconocido a las personas en situación de dependencia a acceder en condiciones de igualdad al catálogo de servicios previstos en la Ley (artículo 15) con independencia del lugar del territorio del Estado donde residan.

En el plazo de doce meses, el Consejo Territorial fijará los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para los centros y servicios del Sistema, empezando por los de carácter residencial, que servirán de referencia para los acuerdos posteriores de convergencia.

En el marco del nivel de protección convenido y dentro de los criterios que se establezcan, se acordarán créditos para facilitar la consecución de los objetivos del presente Acuerdo y la mejora progresiva de la calidad del Sistema.



## Vigésimo segundo. Características del sistema de evaluación de la calidad.

Se establece, un sistema de evaluación de la calidad de los servicios del SAAD que tiene carácter público, abierto y permanente que estará conformado por el conjunto de Administraciones públicas competentes.

El Consejo Territorial, a propuesta de un grupo de trabajo creado específicamente en el seno de la Comisión Delegada, aprobará el referencial, sistema o sistemas de indicadores de calidad con los que evaluar de forma sistemática el impacto de los servicios del SAAD en las personas en términos de vida digna y calidad de vida. Se articulará en torno a los siguientes principios: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud y bienestar personal y (5) Proximidad y conexiones comunitarias.

El marco de calidad que se propone consta de las siguientes partes:

- **Marco referencial de calidad:** principios, dimensiones y criterios de calidad que deben orientar la atención a las personas en situación de dependencia y la organización de los servicios y las prácticas profesionales. Este marco será el referente para el desarrollo de las mejoras en los servicios en los próximos años.
- **Sistema de evaluación de la calidad:** en el que se genere una aplicación sistemática de evaluación y acreditación de la calidad que permita avanzar a todas las organizaciones y entidades prestadoras de servicios hacia la mejora en la calidad. Los resultados de las evaluaciones deberán comunicarse por las organizaciones y publicarse con total transparencia.
- **Planes de transición de los servicios:** es una herramienta que, junto con los sistemas de calidad, contribuye a la mejora de la calidad de los servicios que se prestan en el marco de dependencia, así como a garantizar su impacto positivo en la calidad de vida de las personas que participan en ellos. El plan de transición será un documento que formará parte de los requisitos de acreditación de los servicios que se prestan en el marco del SAAD. Un plan de transición responde al compromiso de los centros y servicios para desarrollar acciones de mejora, que contribuyan al necesario tránsito hacia modelos de cuidado centrados en cada persona y desde un marco de los derechos humanos. Es un plan que describe las medidas y acciones de mejora que el servicio se propone y compromete a desarrollar en el plazo de no más de dos años. Los avances que se planteen deben ir alineados con los cinco principios establecidos en el sistema de calidad: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud y bienestar personal y (5) Proximidad y conexiones comunitarias y con sus dimensiones (que se plantearán por tipología de servicio). Este plan será la herramienta del servicio para garantizar su avance hacia modelos de cuidados y apoyos personalizados y comunitarios. Se requerirá una inmersión en la cultura de la calidad de los servicios ligada a los resultados de



calidad de vida en las personas (tanto las personas usuarias como las personas trabajadoras) a través de instrumentos comunes de mejora para la adecuación a la atención integral centrada en las personas y en sus contextos de comunidad. Los planes de transición son herramientas que ayudarán a las organizaciones de servicios a realizar los cambios organizacionales, estructurales y culturales precisos.

Los centros y servicios dispondrán de manuales de auto-evaluación conforme al referencial de Calidad, si bien la acreditación solo será otorgada tras validación por los medios de evidencia documental y de observación presencial que se determinen por parte del Consejo Territorial a través de una Comisión Técnica de Evaluación de la Calidad en la que participarán los servicios de inspección.

## Vigésimo tercero. Marco referencial de calidad en el ámbito residencial.

### PRINCIPIO 1. DIGNIDAD

**DIMENSIÓN 1.1.** Se garantiza la protección de la dignidad y los derechos de todas las personas, desarrollando un estilo de apoyo y cuidado personalizado.

**Criterio 1.1.1.** Se reconoce y pone en valor la identidad única de cada persona.

Se evaluará que se apoya y ayuda a las personas usuarias en la elaboración de su plan personal de apoyos que integre sus recuerdos, emociones y experiencias.

Se evaluará el proceso de acogida de las personas de forma que los días previos a la acogida (ingreso) se realicen las reuniones y encuentros necesarios con la persona usuaria y sus personas allegadas para conocer su estilo y condiciones de vida, lo que facilitará, por un lado, la personalización de su acogida en los primeros días en el centro y, por otro lado, contribuirá a enriquecer su plan personal de apoyos. Se facilitará en estos encuentros la información y medidas necesarias para que la persona se encuentre segura y sea partícipe del tránsito al recurso residencial.



**Criterio 1.1.2.** Se cuenta con profesionales suficientes para garantizar el bienestar y la participación de las personas.

Se evaluará la ratio de personal de atención directa de primer y segundo nivel.

**Criterio 1.1.3.** Se respetan los derechos de las personas usuarias y se cuenta con herramientas e intervenciones que contribuyen a ello.

Se evaluará que exista un protocolo de identificación, análisis, actuación y reparación de situaciones en los que los derechos de las personas usuarias se han visto vulnerados.

**DIMENSIÓN 1.2.** Se promueve la buena práctica profesional, basada e la ética aplicada, se cuida y mide el clima laboral y ofrecen oportunidades para el desarrollo profesional de las trabajadoras.

**Criterio 1.2.1.** Existen profesionales con perfiles técnicos que apoyan y acompañan al equipo de atención directa para promover y garantizar la buena práctica profesional.

**Criterio 1.2.2.** Plan de formación para el personal.

Se valorará que en el plan de formación se incluyan materias relacionadas con la garantía de la dignidad y los derechos de las personas en los cuidados (personalización, prevención, ética, etc.).

**Criterio 1.2.3.** Plan de formación para personal nuevo.

Existe un manual de acogida para las nuevas personas que entren a trabajar en el centro.

Se valorará que el manual de acogida incluya un proceso de conocimiento de las personas usuarias a las que se va a apoyar y cuidar.



**DIMENSIÓN 1.3.** Existen estrategias y planes de reducción de restricciones con medidas concretas y evaluables, así como alternativas de apoyo respetuosas y seguras. Las restricciones entendidas como Entendidas estas como actos deliberados por parte de otra(s) persona(s) que restrinjan el movimiento de un individuo y la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente.

**Criterio 1.3.1.** Existe un compromiso formal con la reducción de restricciones.

Existe una declaración formal de principios de la dirección del centro y de la propiedad del mismo en la que se manifieste un compromiso claro e inequívoco con la reducción de restricciones.

**Criterio 1.3.2.** Se dispone de un sistema de identificación de restricciones y de un plan para reducirlas.

Las restricciones deben estar formalmente identificadas en un documento que refleje el impacto de las mismas en el bienestar emocional y físico de la persona.

Existe un plan de restricciones en el centro.

Se disponga de planes de reducción de restricciones específicos para cada persona que lo requiera.

**Criterio 1.3.3.** Los espacios y el mobiliario promueven la autonomía, comodidad y participación de las personas.

Se valorará que los espacios personales y de convivencia sean accesibles y cuenten con mobiliario ergonómico adaptado a las necesidades de cada persona.

**Criterio 1.3.4.** Se evita la sobremedicación de las personas (incluido en las estrategias de reducción de restricciones).

Se dispone de una política de revisión y reducción de la sobremedicación de las personas usuarias.

**Criterio 1.3.5.** El personal conoce las estrategias de reducción de restricciones y de gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión.

Se evalúa que en el plan de formación del personal de atención directa se incluya un itinerario específico sobre reducción de restricciones y gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión.





## PRINCIPIO 2. PERSONALIZACIÓN Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

**DIMENSIÓN 2.1.** Se establecen nuevos roles como los "profesionales de referencia" y los "coordinadores de apoyos" de cada persona.

**Criterio 2.1.1.** Persona profesional de referencia.

La persona profesional de referencia son las personas responsables del apoyo personalizado a cada persona usuaria en su día a día.

Se valorará que cada profesional de referencia se ocupe de una forma especial de un número adecuado y reducido de personas y sus respectivas familias.

Se evalúa que sean tenidas en cuenta las preferencias de la persona usuaria en la asignación de su persona profesional de referencia, sin perjuicio de que se produzca una asignación provisional, con una duración máxima de un mes, cuando la persona usuaria llega al centro.

**Criterio 2.1.2.** Turnos del personal de atención directa.

Se evalúa que los turnos de los profesionales de atención directa se organicen de forma que se minimicen las rotaciones y se promueva que las mismas personas apoyen a un mismo grupo de personas usuarias de forma estable.

Se evalúa que se facilite información accesible y por adelantado a las personas usuarias de los turnos del personal de atención directa para que sepan que personas tienen de apoyo en cada momento.

**Criterio 2.1.3.** Contacto habitual con la familia y allegados de las personas usuarias.

Se evalúa que la persona profesional de referencia mantenga un contacto habitual con la familia y las personas allegadas de la persona usuaria, respetando siempre la voluntad de ésta.

**DIMENSIÓN 2.2.** Se conoce y respeta lo que es importante para cada persona, teniendo en cuenta su estilo de vida y su historia personal.

**Criterio 2.2.1.** Se conocen y respetan las rutinas, costumbres y hábitos de vida de cada persona y se establecen cauces para conocerlas.

Se evalúa la elaboración, para cada persona usuaria, de un documento sobre sus hábitos de vida, rutinas y costumbres, así como su revisión periódica. Este documento únicamente se valorará si se elabora con la participación activa y bajo las directrices de la persona usuaria.



**Criterio 2.2.2.** Se conocen y revisan habitualmente las necesidades de apoyo de las personas a través de herramientas estandarizadas.

**Criterio 2.2.3.** Se cuenta con sistemas de indagación, escucha y observación para garantizar el bienestar de personas que tienen dificultades en la comunicación.

**DIMENSIÓN 2.3.** El diseño y ambiente del recurso residencial favorece el derecho a la intimidad, es cálido, confortable y hogareño.

**Criterio 2.3.1.** Habitaciones individuales y respeto al derecho a la intimidad.

Se evaluará el porcentaje de plazas en habitaciones individuales sobre el total de plazas del centro y las preferencias de los residentes.

Se evaluará la existencia de un plan para aumentar el número de habitaciones individuales con un cronograma

**Criterio 2.3.2.** Baño accesible y completo.

Los residentes tienen acceso a baño completo de uso personal.

**Criterio 2.3.3.** Las habitaciones están personalizadas según el estilo de vida y preferencias de cada persona.

**Criterio 2.3.4.** Las habitaciones cuentan con el espacio necesario para que la persona pueda disfrutar de su espacio de intimidad en libertad.

Se evaluarán los metros útiles de la habitación.

**DIMENSIÓN 2.4.** Los espacios comunes se organizan en unidades de convivencia tipo viviendas donde conviven un grupo reducido de personas.

**Criterio 2.4.1.** Existen espacios comunes de convivencia estable (sala de estar equipada con elementos de cocina y comedor) con un número reducido de personas.

**Criterio 2.4.2.** Estabilidad del personal de atención directa de primer nivel y segundo nivel.

Puesto que junto con las personas que conviven, el personal de atención directa, forma parte de la unidad de convivencia, se evaluará su estabilidad en el empleo y la adscripción estable de este personal a un grupo de residentes que conforma una unidad de convivencia. Este



personal conoce, respeta y apoya los estilos de vida de cada persona con sus particularidades.

### PRINCIPIO 3. PARTICIPACIÓN, CONTROL Y ELECCIONES

**DIMENSIÓN 3.1.** En la organización de los servicios y la planificación de las actividades se priorizan las preferencias y estilos de vida de las personas frente a las cuestiones organizativas y funcionales del centro.

**Criterio 3.1.1.** La organización del centro respeta las rutinas y hábitos de cada persona.

**Criterio 3.1.2.** Los criterios de agrupación se utilizan únicamente en caso de ser inevitables y se basan en preferencias de las personas.

Se evaluará que, cuando sea necesario e inevitable, la agrupación de las personas usuarias (unidades de convivencia, asistencia a talleres o actividades, etc.) se realice teniendo en cuenta las preferencias personales, voluntad de las personas y estilos de vida. No en grados de dependencia o necesidades de apoyo.

**Criterio 3.1.3.** Existen órganos de decisión donde participan diversos agentes.

Se evaluará la accesibilidad universal y los apoyos precisos que faciliten la comprensión del entorno y la participación activa en el mismo por parte de las personas residentes.

**DIMENSIÓN 3.2.** Se apoya a las personas para que tomen decisiones en el día a día, elijan su rutina y pueda controlar los apoyos que recibe de acuerdo con su voluntad y preferencias.

**Criterio 3.2.1.** Se apoya a las personas, independientemente de los apoyos que precisen, para que participen y tomen decisiones en su día a día, en las cuestiones más cotidianas.

Se evaluará que las personas puedan participar y que se tenga en cuenta sus preferencias en el menú y dieta.

**Criterio 3.2.2.** Las personas pueden salir y entrar del centro cuando quieran.

Se evaluará que las personas usuarias puedan entrar y salir del centro sin limitaciones, siempre que no pongan en riesgo su seguridad y en el caso de que lo suponga se facilitarán los apoyos necesarios para que la persona pueda salir del centro.



Se dispone de elementos de protección y localización que respetan la independencia de la persona.

Existen y se aplican protocolos claros respecto a la limitación de entradas y salidas solo en determinados casos analizados y debidamente documentados (vinculado con la estrategia de reducción de restricciones)

**DIMENSIÓN 3.3.** Cada persona tiene un Plan Personal de Apoyos en el que toman decisiones sobre cómo quiere que sea su día a día, elige su rutina y puede controlar los apoyos que recibe de acuerdo con su voluntad y preferencias

**Criterio 3.3.1.** Las personas participan y tienen un papel central en el diseño, planificación y seguimiento de su Plan de Apoyos.

Se evaluará que cada persona usuaria tenga un Plan Personal de Apoyos, siempre que este se haya consensuado entre la persona usuaria y el equipo de profesionales del centro, incluso cuando haya afectación cognitiva, y que tenga en cuenta de forma positiva la historia de vida de la persona respetando su voluntad, preferencias, intereses y creencias.

Se evaluará que el Plan Personal de Apoyos tenga un seguimiento frecuente en el que participe la persona usuaria.

**Criterio 3.3.2.** Se apoya a la familia y amigos para que participen en el Plan Personal de Apoyo de la persona y tengan un papel activo y de contribución.

Se evaluará que, siempre que la persona lo considere oportuno, su familia y entorno cercano participe en la elaboración de su Plan de Atención y Vida y tengan un papel activo en el desarrollo y seguimiento del mismo.



**Criterio 3.3.3.** Existe un sistema de planificación, ejecución y evaluación de los Planes Personales de Apoyo.

## PRINCIPIO 4. DERECHO A LA SALUD Y BIENESTAR PERSONAL

**DIMENSIÓN 4.1.** Se vela por el bienestar de las personas promoviendo estilos de vida elegidos, de participación y saludables, de acuerdo con la voluntad y preferencias de las personas.

**Criterio 4.1.1.** Las personas realizan actividades cotidianas significativas, evitando actividades repetitivas e infantiles que no respetan su dignidad.

Se evaluará que se diseñen planes de actividades y de oportunidades se integren en la vida cotidiana de las personas como tareas del hogar (cuidar plantas, coser, conversar, poner la mesa, planchar, arreglar cosas u ordenarlas, etc.) y se relacionarán con sus aficiones y relaciones sociales (pintar, ver una serie, leer, escuchar música, participar en charlas, pasear, jugar a las cartas o a cualquier otro juego de mesa o informático, cantar, etc.).

Se evaluará que las personas usuarias no solo participen en la elección de las actividades que quieren hacer, sino que propongan actividades a través de comisiones.

Se evaluará que las personas usuarias dispongan de información sobre las actividades que van a realizar y cuando las van a realizar, conozcan su finalidad y el beneficio que les va a reportar.

**Criterio 4.1.2.** Se utilizan sistemas para respetar la voluntad de la persona en sus últimos años de vida

Se evaluará la utilización de sistemas de Planificación Personal por Adelantado para respetar la voluntad, preferencias y creencias de la persona sus últimos años de vida.



**Criterio 4.1.3.** Se afrontan (planes de reducción) y disminuyen situaciones de salud no deseadas (caídas, úlceras por presión, etc.).

**DIMENSIÓN 4.2.** Existe un sistema de coordinación ágil, adecuado y de calidad con el sistema público de salud.

**Criterio 4.2.1.** Existe coordinación entre el centro y el Sistema Público de Salud

Se evaluará la existencia de protocolos de actuación ante crisis sanitarias compartidos tanto con atención primaria como con atención hospitalaria.

Se evaluará que el centro facilite al personal de atención sanitaria tengan la información que necesiten para atender a la persona y comunicarse con ella.

Se disminuyen o evitan los accesos por Urgencias y los ingresos hospitalarios innecesarios.

## PRINCIPIO 5. PROXIMIDAD Y CONEXIONES COMUNITARIAS

**DIMENSIÓN 5.1.** La ubicación del centro facilita las conexiones comunitarias y hay una política activa de establecer relaciones de proximidad con familiares, allegados y vecinas y vecinos.

**Criterio 5.1.1.** El emplazamiento y las condiciones arquitectónicas del centro garantizan a las personas usuarias la accesibilidad, la utilización de los servicios generales y la integración en la comunidad

**DIMENSIÓN 5.2.** Las personas que viven en el centro participan activamente en su comunidad y son conocidos como vecinos y vecinas que pueden contribuir a la vida de otras personas.

**Criterio 5.2.1.** Se facilita que las personas utilicen y participen de los servicios locales

Se evaluará que las personas que trabajan en el centro dediquen tiempo a conectar a las personas usuarias con su entorno comunitario próximo como parte de su trabajo.

**Criterio 5.2.2.** Se trabaja para que en entorno comunitario sea más accesible.

Se evaluará que los centros establezcan acuerdos de colaboración, preferentemente bidireccionales, con los recursos comunitarios locales para promover la participación de las personas usuarias.



Las personas usuarias mantienen contacto con las personas importantes en su vida y que tienen la posibilidad de visitar sus lugares de referencia.

**DIMENSIÓN 5.3.** Se favorece la convivencia familiar y las relaciones personales con otras personas del entorno.

**Criterio 5.3.1.** Se entiende la familia y personas allegadas como agentes clave para garantizar buenos apoyos para las personas.

Se evaluará que, siempre que la persona usuaria lo considere oportuno, con la finalidad de promover la participación de las familias en el proceso inicial de adaptación, se presentará a las familias y personas allegadas a la persona profesional de referencia y profesionales de contacto y se establezca un sistema de comunicación e información que garantice el seguimiento continuado durante el periodo de adaptación.

Se evaluará la implementación de canales de comunicación permanente con las familias y personas allegadas, así como la celebración de reuniones periódicas para intercambio de información con el equipo de atención directa y persona profesional de referencia.

**Criterio 5.3.2.** Participación de la familia y las personas allegadas en la vida del centro

Se evaluará que cualquier limitación al acceso al centro de familiares y personas allegadas esté claramente justificada y recogida en el Reglamento de Régimen Interno del centro.

Se evaluará que la familia y personas allegadas, a iniciativa de la persona usuaria, puedan comer en el centro y desarrollar celebraciones, existiendo algún espacio de intimidad habilitado para tal fin.

#### Vigésimo cuarto. Transparencia

Los resultados de las evaluaciones serán públicos y las evaluaciones de calidad podrán establecer categorías de resultado que den lugar a su utilización como criterios para el establecimiento de valores diferenciados (precios) de concierto de plazas por parte de las administraciones públicas.



## SECCIÓN TERCERA: RÉGIMEN TRANSITORIO Y PLAZOS DE ADECUACIÓN

### Vigésimo quinto. Régimen transitorio.

Las Comunidades Autónomas, o administración que en su caso tenga la competencia, articularán las fórmulas de habilitación provisional de los centros, servicios y entidades, hasta tanto dicten las nuevas normas sobre acreditación adaptadas a los presentes criterios que, en todo caso, estarán en vigor a los doce meses de la aprobación del acuerdo.

No obstante lo anterior, los apartados \_\_, \_\_, - \_\_\_\_, del presente acuerdo serán de aplicación a partir del 1 de enero de 2023.

### Vigésimo sexto. Adecuación de los centros, servicios y entidades.

Las normas de acreditación administrativa que se aprueben contemplarán un calendario de adecuación a las mismas de los actuales centros, servicios y entidades, en un plazo máximo de cinco años con aplicación progresiva y escalonada de los requisitos fijados. Estos requisitos serán exigibles, en todo caso, a los nuevos centros desde el comienzo de su actividad.

### Vigésimo séptimo. Registro

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11.1 d) de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, las Comunidades Autónomas, o Administración que en su caso tenga la competencia procederán a actualizar el Registro de Centros y Servicios acreditados al amparo de este Acuerdo.